

Distribución del Espacio hospitalario. Análisis basado en dos servicios de hospitalización del Hospital Doce de Octubre de Madrid

Marta Díaz García

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Ciudad Universitaria, s/n 28040 Madrid
diazgarciamarta@gmail.com

Tutor

Enrique Pacheco Del Cerro

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Ciudad Universitaria, s/n 28040 Madrid
quique@enf.ucm.es

Resumen: El hombre es un ser cultural y social que construye significado y hace uso de él en cada momento, significado que adquiere su sentido cuando aunque silente es conocido por el grupo. De esta forma el Territorio es considerado como un espacio socializado y culturizado sobre el que la semántica y los esquemas cognitivos se imponen cada vez que el hombre accede y hace uso de él. Visto así, se propone una investigación principalmente de carácter cualitativa, considerando el ámbito hospitalario como una realidad social sobre la que se trabajará a través análisis de hechos sociales y de discursos, agudizando el objeto de estudio sobre la relevancia que la distribución y planificación del espacio adquiere en la interacción y en la relación entre profesionales de salud y sobre su influencia en la disciplina enfermera en concreto.

Palabras Claves: Hospitales-Diseño y construcción. Hospitales-Control de calidad. Hospitales-Personal

Abstract: Man is a cultural and social being who constructs a meaning and makes use of it every moment, meaning which acquires its sense when, although silent, is known by the group. Thus the territory is considered as a socialized and culturized space above which semantics and cognitive outlines prevail every time the man access and make use of it. Seen this way, we propose a mainly qualitative investigation, considering the hospital field as a social reality over which we will work analysing the social facts and speeches, sharpening the object of the study about the relevance that the space distribution and planning acquire regarding the interaction and relationship between health professionals and its influence specifically on nursing.

Keywords: Hospitals-Desing and construction. Hospitals-Quality control. Hospitals-Staff

INTRODUCCIÓN

Hay una realidad que nos acompaña a lo largo de nuestra vida y es que en cada momento hacemos uso de un Espacio que nos crea y que a la vez nosotros creamos, pues allí donde vayamos, encontremos lo que encontremos seremos parte de un entorno. Hasta en el desierto, allí donde “nada hay” alguien ha decidido exactamente eso. Así, el Espacio se configura como el sustrato de toda relación humana pero es de obligación no simplificar e ir más allá. Ir más allá porque quedarse en la superficie implica a veces no decir casi nada, pues decir que el Espacio es el sustrato de toda relación humana no es decir poco pero decidir que el hombre nunca accede a esta realidad física de forma directa o independiente es ir más allá y pensar. Es pensar que al margen de la configuración que percibimos a través de los sentidos, hay una elaboración significativa que cuenta, y mucho.

La realidad humana se sitúa en el hecho de que el hombre es un constante ocupante. Ocupa el medio natural e inventa el sector agrario, ocupa la ciudad y la llena de circulación, barrios y de edificios en los que se agrupa y se organiza, ocupa una casa y hace de ella un hogar y esto hace palpable y evidente la diferencia entre el estatismo de la arquitectura o la cartografía y el dinamismo de las complejas estructuras mentales y significativas que la sustentan y la hacen humana⁽¹⁾.

Siendo así y reconociendo algunos autores esta realidad ya desde un tiempo atrás, sin remedio he de nombrar a Michel Foucault y al pensamiento filosófico que sostiene, como uno de los autores más influyentes y uno de los primeros en resaltar el espacio como un constructo. Para él, y así lo expone en su libro “Vigilar y Castigar”, la disciplina proviene de la organización de los individuos en el Espacio de tal forma que los colegios, los cuarteles e incluso los hospitales y la cárcel son estructuras que el hombre fabrica para mantener disciplina y orden sin los que no podría mantenerse ni vivir.

Con palabras como las siguientes, Foucault defiende el espacio como el gran campo olvidado, desplazado cada vez por la hegemónica visión histórica: “(...) el espacio es lo que estaba muerto, fijado, no dialéctico. Por el contrario el tiempo era rico, fecundo, vivo, dialéctico⁽²⁾”. El autor evidencia así, la excesiva carga significativa que la Historia ha tenido como herramienta de creación de conocimiento y de conciencia política práctica, que desde la formulación de la Teoría de la Evolución en la época Victoriana invade fenómenos de la Física, la Biología o la sociedad comenzando de esta manera el inicio de la oposición Espacio-Tiempo.

Así, algunos geógrafos dos décadas atrás comenzaron a trabajar sobre una nueva perspectiva de conocimiento escribiendo al respecto autores como Soja (1990), Harvey (1989) y Gregory (1994), comprometidos en denunciar la hegemonía de la Historia sobre otros campos de estudio, siendo éste el momento en el que la base teórica versada sobre el Espacio se establece como materia de interés teórica y práctica para diversas disciplinas⁽³⁾. Fue la Geografía Humana junto con la ya nombrada Filosofía de Foucault las que accionaron una mayor apertura del espacio como campo semántico, explicativo y de conocimiento.

De esta manera y con el transcurso de los años, el Espacio comienza a ser materia de interés en otras ciencias como la Ecología, la Etología, la Psicología o la Sociología y fue la Antropología Social y Cultural la última interesada. Esta nutrida interdisciplinariedad aportó a la temática abordada contenido y complejidad que continua en aumento y sobre la que en el presente se trabaja.

Siendo así, actualmente se investiga sobre la disposición y la distribución espacial como una herramienta de utilidad demostrada en materias en auge como la Psicología de Empresa, que trabaja sobre planificación y distribución de espacios y cuya última finalidad es la satisfacción del trabajador (en lo que respecta a aspectos psicosociales) y un consecuente mayor rendimiento. También disciplinas como la Sociología cuyo aporte ha sido fundamental en la temática abordada, pues es de justicia reconocer que gran parte de los conocimientos actuales en materia de estructura y planificación del espacio urbano – en la que la Antropología Social y Cultural también trabaja actualmente- partieron del planteamiento teórico de una figura de renombre: Max Weber, que a través del método histórico-comparativo, introduciendo la perspectiva económica en sus estudios sobre las ciudades y basándose en tres variables, la estructura social de la ciudad, el tipo de mercado y normativa y la organización en torno a la posesión del suelo, hizo una determinación del tipo de ciudades a las que se tendía y las transformaciones físico-sociales del espacio urbano inmersas.

Además, Karl Marx y Federico Engels se interesaron también por el espacio urbano, considerando las ciudades como un producto cultural resultado de la acción económica que un grupo históricamente hegemónico, la burguesía, ha utilizado como herramienta para su afirmación.

Desde la Antropología, Hall fue el primero que inició un estudio sistemático del tema, acuñando incluso el término “proxémica” para indicar las observaciones, interrelaciones y teorías referentes al uso que el hombre hace del Espacio, como efecto de una elaboración especializada de la cultura a la que pertenece⁽⁴⁾. A partir de él, otros autores continuaron con sus investigaciones y abordaron el espacio desde perspectivas diferentes, como Chapple que investigó sobre el uso social del espacio y el territorio (en este trabajo son utilizados los conceptos “espacio” y “territorio” indistintamente, sin hacer distinción entre sus respectivos significados concretos) centrándose en el lenguaje del cuerpo, ciencia a la que denominó “kinesia” o García que aborda el territorio en relación a la comunidad y al medio físico.

