

Artículo

Prácticas y significados asociados al uso de la puerta de acceso del Centro de Diagnóstico y Terapéutico del Hospital San Juan de Dios

Pablo Cárdenas, José Herrera, Melisa Mendoza, Francisco Parra & Katherine Ubilla

Universidad de Santiago de Chile, Escuela de Psicología

Resumen

Desde la solicitud del Consejo Consultivo, es que se generó la presente investigación, la cual se propone como una medida paliativa para poder atacar la problemática relacionada con la funcionalidad que posee la puerta de acceso del Centro Diagnóstico Terapéutico del Hospital San Juan de Dios (CDT-HSJD). En este sentido, la pregunta central de este estudio se centra respecto a cuáles son las prácticas y significados asociados al uso cotidiano de la puerta principal por parte de los actores sociales que transitan por ese espacio. En cuanto a la metodología el paradigma bajo el cual se sustenta nuestra investigación es el socioconstruccionismo, el cual propone que la realidad es una construcción que se da por medio de las relaciones humanas en un contexto social determinado. Nos aproximamos a la realización de dicha investigación a partir de la utilización de notas de campo y entrevistas semi-estructuradas. El análisis de la información que se usó en la investigación es la Grounded Theory. Dentro de los resultados extraídos de este estudio, se generaron cinco ejes temáticos, los cuales son: (i) Usuarios de la puerta, (ii) Prácticas asociadas al uso de la puerta, (iii) Significación de los usuarios en torno a la puerta, (iv) Problemáticas relacionadas con la puerta y (v) Necesidades de los usuarios en torno a la puerta. En función de la metodología escogida, se relacionaron dichos ejes temáticos y se contrastaron con los antecedentes teóricos en el análisis y discusión de información. En las conclusiones se planteó primeramente la necesidad de re-significar los espacios, como la puerta, además de generar un proceso de concientización a los usuarios que no se encuentran en situación de discapacidad y un rediseño que considere las situaciones de emergencia. Las limitaciones de este estudio se centraron en la focalización que la investigación tuvo en un sólo espacio físico, la puerta, mientras que las proyecciones planteadas son el estudio en otro acceso y además el acceso en general.

Palabras Claves: Puerta, Diseño participativo, Significados, Prácticas, Grounded Theory

Abstract

The present investigation was generated from the request of the Advisory Council, which intends to be a palliative measure to attack the problematic related with the functionality that has the access door of the diagnostic and therapeutic center of San Juan de Dios Hospital (DTC-SJDH). Because of this, the central question of this study is centered in which are the practices and meanings related to the daily use of the access door by the social actors that transit in that place. In the methodology, the paradigm that supports our investigation is the socioconstructionism, which proposes that the reality is a construction created from the human relations in a specific social context. We conduct this research using field notes and semi-structured interviews. The analysis of the information that we use is the Grounded Theory. From the results of this investigation, five thematic axes were developed: (i) Door users, (ii) Practices related to the use of the door, (iii) meanings of the users related to the door, (iv) problematics related to the door and (v) necessities of the users related to the door. Based on the chosen methodology, the thematic axes were related and contrasted with the theoretical background in the analysis and discussion of information. The conclusions suggest the necessity of re-signify the spacing, like the door, generate an awareness process for the users who do not have disabilities and also a re-design that consider emergency situations. The limitations of this research are focused on the targeting of only one physical aspect: the door, meanwhile the projections are the investigation of other access points besides the frontal access.

Keywords: Gateway, Participatory design, Meanings, Practices, Grounded Theory

(cc) 2016 Publicado por REC, plataforma de publicación de trabajos de investigación cualitativa, asociados al ramo de Metodología de Investigación Cualitativa II de la Escuela de Psicología de la Universidad de Santiago de Chile.



Este trabajo se encuentra bajo licencia Creative Commons Atribución-Non Comercial 4.0 International License.

1. Problematicación

El presente proyecto de investigación se enfoca en la funcionalidad que posee la puerta de acceso del Centro de Diagnóstico y Terapéutico del Hospital San Juan de Dios (CDT-HSJD). Distintos antecedentes entregados por el Consejo Consultivo de usuarios del hospital han señalado que la infraestructura menor del acceso al Centro de Diagnóstico y Terapéutico, es decir, su puerta principal, no responde a las necesidades de los usuarios, considerando en esta categoría tanto a pacientes, visitantes, y funcionarios de la institución. De este modo, la presente propuesta se orienta a la descripción de experiencias de uso y dinámicas sociales y materiales que se despliegan en este espacio.

Tal como ha descrito Cruz-Coke (1995), el Hospital San Juan de Dios es el primer hospital creado en Santiago, lo que se asocia a una posición estratégica en el sistema de atención pública en salud de la ciudad de Santiago. Este hospital pasó por una serie de transformaciones asociadas a políticas sanitarias implementadas durante el siglo XX, hasta consolidarse como un centro de alta importancia para la prestación de servicios públicos de salud. Es de este modo que la Ley 10.383, de 1952, establece la organización general de lo que se denominó el Sistema Nacional de Salud (SNS), y dos años después se inaugura en su ubicación actual el Hospital San Juan de Dios

En el año 2002, se inaugura el Centro de Diagnóstico Terapéutico Profesor Dr. Rodolfo Armas Cruz, lo que significa el cambio desde un modelo de atención centrado marcadamente en el paciente hospitalizado - el cual regía al Hospital San Juan de Dios- hacia una atención de salud predominantemente ambulatoria, la cual tiene por objetivo favorecer el arraigo familiar, laboral y social de las personas (Hospital San Juan de Dios - CDT, 2015).

Actualmente el Hospital San Juan de Dios se caracteriza por tener una alta demanda de pacientes, que se articulan principalmente a la Red de Salud Metropolitana Occidente. De este modo, presta servicios principalmente a personas que residen en las comunas de Renca, Pudahuel, Lo Prado, Cerro Navia, y Quinta normal, así como a las Provincia de Melipilla, con las comunas de Melipilla, Alhué, Curacaví, María Pinto y San Pedro; y la Provincia de Talagante, con las comunas de Isla de Maipo, El Monte, Padre Hurtado, Peñaflor y Talagante (Hospital San Juan de Dios - CDT, 2013).

En este sentido, la importancia de abordar las prácticas y usos de la puerta de acceso, radica en generar información contingente y condicionada por las necesidades propias de quienes concurren y ocupan de modo relativamente cotidiano el espacio, considerando que su perspectiva es fundamental para comprender dificultades específicas vinculadas con el tránsito y acceso al lugar. Por tanto, esta propuesta se enmarca desde estrategias de diseño participativo (participatory design), que vinculan la reconfiguración de los procesos tradicionales de diseño, para componer discursos y propuestas emergentes desde actores diversos que inscriben demandas y vislumbran aspectos específicos a ser considerados en la producción de elementos materiales que participan en la perpetuación de ciertos vínculos sociales (Callon, 2004).

De acuerdo a la inquietud y necesidad surgida desde los miembros del Consejo Consultivo de usuarios del hospital, quienes en una primera instancia han entregado algunas ideas sobre las problemáticas que se han ido presentando, es que se motiva esta investigación, la cual se enfoca principalmente en que la infraestructura menor del Centro de Diagnóstico y Terapéutico, no responde a las necesidades de los usuarios, visitas y funcionarios de este servicio de salud. Uno de los aspectos relacionados con la investigación es la funcionalidad de la puerta de acceso, particularmente durante el periodo invernal. En esta época, presenta dificultades debido a que se atasca cuando se intenta abrir. Producto de esto, la puerta se mantiene abierta, lo que genera malestar para los funcionarios aledaños a esta, ya que son estos los que sufren las inclemencias del clima. Esta situación se torna especialmente compleja, además, cuando se considera que los recursos de movimiento empleados por las personas que transitan por el espacio son variados. En tal sentido, a la situación de tránsito por el espacio implica la consideración de modos de desplazamiento diverso que integra roles y usos múltiples del lugar.