En el presente proyecto se pretende sin embargo, analizar las diferentes categorías profesionales sanitarias así como las relaciones humanas e interprofesionales hospitalarias bajo el punto de vista de la distribución del espacio y la implicación que ésta última determina sobre las anteriores. Por lo que este trabajo implicará sin remedio variables de interés que se irán perfilando y analizando tales como el uso y la apropiación de espacios, fronteras, establecimiento de espacios públicos y privados o jerarquías y simbologías establecidas al respecto. Así, se elige el entorno hospitalario pues se le considera poseedor de connotaciones simbólicas reveladoras y realidad social clasificable y significativa. No obstante, esta amplia realidad cultural y social y los significados que en hospitalización se ponen en juego con respecto a ella, supera con creces los objetivos propuestos para este proyecto y las posibilidades actuales a corto plazo, aunque se busca descubrir cuanto menos una parte representativa a través de un enfoque preciso del objetivo sobre el que se trabajará y delimitando el objeto de estudio de la manera que en las páginas que proceden se aclarará y se hará evidente.

MARCO TEÓRICO

A continuación se muestran los objetivos generales y las hipótesis de las que se parte para este trabajo, no obstante los objetivos generales se verán reforzados cada vez por objetivos específicos de las herramientas de las que se hará uso y que se mostrarán en las páginas sucesivas.

Objetivos generales

- Descubrir los criterios en los que se basa la organización del espacio en plantas de hospitalización y las categorías profesionales vinculadas.
- Identificar cómo las distintas categorías profesionales en el ámbito sanitario se establecen y se articulan simbólicamente en el espacio.
- Analizar de qué manera el espacio hospitalario se configura como un instrumento desde donde se construyen diferencias y se constatan y consolidan jerarquías de poder.
- Identificar ventajas, desventajas y carencias con respecto a la planificación del espacio de plantas de hospitalización y su relación con las características propias y particularidades de la profesión de enfermería.
- Descubrir en qué sentido el espacio influye en el colectivo enfermero e identificar de qué manera se establece en la habitualidad de su trabajo.

Hipótesis

- El espacio en ningún caso es experimentado por el hombre de manera directa, ya que se encuentra determinado por valores y creencias del hombre que modelan el espacio del que hace uso, adaptándolo a sí mismo o al grupo. Así, este espacio determinado por el hombre que lo habita y lo experimenta, influye a su vez en el propio hombre construyendo significado, por lo que podemos decir que el espacio es producto de significado pero a la vez productor del mismo.
- La tendencia actual de trabajo entre los distintos profesionales de la rama de salud hacia el que camina el sector sanitario, hacen de la organización y la distribución del espacio un elemento fundamental por su influencia decisiva en las interacciones. Por lo tanto, trabajar sobre el elemento espacial es construir hacia un trabajo más completo e integrado.
- La singularidad del trabajo de enfermería le otorga a la disciplina un distintivo propio que la caracteriza en su práctica habitual y en su relación con el paciente. Estas particularidades hacen de la profesión una categoría sanitaria singular con importantes necesidades de espacio desatendidas.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación que se plantea basa sus principios en la metodología de investigación cualitativa apoyada además por mediciones cuantitativas, como consecuencia del objeto de estudio que se plantea. Esto implica el manejo de hechos sociales, discursos e interacciones que se imponen como datos de rigor y validez científica.

Lo que se persigue conocer se dirige en contenido más allá de aquello que se responde a través de la pregunta previa: ¿Qué es esto? cuya respuesta se limita a una interpretación de los actos observados y cuya utilidad es incuestionable en el proceso. Además los objetivos de este trabajo se dirigen a contestar la pregunta: ¿Por qué? y las causas que conducen a los hechos. Esto construirá una valiosa explicación que cierra el ciclo del proceso metodológico de forma tal que ambas fases –interpretación y explicación- se encuentren interrelacionadas y la una se apoye en la otra de forma directa y continua. De esta forma se plantea un proceso empírico, un proyecto etnográfico construido sobre dos servicios de hospitalización del Hospital Universitario Doce de Octubre de Madrid:

- Segunda izquierda, Servicio de Neurocirugía.
- Quinta derecha, Servicio de Cirugía digestiva.

Estos dos servicios han sido elegidos en primer lugar por ser las dos plantas de hospitalización en las que he desarrollado mi trabajo durante mayor tiempo además de ser ambas las últimas y más recientes. En concreto, en el servicio de Neurocirugía estuve en activo durante veinte meses y actualmente en el servicio de Cirugía Digestiva estuveseis. Esto supone un conocimiento más intenso de la dinámica y funcionamiento de ambas y así una observación más prolongada.

En segundo de los motivos es porque presentan una planificación del espacio significativamente distinta. Así el “estar” de enfermería de la planta segunda es amplio y coincide con el espacio del despacho médico de la planta quinta, o que en la segunda planta haya una sola secretaría y en la quinta haya dos secretarías amplias. Esto les lleva a un uso y ocupación de los espacios por las distintas categorías profesionales muy a tener en cuenta y una variabilidad de datos enriquecedora.

Las herramientas de trabajo utilizadas para la producción de conocimiento serán la Observación Participante y la Entrevista en profundidad y con cada una de ellas se persiguen objetivos concretos que contribuyen a los objetivos generales del trabajo que se presenta

Observación participante

"Es esencial que aprendamos a leer las comunicaciones silentes tan fácil como las escritas o habladas. Sólo haciéndolo así podremos llegar a otras gentes, tanto dentro como fuera de nuestros límites nacionales⁽⁴⁾".

Edward T. Hall

La observación participante es una herramienta de gran valor que otorga la oportunidad de descubrir los fenómenos tal y como acontecen y se exteriorizan, con la mínima posibilidad de que las conductas sean alteradas de su forma habitual pues son observadas in situ. Será el sesgo que pueda producir mi presencia como investigadora sobre el que he de trabajar, además de hacer uso de una reflexión y vigilancia epistemológica continua por mi condición de sanitaria e investigadora en el campo de la sanidad.

El análisis de hechos sociales permitirá descubrir aspectos de la realidad que afloran cada día y sobre los que no se habla. Es analizar la vida misma, el día a día hasta su aspecto más concreto y estrecho, aquello que solo a través del ejercicio intenso de buscar, querer conocer y comprender se hace evidente y externo. No es ver es mirar, mirar atentamente. Es mirar aquello que sucede, es la visión concienzuda y cuidadosa de lo vigente y de lo real lo que le aporta a la observación participante un valor destacado.

Así la observación se muestra como una herramienta de obligado uso para conseguir los objetivos marcados y para ello es incuestionable una mirada científica, nunca la mirada instintiva o involuntaria del espectador, pues de acuerdo con

Laplantine, “procediendo a la transformación de la mirada en lenguaje exige, si queremos comprenderlo, una interrogación sobre relaciones de lo visible con lo decible o más exactamente, de lo invisible con lo legible⁽⁵⁾”.

Por esto, el objetivo de la Observación Participante es “descubrir en el ejercicio y en la práctica habitual el verdadero uso de los espacio comunes que hacen los diferentes profesionales de la salud en función del espacio disponible para cada uno”.

Debido a mi situación profesional y una vigilancia continua, he observado durante largo tiempo la habitualidad del trabajo de enfermería y el enriquecimiento que produce esta variabilidad aportará datos de gran valor. Teniendo en cuenta que los diversos espacios necesarios para el funcionamiento de las plantas de hospitalización del Hospital Doce de Octubre y disponibles para los profesionales son idénticos en cuanto a arquitectura se refiere, es interesante comprobar cómo la organización de estos espacios es muy diversa según el servicio a la que hagamos referencia y cuyo resultado es una ocupación, uso, categorización y clasificación también distinta por parte de las categorías profesionales que las utilizan. Puede verse para una mejor comprensión de las ideas expuestas, las cuatro figuras que se muestran en las páginas posteriores, además del anexo adjunto al final del proyecto.