En el sistema de salud pública es indispensable contar con las condiciones óptimas para la atención de los usuarios del servicio. Sin embargo, en el HSJD, específicamente en el CDT, nos encontramos con que el acceso principal se vuelve un obstáculo al momento de recibir público en condición de discapacidad, o con alguna emergencia, e incluso adultos mayores que tienen dificultad al momento de abrir la puerta. Esta se estructura a partir de una superficie de vidrio, se opera de forma manual y su peso limita su uso frecuente, por lo que los funcionarios optan por mantenerla abierta. Ello altera la función aislante y de frontera con el espacio urbano de tránsito abierto. Entre las diversas problemáticas asociadas, se encuentra la imposibilidad de regular la temperatura interna del espacio de recepción y sus sectores aledaños. Los usuarios se exponen a las inclemencias del clima y se asocian diversos aspectos relativos a la configuración del rol de paciente y de un adecuado flujo de personas por el umbral de acceso. Es por ello que se hace necesario reemplazar la puerta del acceso principal para que satisfaga las necesidades de todos

los usuarios que la frecuentan, para así lograr optimizar no sólo la atención al público, sino que mantener el buen ambiente para todos los actores sociales que convergen en este acceso principal.

La puerta, en este sentido, no solo implica una estructura física, sino también semiótica, en el sentido que participa directamente en la performance del vínculo social y del movimiento, sirviendo de mediador en las relaciones, roles y expectativas asociadas a la atención ambulatoria en salud; así como también funcional, en tanto crea espacios (interiores y exteriores) y permea físicamente actores que participan del sistema de atención en salud. El modo de operación de la puerta, por tanto, no solo incide en cómo se lleva a cabo el desplazamiento por el espacio, sino también en cómo este espacio es significado y cómo son interpretados los roles que participan en el mismo.

De este modo se fundamenta nuestra pregunta de investigación, que consiste en ¿cuáles son las prácticas y significados asociados al uso cotidiano de la puerta principal del Centro de Diagnóstico Terapéutico del Hospital San Juan de Dios, por parte de los actores sociales que transitan por ese espacio?

2. Antecedentes teóricos.

En cuanto a las innovaciones efectuadas por el plan AUGE y la red de hospitales autogestionados, se ha potenciado la participación de los usuarios, estos consejos son una forma de control social cuyo objetivo es retroalimentar la gestión y asesorar al administrador, se componen por la comunidad usuaria de cada hospital, por trabajadores y representantes de los niveles directivos. En el proceso de introducción del Plan AUGE, además se generaron instancias consultivas con participación ciudadana las que deben dar su opinión y dar propuestas en cuanto al plan de salud pública regional con el propósito de mejorar la calidad de la atención de los hospitales (Becerril, Reyes & Manuel, 2011).

La participación social y la organización comunitaria es uno de los focos principales en la promoción de la salud. En relación al ámbito de la promoción de salud se ha potenciado la constitución de diversos espacios asociativos y canales de participación. El gran desafío, está en mejorar la calidad de la participación, ampliando los programas e incentivando la constitución de redes de apoyo social, con el apoyo de la familia, amigos y de la comunidad, que se asocian con mejor salud (Salinas & Vio del R, 2002). En este sentido, la calidad del servicio en el sector público, también va implicar calidad en la infraestructura que sea entregada a los usuarios de un hospital.

Como señalan los primeros psicólogos ambientales Proshansky y Fabian (1986, en Zimmermann, 2010) la calidad de vida urbana se relaciona directamente con el nivel de desempeño de los sujetos en el escenario urbano, y el grado de adaptación de las características físicas de este contexto a los planes, metas y aspiraciones de los ciudadanos. De acuerdo a esto, el problema de la calidad de los espacios se debe centrar desde el desempeño del individuo en este, en donde la relación hombre- espacio urbano se puede analizar desde las percepciones y sensaciones del individuo, la participación del individuo y su acción transformadora del entorno y la interacción social del sujeto social. Debido a esto es que el Hospital San Juan de Dios, al tener un alto flujo de pacientes debe contar con las condiciones óptimas para el ingreso de estos, por lo que resulta importante conocer cuáles son las necesidades de las personas que transitan en el hospital, con el fin de lograr una mejora en cuanto a la calidad de vida urbana.

Según Kaplan (1973, en Zimmerman, 2010) los efectos patológicos de los espacios urbanos proponen el problema de incompatibilidad entre el individuo y su entorno. Esta incompatibilidad,

provocaría un aumento de la incertidumbre, el aumento de lo impredecible de un escenario urbano y una baja en la capacidad de control del comportamiento del individuo en estos lugares. En este sentido el individuo tendrá que esforzarse para adaptarse a esta condición, pero esto le exige un sobre costo de energía. Continuando con esta temática es que se plantea la perspectiva urbanística que propone el desafío de pensar en el desarrollo de dispositivos técnicos que sean capaces de generar inclusión en personas que no cuenten con las capacidades del consumidor promedio, ya que de lo contrario, se entiende que es el entorno urbano quien se configura como una limitante funcional (Herrera, 2011).

Desde esta perspectiva, estudios como el realizado por Fernández (2014) se focalizan en instalar una cultura participativa entre los actores intervinientes en el proceso de diseño de espacios y objetos que participan en la vida urbana, incorporando en las prácticas de sus estudiantes la noción de responsabilidad compartida en la configuración y construcción de la ciudad.

Ello promovería una conciencia ciudadana que actualice el derecho a decidir en cuanto al espacio y su uso. Tal investigación muestra similitudes con la presente propuesta, debido a que pretende generar condiciones para que los usuarios se constituyan como partícipes de las decisiones relacionadas con las modificaciones o el resguardo a la identidad de su espacio. Esto, con el fin de lograr un mejor espacio público, servicio, calidad de vida, entre otros aspectos, por tanto, construir ciudadanía. Aunque Fernández (2014) refiere a procesos que ostentan potenciar una cultura participativa en lugares a un nivel más macro, de igual forma se visualiza en esta propuesta de investigación el hecho de ser agentes activos en la producción de conocimiento a través de la participación. Se pretende con esto lograr alguna mejora en la calidad de vida de los usuarios de la infraestructura menor del CDT, en relación a las mejoras en la construcción de ese espacio.

En esta línea, existen diversas iniciativas que pretenden abordar problemáticas sociales y de diseño diagnosticadas por la comunidad involucrada. Es así como el ejercicio que describe González (2014) en el cual se invitó a alumnos de Arquitectura de dos universidades de Ciudad de México a colaborar con el desarrollo de infraestructura capaz de abrir espacios de creación en conjunto con la comunidad. Para efectos de la propuesta asociada al acceso del CDT, en lugar de referirnos a una comunidad, nos remitimos a un colectivo de actores diversos, que se asocian en variados grupos con objetivos y funciones heterogéneas, considerando con ello que la interpretación del espacio puede ser múltiple, tal como las expectativas y medios para su ejecución.

Desde esta aproximación, destacan las líneas de diseño participativo, que involucran activamente a todos aquellos grupos interesados (o concernidos) en el o los procesos de diseño. Se diferencia del diseño tradicional, que comúnmente implica el pago por parte de un cliente a un consultor experto en diseño para la configuración; en el diseño participativo, los usuarios y –en términos generales– el público, son reconocidos como actores importantísimos y son asociados también al proceso (Sánchez-Criado, citado en Cereceda, 2013; Participatory Design, 2015).

Este trabajo recoge el anterior enfoque, pretendiendo generar información que permita elaborar el diseño de una puerta de acceso que integre las perspectivas de los diversos actores que transitan y se definen socialmente en este espacio. Esta consiste en una primera fase del proceso de diseño, en que participarán también otros profesionales que consideren la información generada en este proceso inicial.

3. Objetivos.

3.1 Objetivo General.

- Describir las prácticas y significados atribuidos por los usuarios al acceso principal del Centro de Diagnóstico y Terapéutico del Hospital San Juan de Dios.