Como se puede comprobar, la arquitectura de ambos servicios es tan equivalente que podrían superponerse sin mucho esfuerzo, pero esto cambia si nos fijamos en cómo se distribuye y organiza este espacio común.

Bien es sabido que en todas las plantas de hospitalización existen necesidades concretas para pacientes y profesionales y que son cubiertas con habitaciones y cuartos comunes con funciones diferenciadas, de tal forma que en el Hospital Doce de Octubre, estas habitaciones y cuartos comunes son los mismos en cada servicio y son los siguientes:

- Habitaciones de pacientes.
- Control de enfermería.
- "Estar" de enfermería.
- Cuarto de medicación.
- Cuarto séptico.
- Despachos médicos.
- Despacho de supervisión de enfermería.
- Secretaría.
- Almacén-lencería.
- Almacén general.
- Office.

Sabido esto, decidí pararme a observar de qué manera estos espacios son utilizados por los distintos profesionales y en qué circunstancias, lo cual me llevó a encajar y relacionar particularidades y a hacerme preguntas. Para esta ocasión, no me

interesa cómo se hace uso de estos espacios en cada momento, sino cómo hace uso el personal de enfermería en momentos clave para la dinámica del trabajo continuado y el buen funcionamiento del servicio. Estos momentos clave son los siguientes:

- Tres cambios de guardia de enfermería diarios entre los turnos mañana, tarde y noche, en los que se comunica la información sobre el estado de salud de cada uno de los pacientes ingresados.
- Necesidad de consultar historias clínicas por empeoramiento clínico de los pacientes y/o circunstancias similares.
- Cambios de tratamientos médicos diarios y continuos.
- Comidas y descansos necesarios para personal de enfermería.

De esta manera enfoqué mis observaciones sobre estas cuatro actividades de plena importancia para el paciente y para el personal de enfermería y durante las páginas que continúan se expondrán los datos o ideas descubiertas. A partir de este momento, se analizarán los dos servicios sobre los que se basa este estudio de forma separada.

- Planta Segunda. Servicio de Neurocirugía. Hospital Doce de Octubre. Madrid

El servicio de Neurocirugía se encuentra situado en la zona izquierda del edificio general del área hospitalaria. Como el resto de los servicios tiene dos puertas a través de las que acceder, una para acceder al control derecho (de la habitación 34 a la 44) y otro para el izquierdo (de la habitación 48 a la 61). La única secretaría del servicio está situada en la entrada, en frente del control derecho, y los espacios comunes como en todos los servicios de hospitalización del hospital, en un pasillo central entre los controles derecho e izquierdo (consultar figura 2). En el centro de los espacios comunes está situado el “estar” de enfermería que mantiene una distribución como se muestra en la imagen:

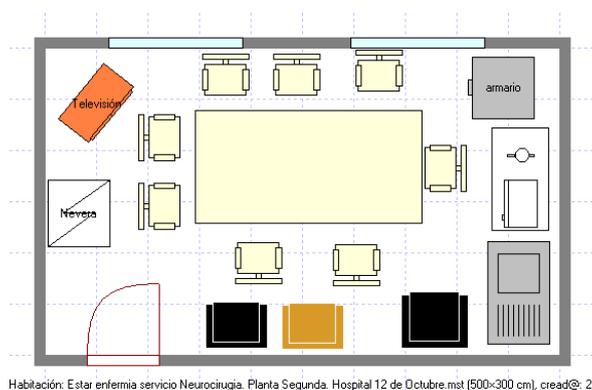


Figura 1. “Estar” de Enfermería Servicio de Neurocirugía.

En la figura 1 se puede ver que en una habitación de 500x300cm han situado una mesa central, lugar donde normalmente se agrupa el equipo de enfermería en momentos de descanso, con una serie de sillas alrededor y de sillones más bajos y pesados detrás de estas sillas sobre la pared de la puerta. Además posee una nevera en la que lo único que está permitido introducir son alimentos necesarios para los pacientes y que proceden del servicio de cocina del hospital –zumos, yogures y similares siempre embasados-, y alimentos traídos por el propio personal (normalmente del equipo de enfermería pues el servicio médico dispone de otra nevera en uno de sus despachos). Muestras biológicas, medicación y productos similares queda totalmente prohibido introducir y la normativa se cumple. El servicio dispone además de otra nevera en la lencería para tal fin.

En la pared situada en frente de la nevera hay un armario para guardar los bolsos del personal, una mesa con un hornillo eléctrico donde se hace diariamente el café en una cafetera convencional, y un microondas solo para uso del personal de la planta. En el office, el servicio dispone de un microondas para calentar la comida de los pacientes en momentos en los que sea necesario. Además en esta misma pared y para terminar con ella hay un fregadero de un solo hueco y a continuación un espacio para dejar secar los utensilios. Encima de éste, aunque en la imagen no se aprecie, el servicio ha instalado un armario de dos puertas donde se guardan utensilios de cocina que suelen utilizar para las comidas del personal del equipo de enfermería. En la pared frente a la puerta de entrada hay dos ventanas grandes con varias macetas que en la mayoría de las ocasiones una de las enfermeras de la planta se encarga de regar.

Los despachos médicos se encuentran situados en el final del pasillo del control de enfermería derecho, a través de unas puertas blancas que quedan siempre cerradas al paso pero nunca cerradas con llave. Al acceder detrás de esta puerta se encuentra la continuación del pasillo con otras cuatro habitaciones, las dos de la derecha son despachos siempre abiertos con tres ordenadores, y de las dos habitaciones de la izquierda, la más lejana de la puerta es una habitación donde suelen tomar el café y charlar, con una distribución parecida al “estar” de enfermería, aunque de dimensiones más pequeñas, también con mesa y sillas, una nevera, un congelador (destinado a muestras biológica de ensayos clínicos abiertos), una cafetera y un ordenador, y la segunda habitación de la izquierda, y más cercana a la puerta, es el cuarto del residente, destinado al descanso de éste durante las guardias de veinticuatro horas. Además hay un despacho médico en la zona común que pertenece a uno de los médicos adjuntos del servicio y que permanece siempre cerrado.

Con respecto a los controles de enfermería, denominado así al mostrador alto donde se dirigen los pacientes y familiares en múltiples ocasiones para demandar algún cuidado, necesidad o información concreta, se compone de

una mesa con dos ordenadores completos, una impresora y un teléfono restringido a interfonos del hospital a disposición del equipo de enfermería, además de varios cajetines, unos encima de otros en un lateral, con peticiones de analíticas, partes interconsulta y hojas nuevas de tratamientos médicos y de enfermería entre otros. Los folios y las carpetas de tratamientos caben apoyados en su totalidad. Para sentarse y hacer uso de los ordenadores o de la propia mesa hay tres sillas que pueden ser desplazadas con facilidad.

La secretaría del servicio, situada a la entrada y alejada de la zona común como ya se ha mencionado, permanece abierta de ocho de la mañana a tres de la tarde solo los días laborables. El resto de los espacios, excepto el despacho médico de la zona común (destinado solo a uno de los médicos adjuntos del servicio) y el laboratorio, están abiertos las veinticuatro horas del día.