3.2 Objetivos Específicos.

- Identificar las problemáticas asociadas al uso del acceso principal del Centro de Diagnóstico terapéutico del Hospital San Juan de Dios por parte de los usuarios del acceso anteriormente mencionado
- Conocer las necesidades de los usuarios del acceso principal específicamente puerta de Centro de Diagnóstico terapéutico del Hospital San Juan de Dios.

4. Metodología.

4.1 Paradigma de investigación: Construccinismo.

El paradigma bajo el cual se sustenta nuestra investigación es el construccionismo o socioconstruccionismo, el cual propone que la realidad es una construcción que se da por medio de las relaciones humanas en un contexto social determinado. En el construccionismo, la realidad se entiende como una producción intersubjetiva, la cual se genera a partir de diversos actores que en función de sus interacciones y elementos. Estos le confieren sentido y significado tanto a su existencia, como a los elementos que se sitúan en ella (Ibáñez, 2003). En lo relativo a esta investigación, se considera que los conocimientos generados en torno a la puerta, le otorgan sentido, y constituyen realidades que participan en la red de relaciones sociales asociadas al Centro de Diagnósticos Terapéuticos del Hospital San Juan de Dios.

A nivel ontológico se propone que la naturaleza de la realidad es relativa: al ser la realidad una construcción intersubjetiva, esta se negocia en interacciones entre los distintos actores sociales en un contexto determinado; las construcciones son verdaderas y reales en el contexto en el cual se construyen. A nivel epistemológico se expone que el proceso de conocimiento, la relación existente entre quien conoce y lo conocido, se da de manera transaccional-intersubjetivista, esto quiere decir que la generación de conocimiento se da en el proceso relación entre investigador e investigado, lo cual se va generando a través del transcurso de la investigación (Ibáñez, 2003).

4.2 Tipo de Investigación.

El estudio es de carácter cualitativo, fundamentándose en la indagación social centrada en una descripción holística y profunda. Se pretende generar una comprensión de la realidad del contexto del investigado (Vera, 2004), considerándola como un proceso dinámico. Un medio privilegiado de acceso a los conocimientos que componen esta realidad, son los significados generados por las personas implicadas en los fenómenos que aborda (García, Gil & Rodríguez, 1996). Desde el planteamiento de Taylor y Bogdan (1987) la investigación cualitativa es “aquella que produce datos

descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable” (Taylor & Bogdan, 1987, p. 20).

La investigación es de tipo descriptivo, comprendiendo que este estudio se centra en delinear los fenómenos sociales que se desarrollan en un contexto determinado. Las preguntas de investigación en este nivel se enfocan hacia los elementos de los actores o de la situación, especificando las propiedades que le confieren características particulares a personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se somete a análisis (Cornejo, 2006).

4.3 *Diseño de investigación.*

La estrategia de Investigación que se cree más idónea para realizar la investigación es la etnografía focalizada. Este enfoque considera la inmersión a los contextos de investigación, pretendiendo generar información a través de la observación participante; sin embargo, considerando las limitaciones temporales y de acceso que son impuestas generalmente por ámbitos institucionales –como los hospitalarios–, esta aproximación potencia la producción de información a través de entrevistas en profundidad y otros recursos escritos y audiovisuales, que compensen la información no obtenida directamente a partir de observación (Knoblauch, 2006). Mitchell Duneier (citado en Back, 2006) expone que la etnografía es un proceso que permite la trascendencia del observador y el observado, mostrándose a los demás más que como un objeto de estudio, como un sujeto que existe en función de la humanidad inherente en él, sin olvidar las barreras existente, entendiendo que hay una reja transparente que separa al investigador del investigado, ya que a medida que se intenta conocer a través de otro, es necesario tener presente que no se es el otro, y que existen limitaciones éticas pertinentes para la investigación (Back, 2006).

En la etnografía: “Lo fundamental es el registro del conocimiento cultural... La investigación detallada de patrones de interacción social... El análisis holístico de las sociedades” (Rodríguez, Gil, García y Aljibe, 1996, p. 40). La etnografía contribuye al esclarecimiento de una cultura, por medio de la interacción con otro, y a su vez del colocarse en el lugar del otro, poniendo en dudas las categorías individuales, ya que para conocer un fenómeno determinado es necesario desligarse de lo predefinido (Todorov, 2010).

En este estudio, se pretende esclarecer el conocimiento cultural guardado en los participantes de un grupo, el cual se procesa y simboliza, y desemboca en la generación de conductas, y cómo esta información es ejecutada en la interacción social. Una gran parte de la tarea etnográfica reside en explicitar ese conocimiento de los informantes participantes. (García, Gil & Rodríguez, 1996). La etnografía focalizada se considera adecuada, en tanto integrará los recursos de la etnografía tradicional con otros que permitan generar la mayor cantidad de información en el tiempo con que se cuenta acceso al espacio.

4.4 *Campo.*

El campo en la investigación comprende tanto las prácticas cotidianas en torno a la puerta de acceso del Centro Diagnóstico y Terapéutico del Hospital San Juan de Dios., por parte de usuarios del espacio de acceso. Así, el espacio asociado a la investigación implica el sector alledaño a la puerta, interno y externo al CDT.

4.5 *Criterios de selección y muestreo.*

Los criterios de selección de los/as participantes en la investigación se realizarán a partir de un muestreo por juicio, el cual consiste en la selección en función de criterios conceptuales, los cuales están en relación con la representatividad estructural del contexto que se investiga. Se propone invitar a participar a personas que estén en interacción tanto constante y circunstancial con el fenómeno que se desea investigar; asimismo, considerar personas que empleen diverso tipo de medios de desplazamiento peatonal (por ejemplo, sillas de ruedas, muletas o caminando); finalmente, considerar personas de diversos géneros y rangos etáreos distintos, mayores de 18 años. Al respecto, se estiman los siguientes: 18 a 30 años, 31 a 50 años, 51 a 65 años, y 65 y más. Esto, contemplando que algunos aspectos de movilidad o expectativas en torno al tránsito podrían asociarse a estos diversos rangos.

Se estima la participación de al menos 2 personas por cada rango etáreo, y al menos una persona por cada tipo de modo de desplazamiento, considerando muletas, silla de rueda y tránsito sin apoyo de recursos anexos.

Respecto al espacio de observación, se considera el hall de acceso al Centro de Diagnóstico Terapéutico, la puerta, el acceso (o zona externa al CDT) y ramplas cercanas.

4.6 Técnicas de producción de información.

Para poder llevar a cabo el conocer y comprender el fenómeno estudiado se precisa de recoger información que describa la rutina, las situaciones conflictivas y los significados que son construidos por los individuos que se desea conocer (García, Gil & Rodríguez, 1996). Como primer dispositivo se considera la observación participante, la cual es una técnica que consiste en la observación e inmersión en el contexto estudiado, de manera no encubierta y no estructurada. Esta estrategia proporciona descripciones de los acontecimientos en los cuales está inmersa la persona, y las interacciones que se efectúan en ese proceso. No obstante, para complementar la observación participativa, se describen las vivencias, experiencias y sensaciones de la propia persona que observa, lo cual es materializado en un cuaderno de campo, el que contiene tanto las descripciones de los observadores, como las interpretaciones que se extrajeron (Flick, 2004).

Asimismo, se considera la realización de entrevistas semi-estructuradas, que consisten en una herramienta que permite conocer y comprender un fenómeno desde la experiencia de personas relevantes para la investigación, considerando una pauta flexible de entrevista. Esta considera una conversación con una o más personas respecto a un objetivo y fin determinado (García, Gil & Rodríguez, 1996).

4.7 Estrategias de análisis.

La aproximación para el análisis de la información que se utilizará en la investigación es la Grounded Theory. Si bien en sí misma consiste en un enfoque de investigación, la consideramos como técnica en el sentido de la implementación de fases sucesivas para la elaboración de un modelo comprensivo del uso del espacio y sus significados. El principal objetivo de ésta es el desarrollo de teorías que sean específicas al contexto en el cual se desarrollan, entendiendo que las mismas emergen de los datos que son expuestos en un contexto determinado. Los pasos a seguir son: construir códigos en base a etiquetas justificadas, para, luego, generar categorías, las cuales se comprenderán como agrupación de información con características centrales y similares, las cuales pueden ser analíticas o descriptivas. Posteriormente seleccionan categorías

relevantes y se organizan en función de sus relaciones. En la Grounded Theory el proceso de recolección de información y análisis de datos se realizan de forma continua (Corbin & Strauss, 1990).