Así, a través de la observación participante he podido descubrir que las siguientes situaciones se repiten cada vez en el Servicio de Neurocirugía:

- ✓ Los cambios de guardia son preferidos y suelen dar comienzo en el “estar” de enfermería haciendo uso de la mesa y sillas altas disponibles. En muchas ocasiones, el ruido de hasta diez o doce personas, incide en la comprensión y asimilación de la información sobre el paciente, circunstancia que conlleva a que el cambio de guardia en los tres turnos continúe y finalice en ocasiones en el control de enfermería.
- ✓ Los cambios de tratamientos y la consulta de historias clínicas en la mayoría de las ocasiones comienzan y terminan en el control de enfermería.
- ✓ Los diversos momentos de descanso en los tres turnos son llevados a cabo en el estar de enfermería sobre la mesa descrita anteriormente y donde hay disponible toda una variedad de utensilios de cocina traídos en su mayoría por el personal de la planta. La comida a la que se le otorga más importancia a lo largo del día es la cena que se hace en el turno de noche – ya que el turno es de diez horas y se hace indispensable hacer al menos una comida fuerte-. La cena se hace siempre en la mesa del estar, con el personal de enfermería y auxiliares de enfermería. Cada uno lleva comida, que en ocasiones se han puesto de acuerdo en qué llevar, se coloca en la mesa a disposición de los demás y todos comen de todo lo que hay en de ella.

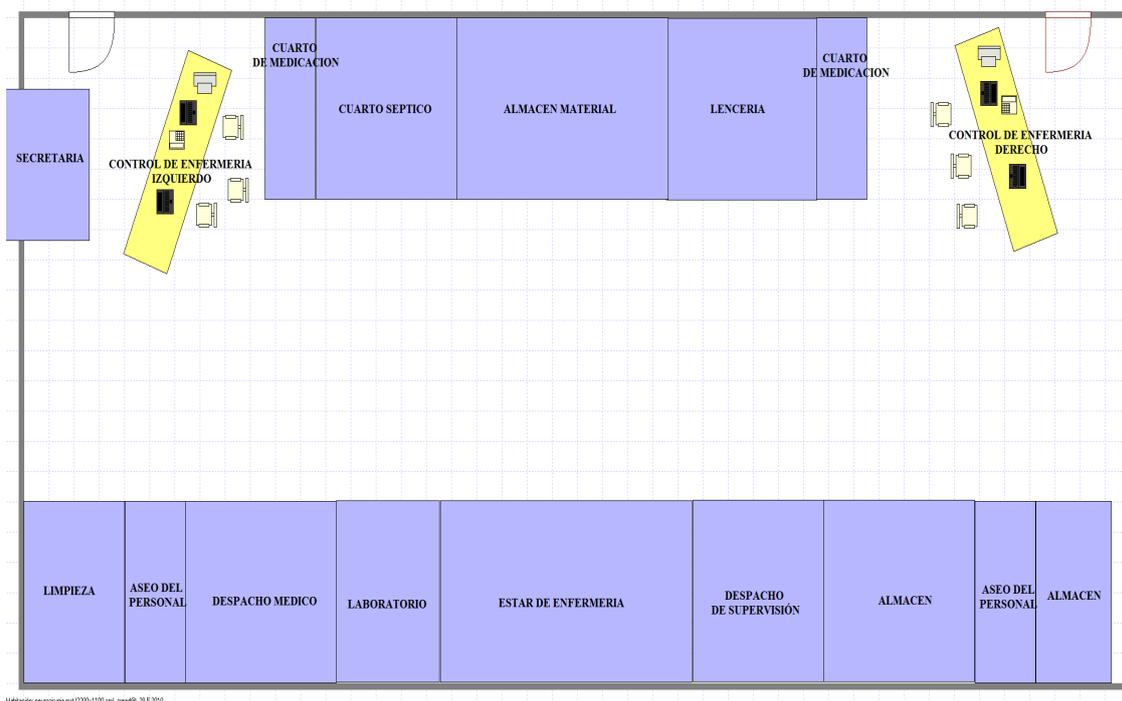


Figura 2. Zona común Servicio de Neurocirugía

- Planta Quinta. Servicio de Cirugía Digestiva. Hospital Doce de Octubre, Madrid

El servicio de Cirugía Digestiva se encuentra situado en la zona derecha de la planta quinta del edificio general. De la misma manera que el servicio de Neurocirugía, posee dos puertas de acceso al servicio y cada una de ellas desemboca en un control de enfermería, una puerta en el control derecho y otra en el control izquierdo.

Las habitaciones están enumeradas correlativamente desde la 1 a la 12 en el control derecho y desde la 18 hasta la 30 en el control izquierdo.

El servicio dispone de un “estar” de enfermería cuya distribución puede verse en la figura 3.

De dimensiones más pequeñas que el servicio anterior (200x300cm), el espacio se organiza en torno sillones y mesas supletorias de baja altura. Las dos mesas son usadas para almacenar azúcar, sacarina, galletas o pan tostado necesario para ofrecer en ocasiones a los pacientes. Estos alimentos suben desde el servicio de cocina del hospital. Además el “estar” posee un armario, usado para dejar los bolsos del personal de enfermería de la planta y la balda superior como pequeño almacén de platos de plástico, tazas de cerámica traídos por el personal y té. En la pared situada frente a la puerta se encuentra una ventana grande.

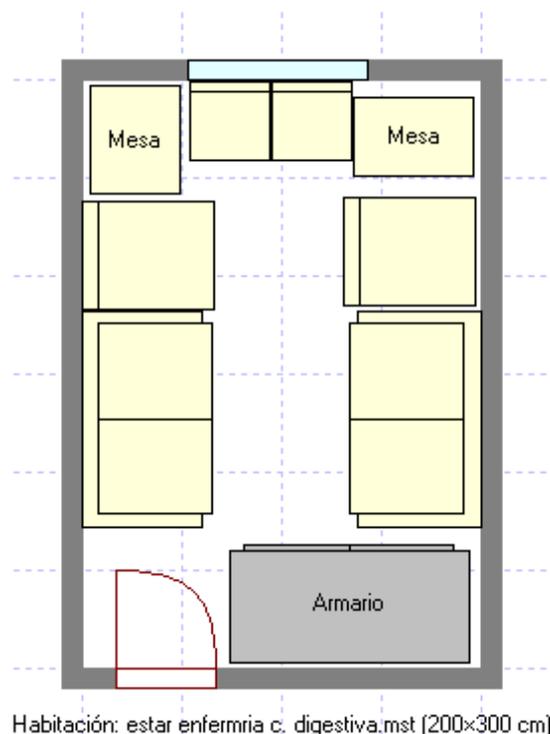


Figura 3. “Estar” de enfermería Servicio Cirugía Digestiva.

Con respecto a los despachos médicos existen varios a lo largo del servicio. El más accesible está en el centro de la zona común –este espacio coincide con el estar de enfermería del servicio de Neurocirugía– justo al lado del estar de enfermería. En él están colocadas las historias clínicas de los pacientes ingresados en un armario justo a la entrada. Además dispone de una mesa grande y varias sillas de la misma altura y además de algunos sillones más bajos, iguales que los que tienen en el estar de enfermería del servicio.

Existen además otros tres despachos médicos de dimensiones amplias que quedan cerrados el tiempo en que la persona al que está destinado no le da uso, que suele ser a partir de las quince horas de cada día. Con respecto a los fines de semana, estos tres despachos serán usados solo si la persona que le da uso está de guardia. Estos despachos quedan contiguos al espacio común del personal y pueden verse con más claridad en el plano general anexo del final del proyecto.