4.8 Aspectos éticos.

Se considera que la presente investigación posee valor social lo que, pues se asocia a la probabilidad de promover mejoras en el bienestar o en el conocimiento de la población, que pueda brindar oportunidades de superación o dé solución a problemas (Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS], 2003; González, 2002).

Respecto a la proporción favorable de riesgo-beneficio, se minimizan los riesgos potenciales y maximizan los potenciales beneficios para los sujetos particulares y la comunidad (Galeano, 2004), lo que implica velar por la actualización de los principios bioéticos de no maleficencia y beneficencia, importantes en la investigación.

Otras de las consideraciones bioéticas presentes, se asocian a los tres principios éticos expuestos por Penchaszadeh (2002), que contempla el respeto por la autonomía y protección de las personas, la beneficencia y la justicia. A estos, se integra además el criterio de confidencialidad de la información, siendo transcrita, gestionada y elaborada solo por las personas que participan en la investigación.

El acuerdo de los participantes con los propósitos y condiciones de la investigación se registrará en un documento en el que se exprese, además, la posibilidad de retracto de participación por parte del entrevistado. El modelo de consentimiento informado puede encontrarse en el Anexo.

Respecto a los usuarios de la puerta que no participen en la investigación por medio de entrevista, se velará porque sean informados de la realización de una investigación en el lugar a través de la disposición de afiches que sinteticen el los propósitos del trabajo.

5. Resultados y análisis*

5.1 Usuarios de la puerta.

De acuerdo a la información extraída de las entrevistas y notas de campo realizadas a lo largo de las visitas al Centro de Diagnósticos Terapéuticos, se pudo visualizar la existencia de distintos tipos de usuarios que frecuentan la puerta. Se definió cuáles eran todos los usuarios y a continuación se especificó a través de citas cada uno de ellos (silla de rueda, ortopedia, camilla, no vidente, embarazadas y coches, acompañadas, funcionarios, visitantes y tercera edad).

Todos los usuarios están vinculado al perfil de transeúntes que concurren a las dependencias del Centro de Diagnóstico Terapéutico, los cuales son según el relato de un entrevistado: “público, generalmente público, funcionarios los menos y la gente que viene en ambulancia, en camilla o

* Agradecimientos particulares en la producción de información a: Aurora E. Buendía quien ayudó en la generación de entrevistas y notas de campo. También se realizan agradecimientos a Jorge Castillo S. quién ayudó en la generación de entrevistas y vínculos con el CDT.

cuando vienen a pedir las sillas de ruedas. Público en general, más todo el público en general, pacientes y familiares de pacientes” (C, entrevista, 14 de julio, 2015, párr.37).

Aquella persona que por su condición física utiliza la *silla de ruedas* como un medio e movilización, responde a un tipo de usuario, que en el acceso del hospital tiene ciertas restricciones, tal como se expresa “Hay gente que viene muy mal en silla de ruedas y si no viene con un familiar no hay nadie que lo ayude a llegar al módulo. (S., entrevista n°13, de agosto, 2015, párr. 35) Refiriéndose a los usuarios en silla de ruedas y sus dificultades.

Otros usuarios recurrentes del hospital son aquellos que utilizan *ortopedia*, es decir, la incorporación de elementos médicos que les facilitan su rehabilitación y circulación, tales son aquellos que requieren aparatos ortopédicos como bastones, muletas, “carritos”, “burritos”, bota ortopédica, etc.