Los controles de enfermería derechos e izquierdos se sitúan cada uno al lado del cuarto de medicación correspondiente. En cada uno de ellos hay disponible dos ordenadores completos, una impresora y un teléfono para interfonos y llamadas internas dentro del hospital colocados todos en la mesa del control. En uno de los laterales tienen –como en la planta anterior– varios cajetines con las peticiones necesarias para los pacientes, y en este espacio se acumulan además cuatro carpetas: dos de anillas grandes con los tratamientos médicos

de los últimos días de los pacientes, cada una de un equipo médico, una tercera de anillas de tamaño normal, para los pacientes de Medicina digestiva –aclarar que desde hace algo más de un año, las habitaciones 11 y 12 están destinadas sólo y exclusivamente a pacientes a cargo del servicio de Medicina Digestiva– y la última, también de anillas de tamaño medio, para los pacientes periféricos. Estas carpetas suelen colocarse cada vez, allí donde cada uno encuentra un hueco y las de anillas grandes en muchas ocasiones quedan encima del mostrador por falta de espacio. Además hay tres sillas grandes de estudio disponibles al personal para hacer uso del “control”.

Existen dos secretarías de dimensiones medias a ambos lados del espacio común cada una perteneciente a un control distinto. Disponen de una mesa amplia y alta y una silla cada una, además de estanterías donde se acumulan las historias clínicas de los ingresos próximos y todas las pruebas de radiodiagnóstico de los pacientes ingresados. Durante la mañana, son las secretarías las que hacen uso de las secretarías hasta las quince horas. El resto de tiempo quedan abiertas. Además si los médicos de la quinta planta están de guardia, suelen ocupar la secretaría bastante tiempo del que permanecen en la planta, a pesar de tener al lado un despacho a su disposición, motivo que hace que enfermería ese día no pueda hacer uso de este espacio.

Así, a través de observación he podido descubrir algunas situaciones que al igual que en Neurocirugía, se repiten cada vez:

- ✓ Los cambios de guardia mañana-tarde suelen hacerse en el estar de enfermería, sentados en los sillones bajos disponibles al personal y apoyados sobre una carpeta o una revista, en el control de enfermería sentados en las sillas o en alguna ocasión de pie en el cuarto de medicación.
- ✓ Los cambios de guardia tarde-noche y noche-mañana en la mayoría de las ocasiones son llevados a cabo en la secretaría aprovechando que a esa hora las secretarías están libres.
- ✓ Para los cambios de tratamientos es más usual usar el control de enfermería durante el turno de mañana (ya que las secretarías están ocupadas), y durante el turno de tarde y noche en repetidas ocasiones se utiliza la mesa de la secretaría.
- ✓ Las comidas y descansos de enfermeros y auxiliares de enfermería suelen hacerse en el estar de enfermería, aunque se hacen excepciones en momentos concretos. En las comidas más elaboradas con mayor volumen de utensilios utilizados, tales como: todas las cenas –en las que cada uno de los profesionales se lleva sus propios alimentos– y festejos concretos, suelen hacerse en la mayoría de las ocasiones en la mesa del despacho

médico contiguo al “estar” de enfermería, solo son una excepción, los días en que los médicos del servicio están de guardia, ya que suelen pasar allí algunas horas. Las comidas dejarán de hacerse allí estos días a pesar de que los médicos en ese momento no estén presencialmente en el servicio. Así en aquellas ocasiones en las que no se hagan en el despacho médico se harán en el estar de enfermería, colocando una de las mesas en medio y colocando allí la comida.

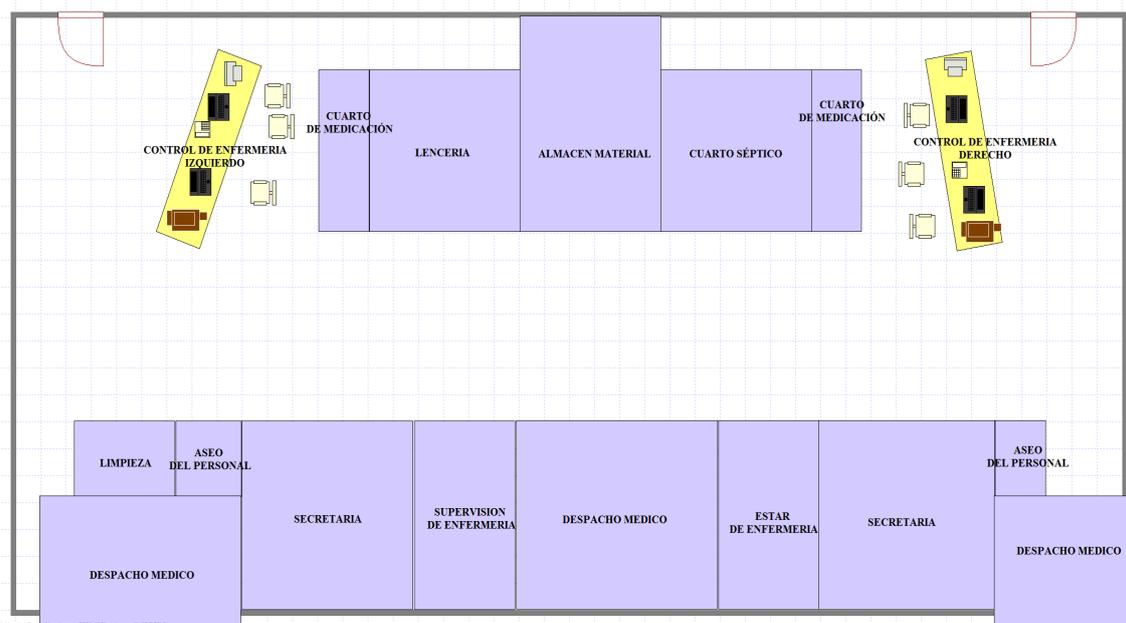


Figura 4. Zona común Servicio Cirugía Digestiva.

La Observación Participante llevada a cabo en los dos servicios expuestos me ha llevado a hacerme preguntas que se acompañan de algunas ideas, algunas propias del funcionamiento de los servicios por separado, y otras como razonamiento al enfrentar las dos maneras de organización bajo el prisma de la distribución tan diferente del espacio.

1. ¿Por qué teniendo un espacio amplio donde sentarse y colocar las carpetas cómodamente y fuera del alcance de los oídos de los pacientes, los enfermeros de la segunda planta se van en muchas ocasiones al control de enfermería a darse el cambio de guardia?
2. ¿Es el control de enfermería, próximo a habitaciones de pacientes un sitio idóneo de contarse las incidencias de los propios pacientes? ¿Por qué se van allí?
3. ¿Por qué cuando las secretarias no están en la planta quinta, los enfermeros hacen uso de su espacio?

4. ¿Por qué hacen en ocasiones uso del despacho médico?
5. ¿Qué quiere decir este uso construido y no reflexionado de los espacios?
6. ¿Por qué en la segunda se comparten las cenas y por qué en la quinta planta no lo hacen? ¿En qué sentido el poseer un espacio influye también en esto?

Llegados a este punto se seguirá trabajando haciendo uso ahora de la entrevista en profundidad como segunda herramienta metodológica lo que permitirá para una mayor producción de datos y un análisis más completo.

Entrevistas en profundidad

Se plantea la planificación de una serie de entrevistas en profundidad como actividad complementaria a la observación participante, con el objetivo alcanzar un conocimiento más amplio y una comprensión más profunda de la problemática abordada.

A través de las entrevistas en profundidad y las preguntas abiertas en mayor medida, busco comprender el uso de los espacios de la manera en que las páginas precedentes se ha puesto en evidencia, además de trabajar sobre las relaciones humanas, y en concreto, sobre la manera en que se articula la interacción entre profesionales de salud, las influencias de unos profesionales sobre otros y cómo esto influye a su vez en la planificación y organización definitiva del espacio, en su uso posterior y en la simbología e identidad profesional que dicha realidad otorga finalmente. La perspectiva de los agentes sociales a través del análisis de discursos, aporta profundidad a la problemática y la triangulación con la observación participante un enriquecimiento clave para los objetivos que se pretenden en estas páginas.

Este instrumento metodológico no será centrado en servicios concretos de hospitalización de tal forma que las entrevistas serán llevadas a cabo no sólo en la segunda y en la quinta planta, sino que serán sin ninguna duda extensible a otros servicios y la propuesta es centrar y planificar estas entrevistas según categoría profesional y laboral del entrevistado. Además con cada uno de ellos se plantearán una serie de preguntas diferentes en torno a los objetivos específicos de entrevista, que son los siguientes:

- Objetivos específicos de la entrevista. ¿Para qué entrevistar?
 - ✓ Descubrir las experiencias de los informantes con respecto al espacio disponible en su ejercicio profesional diario y en qué sentido este es un factor que influye.

- ✓ Identificar el poder asumido y producido entre profesionales de salud, en relación con aquel que se impone a través de una configuración espacial específica.
- ✓ Identificar las relaciones entre profesionales e interpretar el peso que los informantes le otorgan a la distribución del espacio en ellas.
- Criterios para la selección del entrevistado. ¿A quién entrevistar?

Los criterios elegidos para decidir las personas sobre las que planteo las entrevistas se basan en varios aspectos que detallaré a continuación y que han sido clasificados por orden de importancia:

- ✓ Categoría profesional. Las categorías profesionales sobre las que me interesa trabajar a través de entrevista en profundidad serán: supervisor de enfermería, enfermero y médico.

Este primer criterio es considerado el más importante y de él en gran medida van a depender a quien entrevistar, pues conocer las opiniones y la visión de las distintas categorías me ofrecerá una amplia diversidad de posiciones y de implicaciones que potenciará el estudio en gran medida. No obstante no será el único criterio de elección.

- ✓ Experiencia profesional. Los años de profesión y la experiencia profesional será una baza importante no siendo necesario que sea muy extendida, pero sí lo suficiente como para haber experimentado la problemática que se cuestiona.
 - ✓ Relación personal/profesional con los entrevistados. Como último criterio y menos importante, la relación personal o profesional con los entrevistados será un criterio positivo a tener en cuenta pero siempre con la cautela necesaria y como último criterio de elección. Este no se impondrá bajo ningún concepto sobre ninguno de los criterios anteriores.
- Contexto de entrevista. ¿Dónde y cuándo entrevistar?

En este sentido me encuentro en gran medida a disposición de mi entrevistado ya que es una realidad que este no sacará ningún beneficio material de la actividad -no sabemos si personal-, lo que conlleva aceptar lo que indique en tal caso. No obstante la posibilidad de proponer tal vez esté abierta, lo cual llevaría a hacer las entrevistas fuera del ámbito laboral de cada uno de ellos. Como norma general, se propone un ambiente tranquilo en el que las interrupciones sean mínimas y en el que el entrevistado en ningún caso pueda ser reclamado para el ejercicio de su trabajo.

En el caso de los médicos y los enfermeros, la entrevista será planteada fuera de su horario laboral, nunca en descanso entre tareas o entre pacientes, y nunca en el propio servicio. En el caso de supervisores, sería nuevamente ideal sacarlos del ámbito hospitalario y en caso de que tal circunstancia sea imposible, buscar un despacho tranquilo en el que casi con seguridad no vaya a existir interrupciones. De esta manera considero que las entrevistas serán más objetivas, fiables y constructivas.

- **Guía de entrevista**

A continuación, mostraré las preguntas que se irán proponiendo a los informantes y que organizaré según la categoría profesional, primer y más importante criterio de selección expuesto anteriormente.

A través de tablas de dos columnas, se propondrán una serie de preguntas teóricas, en su mayoría redactadas como preguntas cerradas, que en ningún caso se expondrán a los informantes y que dejo constancia para mayor comprensión de lo que se pretende con las preguntas abiertas. Debido a que lo que se plantea a nivel metodológico es la entrevista en profundidad, las únicas preguntas que se harán a los entrevistados serán las preguntas abiertas que se redactarán como indica la metodología. No obstante, la guía no se configura de obligado cumplimiento sino que muy al contrario, como exige este tipo de entrevistas no estructuradas, aquellos aspectos sobre los que el paciente parezca insistir o estar interesado serán tenidos en cuenta, a pesar de que no estuviera programado en el guión de entrevista.

En cada categoría profesional se incidirá así mismo sobre uno o varios de los objetivos específicos de entrevista propuestos al principio de este apartado.

- ✓ **Supervisores de Enfermería del servicio de hospitalización**

Como figuras centrales en la comunicación entre servicio médico y de enfermería y como representantes de este último, los supervisores de enfermería se imponen como profesionales de interés expreso e incalculable para la investigación que se plantea. Tienen acceso a establecer y coordinar junto a el jefe de servicio –responsable del servicio médico- asuntos de interés común al servicio entre lo que cabría destacar la forma de trabajo entre profesionales, ciertas competencias intermedias, la organización y el uso de material y la distribución del espacio. Esto hace de ellos una figura de mucho valor pues de cierta manera son partícipes de todo esto.

Objetivo 1: descubrir las experiencias de los informantes con respecto al espacio disponible en su ejercicio profesional diario, y en qué sentido este es un factor que influye.

Preguntas teóricas	Preguntas de entrevista
¿Te sientes satisfecho con el espacio del que dispones durante tu jornada laboral?	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Tienes un despacho para ti verdad? Háblame de él. ● ¿En él tienes acceso a la mayoría de lo que necesitas normalmente, o además necesitas disponer de otros espacios? ¿por qué?
¿Crees que es suficiente el espacio del que dispone tu equipo?	<ul style="list-style-type: none"> ● Háblame de las actividades más habituales que hacen los enfermeros en tu planta y dónde las realizan. ¿crees que son importantes para el paciente? ● Háblame de tu planta, ¿de qué manera está distribuido el espacio? ● ¿En qué condiciones consideras que enfermería trabaja en este sentido? ¿en qué te basas para decir eso? ● En ocasiones he escuchado quejas al respecto por parte del personal de enfermería, ¿crees que están fundamentadas? ¿por qué?
¿Cómo crees que experimentan el espacio los médicos?	<ul style="list-style-type: none"> ● Y los médicos, ¿comentan estas circunstancias? ● ¿Y donde crees que pasan ellos la mayoría de su jornada laboral?

Objetivo 2: identificar el poder asumido y producido entre profesionales de salud, en relación con aquel que se impone a través de una configuración espacial específica.

Preguntas teóricas	Preguntas de entrevista
¿Te sientes libre de entrar a cada uno de los cuartos comunes de la planta?	<p>¿Existe algún cuarto común al que no suelas acceder? ¿Por qué? ¿Llamas antes de pasar en alguno de ellos? ¿Por qué? ¿Crees que tu comportamiento cambia de alguna manera en alguno de estos? Háblame de ello.</p>
¿Crees que la distribución es justa? ¿Por qué?	<p>¿Consideras que pueda existir una relación lógica y directa entre categoría profesional y necesidad de espacio? Explícate. Y por lo que me cuentas. ¿Cuál consideras entonces que es la causa de la distribución actual?</p>
¿Qué puedes hacer tú, como representante del equipo de enfermería, por la disposición de espacio de los enfermeros en su ejercicio profesional y personal?	<p>¿Cuántos años hace que eres supervisora del servicio? ¿Y cuando llegaste la distribución de los espacios comunes era la misma? He trabajado y visitado otras plantas de hospitalización de este mismo hospital y descubro que en alguna de ellas la distribución es sustancialmente diferente a esta. ¿A qué crees que es debido? Propondrías alguna otra distribución posible? ¿Cuál? ¿por qué lo harías? ¿Lo has intentado en alguna ocasión? Cuéntame qué pasó.</p>

✓ **Enfermeros**

Objetivo 1: descubrir las experiencias de los informantes con respecto al espacio disponible en su ejercicio profesional diario, y en qué sentido este es un factor que influye.

Preguntas teóricas	Preguntas de entrevista
¿Cuáles son tus tareas diarias y donde las desarrollas?	Háblame de cómo se desarrolla de tu trabajo diario. ¿Cuáles son los espacios en los que sueles desarrollar tu trabajo? Descríbelos. Háblame en concreto de cada uno de ellos.
Cuarto de medicación	¿Cómo le llamas al sitio donde preparáis la medicación? ¿Cuántos enfermeros preparáis medicación a la vez en cada turno? ¿Y con los alumnos de enfermería? ¿Cómo os organizáis? ¿Tienes un espacio para ti? ¿Dónde colocáis la medicación? ¿Tienes acceso a todo el material que precisas cuando preparáis la medicación todos los enfermeros del turno? ¿Cómo lo hacéis? ¿Sueles tener que pedir paso en el cuarto para coger material y seguir trabajando? En una escala del uno al diez, qué puntuación darías en importancia a esta competencia concreta a la que nos referimos (preparar la medicación de los pacientes).
Estar de enfermería	¿Por qué crees que se llama así? ¿Cuánto tiempo al día pasas en el estar de enfermería? ¿Qué cosas soléis hacer allí? ¿Puedes irte a tomar un café fuera de la planta? ¿Por qué? ¿lo haces en alguna ocasión? ¿Y tus compañeros? ¿Crees que es un buen sitio para contar la guardia? ¿Y para hacer cambios de tratamientos?

Objetivo 2: identificar el poder asumido y producido entre profesionales de salud, en relación con aquel que se impone a través de una configuración espacial específica.

Preguntas teóricas	Preguntas de entrevista
¿En qué sentido sientes las jerarquías o el poder impuesto a través del espacio?	¿Llamas a alguna puerta antes de entrar? ¿Por qué lo haces? ¿crees que alguien se enfadaría si no lo hicieras? ¿A qué sitios no sueles entrar nunca? ¿Por qué? ¿Donde sueles cenar? ¿y si no están los médicos en la planta? ¿y si están cenáis juntos? ¿por qué crees que lo hacéis así? ¿Y donde sueles ponerte si tienes que hacer alguna actividad que requiera escribir como cambios de tratamientos? ¿Y si están los médicos en la planta? ¿Normalmente dónde suelen estar ellos?

Objetivo 3: identificar las relaciones entre profesionales e interpretar el peso que los informantes le otorgan a la distribución del espacio en ellas.

Preguntas teóricas	Preguntas de entrevista
Relación con los distintos profesionales	<p>¿Tienes relación fuera del hospital con alguien de la planta? ¿quieres decir con quien o simplemente la categoría profesional?</p> <p>¿Y dentro del hospital? ¿Con que categorías profesionales te relacionas?</p> <p>Teniendo en cuenta ahora solo el ámbito laboral, ¿Crees que los médicos están accesibles?</p> <p>¿Compartís algún tipo de espacio? ¿Dónde sueles encontrarlos?</p> <p>¿Crees que se trabaja en equipo? Háblame de ello.</p> <p>¿Hay algún sitio donde poder comentar con los médicos asuntos concretos de los pacientes?</p> <p>¿Dónde soléis hacerlo?</p> <p>¿Crees que sería importante trabajar en equipo?</p>

✓ **Médicos**

Objetivo 2: identificar el poder asumido y producido entre profesionales de salud, en relación con aquel que se impone a través de una configuración espacial específica.

Preguntas teóricas	Preguntas de entrevista
¿Qué espacios sueles ocupar y cómo vives las jerarquías a través de los espacios?	<p>¿Dónde sueles estar durante tus jornadas laborales? Y cuando estás en planta, ¿Donde sueles estar?</p> <p>¿Llamas a alguna puerta antes de entrar? ¿Por qué?</p> <p>¿Qué actividades sueles hacer en el despacho de los médicos?</p> <p>¿Y dónde comes o tomas el café?</p> <p>¿Dónde crees que lo hacen los enfermeros?</p> <p>¿Y cuando vosotros no estáis allí? ¿Crees que suelen utilizar la secretaría o algún otro espacio poco habitual o no necesariamente destinado a ellos?</p> <p>¿Por qué crees que lo hacen? ¿Y vosotros lo hacéis?</p>

Objetivo 3: identificar las relaciones entre profesionales e interpretar el peso que los informantes le otorgan a la distribución del espacio en ellas.

Preguntas teóricas	Preguntas de entrevista
Relación con las demás categorías profesionales.	<p>¿Con qué categorías profesionales sueles tener más relación? ¿a qué crees que es debido?</p> <p>Y con el equipo de enfermería, ¿Compartís algún tipo de espacio? ¿Dónde sueles encontrarlos?</p> <p>¿Sueles entrar en el estar de enfermería? ¿En qué momentos y por qué?</p> <p>¿Crees que se trabaja en equipo? ¿Por qué? ¿Te gustaría poder hacerlo así?</p> <p>¿Hay algún sitio donde poder comentar con los enfermeros asuntos concretos de los pacientes? ¿Dónde soléis hacerlo? ¿crees que es el sitio adecuado?</p>

Tras llevar a cabo estas entrevistas, se analizarán los datos de forma exhaustiva poniéndolos en relación con la observación participante y siempre teniendo en cuenta la distribución concreta del servicio que en el que se estén haciendo. Así, propongo trabajar al menos sobre cinco o seis plantas de hospitalización del Hospital Doce de Octubre, entrevistando al supervisor del servicio, dos enfermeros y dos médicos, lo cual supondrá un total de entre veinticinco o treinta entrevistas.

CONCLUSIONES

El proyecto que se propone no es más que un comienzo y así es justo que lo exponga pues es inicio de hacer plausible ideas y datos que mantengo en mi cabeza y sobre los que me tranquiliza y satisface poner orden.

Desde el principio me ha resultado difícil enfocar el objeto de estudio hasta una dimensión acorde a la exigencia pero es cierto, que la inmersión en los datos me produjo un interés paralelo de circunstancias más concretas cada vez, siendo el resultado final una pretensión acotada y afable y a pesar de ser solo el comienzo, no quería perder la oportunidad de exponer aquellas ideas o variables que he ido descubriendo y que podrían ser útiles para el futuro.

Así, considero que existen una serie de características que diferencian a la Enfermería como profesión y que hace que estos profesionales adopten en la práctica realidades diferenciadas de otros.

A la vez que este proyecto ha ido fundamentándose y como consecuencia de la inmersión continua en la problemática, se identificó un aspecto clave que caracteriza a la profesión de Enfermería con respecto a otros colectivos, y que se relaciona con el objeto que se ha puesto en evidencia en estas páginas continuamente. El colectivo enfermero es el único –junto a auxiliares de enfermería- que ha de permanecer las 24h de día presencial en el servicio, con un trabajo continuado turno a turno. Esto hace que en el transcurso del día, así como todos los compañeros pueden hacer el descanso fuera de la planta –médicos, supervisores de enfermería, secretarios- auxiliares y enfermeros hagan su descanso en la propia planta, teniendo que estar disponibles cada vez para las necesidades de los pacientes. Esta es la razón de que exista lo que en la mayoría de los hospitales españoles denominan “estar de enfermería”, como un espacio regentado y usado casi con exclusividad por este personal –y así ha sido comprobado con la observación- y que en ninguno exista lo que podría denominarse el “estar de médicos, de supervisores de enfermería o de secretarios” o simplemente que fuera compartido y usado por todos los miembros del servicio y que se denominase en tal caso “sala de estar”.

De esta forma, el estar de enfermería es una necesidad satisfecha para el colectivo –pues así ha sido reconocido-, que puede ser considerado como un “concepto” propio, resultado de las particularidades de la profesión.

Dirigiéndome no muy lejos y siguiendo la línea de la distribución del territorio que se ha estado persiguiendo, considero otra realidad que aún no ha sido reconocida para el colectivo de Enfermería y cuya existencia me ha revelado la observación en gran medida. La ocupación continua de espacios por parte del colectivo enfermero que no le son precisamente destinados, se ha comprobado en las dos plantas de hospitalización sobre las que esta herramienta ha sido usada, bien es verdad, que cada una en la medida en que la planificación del espacio la determina siendo esta “ocupación continua de espacios” una variable a tener en cuenta para continuar como una investigación futura y para concluir con resultados precisos.

Así, en la planta quinta, servicio en el que el colectivo de enfermería no dispone de ninguna mesa alta y despejada donde poder trabajar, hace uso continuado de la secretaría siempre y cuando esté disponible. O en la planta segunda, que a pesar de poseerla, en multitud de ocasiones el silencio necesario para asumir, procesar y retener información de vital importancia para el paciente durante el cambio de guardia, hace que se instale en otros espacios no oportunos para tal fin, como el control de enfermería.

De esta forma se hace evidente para los profesionales de Enfermería que trabajan en plantas de hospitalización, la necesidad de un espacio tranquilo que incluya una mesa que absorba al menos a dos personas sentadas en la que poder desarrollar parte del trabajo intelectual que desarrolla, y con esto que acabo de plantear me temo, tal vez haya llegado hasta el problema. Problema fundamentado en una realidad no reconocida a la profesión de Enfermería, históricamente determinada por la conceptualización de “profesión práctica”, contraria a la visión del desarrollo del trabajo intelectual del colectivo médico, motivo que determina que tal colectivo disponga en cada servicio de despachos con las características que pretendo y que concluyo en esta ocasión imprescindibles para los profesionales de Enfermería.

Espacios repito, imprescindibles pues es una realidad inapelable e inamovible que la profesión de Enfermería es una profesión eminentemente práctica –y cuya realidad no quisiera parecer menospreciar-, pues trabaja cada vez con material y con las manos –no hay más que indagar los bolsillos de estos profesionales- pero es igualmente inapelable y justo reconocerle una actitud de vigilancia y valoración continua, el manejo incesante de farmacología de importancia y la peligrosidad que determina, la necesidad de priorizar según valoración individual y estado de salud del conjunto de los pacientes que regenta, la necesaria inmediatez en la toma de decisiones así como ser el último responsable presencial en planta de cada paciente.

De esta forma se evidencia que todo este trabajo está desarrollado bajo un cuerpo de conocimiento teórico sobre el que se basa y que guía sus decisiones,

además de ser el resultado de un trabajo mental o intelectual constante, que precisa en ocasiones del manejo de historial clínico, cambios de tratamiento continuado y consulta de la evolución de enfermería y valoración médica anterior, teniendo este desgaste intelectual un peso considerable en el conjunto y en el desarrollo del trabajo habitual de la profesión de Enfermería.

Se hace evidente que con el paso de las generaciones esta faceta de la profesión está siendo –aunque lenta- cada vez más contemplada, encontrándose sin remedio la configuración arquitectónica y la planificación del espacio del hospital sobre el que se basan estas interpretaciones construido hace casi cuatro décadas, con el avance inmensurable de la profesión.

Así se comprueba cómo –y lamento ser reiterativa en esto- lo que se expone no es más que un planteamiento que no agota la realidad pues no hace más que ponerla en evidencia y plantear posibles caminos de conocimiento, pues resultaría de gran interés hacer un análisis centrado en los hospitales públicos que están siendo construidos actualmente –uno de ellos es el propio nuevo Doce de Octubre, hospital en construcción actualmente a solo unos metros del actual y cuyo edificio de hospitalización tiene planificado estar terminado para el año 2011.

En fin de las obras que terminará con la construcción del edificio Materno-Infantil se espera para el 2015- o cuya obra finalizó hace como máximo unos cinco años, como el reciente Hospital de San Pedro de Logroño, inaugurado en el año 2007, con una arquitectura exterior francamente similar al futuro Hospital Doce de Octubre, y descubrir a través de éstos, de qué manera los espacios han sido organizados y planificados, así cómo comprobar la forma en que Enfermería se adapta a ellos según tal disposición. Además podría comprobarse o desaprobarse la idea de que el desarrollo de la profesión se está viendo reflejado en la disposición primaria de la arquitectura inicial.

Trabajar sobre el tratamiento del sustrato espacial previo a la construcción de estos hospitales –tanto los antiguos como los actuales- es decir, incidir sobre las categorías inmersas en las decisiones de los planos iniciales anteriores a la construcción, descubrir los colectivos que toman parte en ello, si dependen de las comunidades o no, si son sanitarios o no lo son, o las categorías concretas, mostrará considero, información en gran medida clarificadora y reveladora siendo este otro de los caminos posibles que se abren tras estas páginas.

Además sería de vital importancia hacer una inmersión, a través de un salto conceptual, en los Servicios Especiales –Neonatos, UVI, UCP o Reanimación entre otros- en los que por lo general, los espacios no están jerarquizados o determinados por categorías –con excepciones-, en los que no existen espacios pequeños y espacios grandes, sino que se comparte un espacio amplio y en el que la resolución de los problemas de salud son resueltos a la vista de pacientes y familiares por el conjunto de profesionales que en ellos están inmersos. Visto así, comparar esta resolución de

problemas y la dinámica del trabajo, así como las construcciones y simbologías de pacientes y familiares con respecto a cada categoría profesional, con las que en planta de hospitalización pudieran también construirse, podría en tal caso evidenciar -o no hacerlo-, aquello que se ha mantenido en estas páginas desde la primera de las palabras que se han escrito, esto es que la distribución espacial y la configuración del territorio es una realidad desde la que se construye significado, se constatan categorías y que determina a cada profesional según la razón o la parte que de esta construcción le haya tocado vivir.

BIBLIOGRAFÍA

1. García JL. Antropología del territorio. Madrid: Talleres Ediciones JB; 1976.
2. Foucault M. Microfísica del poder. 2ª ed. Madrid: La Piqueta; 1980.
3. Tirado FJ, Martín M. El espacio y el poder: Michel Foucault y la crítica de la historia. Espiral. Estudios sobre Estado y Sociedad. 2002 Sep-Dic; 25(9):11-36.
4. Hall ET. La dimensión oculta. Siglo XXI; 1972.
5. Laplantine F. La descripción etnográfica. París: Éditions Nathan; 1996.

Recibido: 23 diciembre 2011.

Aceptado: 29 enero 2012.