Respecto a los *usuarios en camilla* se menciona que en ocasiones también transitan, y por ende son usuarios, de la puerta principal del CDT, así lo detalla la siguiente cita:“(…) al momento de retirarme del lugar, me veo sorprendido por una camilla con un paciente conectado a un tubo de oxígeno en medio del lugar de espera y esperando salir por el acceso principal hacia la calle (…)” (Pablo Cárdenas, nota de campo n°11, 04 de agosto de 2015, párr. 4). Lo anterior ratifica la condición de usuario de la puerta de los pacientes en camilla.

Por otra parte, se encuentran los *usuarios con discapacidad visual*, quienes responden a otro tipo de perfil de usuario de la puerta principal del CDT, y así lo retrata uno de los funcionarios:“(…) aquí llegan, por ejemplo, gente que son tipo acúxicos, o con ceguera, o la visión muy dañada (…)” (A.G., entrevista n°3, 24 de junio de 2015, párr. 80).

Otro de los tipos de usuarios que se pueden encontrar en la puerta son *embarazadas y mujeres con coche*, así pues fue descrito en una de las notas de campo:

Una mujer adulta junto a un coche sube por la rampa de acceso, sube a gran velocidad, por lo cual una persona que salía debe reducir la marcha para evitar chocar, luego la mujer con el coche se ve dificultada para abrir la vía de entrada, decidiendo retroceder y entrar por la vía de salida, ante dicha maniobra una mujer embarazada frena de golpe para evitar que la mujer con coche la pase a llevar, luego la mujer embarazada abre la vía de entrada, mientras la mujer con coche entraba rápidamente por la vía de salida. (José Herrera, nota de campo n°3, 08 de Julio, 2015, párr. 17)

Los *acompañantes*, son otro de los tipos de usuarios que ingresan por la puerta, estos vienen a ser aquellos que acompañan a algún paciente que necesite ir al CDT, así es como una de ellas lo menciona diciendo “Bueno, mi nombre es G.J.G., tengo 68 años, (...) y ella es mi hija G.R.J. que tiene 39 años. Y yo soy dueña de casa y estoy acá acompañando a mi hija.” (G.J.G., entrevista n°7, 26 de Junio, 2015, párr. 2)

Así mismo, hay otro tipo de usuarios que vienen a utilizar la puerta, son aquellos que vienen en calidad de *visitantes*, un usuario entrevistado se posiciona así manifestando su motivación para asistir al CDT, diciendo “La razón es que mi hermano tuvo un accidente, tuvo un accidente en la rodilla, ahora es un problema, lo pasaron a atropellar y yo lo vengo a acompañar.” (C.H., entrevista n°10, 10 de Julio, 2015, párr. 6)

Los *funcionarios* son un tipo de usuarios que usan esporádicamente la puerta debido a la existencia de otros accesos; estos ingresan y salen del CDT como relata un entrevistado: “yo entro por atrás, por otro lado, porque tenemos que pasar a marcar atrás” ([C], entrevista, 14 de julio, 2015, [p.21]). Algunos funcionarios se relacionan directamente con la estructura que contiene la puerta y también con los usuarios que la utilizan (repcionistas).

Tramo de la tercera edad comprendido por hombres y mujeres que por su rango etario aludiendo a las últimas décadas de la vida, se aproximan a la edad máxima que el ser humano puede vivir. Parte del curso vital donde se presentan ciertas declinaciones del desarrollo en las etapas anteriores, con lo que se dan cambios a nivel físico, emotivo, social y cognitivo

5.2 Prácticas asociadas al uso de la puerta.

En el Centro de Diagnóstico de Tratamiento (CDT) del Hospital San Juan de Dios, se desarrollan diferentes prácticas que son asociadas al uso de la puerta, de ello en primera instancia es posible observar prácticas que se ejecutan en el *ingreso*, el cual presenta diferentes vías de tránsito por las que las personas acceden, donde existe una *rampa* y existen *escaleras*. Desde el uso de estos ingresos se menciona “No, yo me bajo en quinta normal no más, camino a la entrada (...) por acá, ahí dice, ah, vengo por Matucana me meto por Portales, y entro acá. Ocupo la escalera, claro, no la rampa. Subo por la escalera.” (C.H., entrevista n°10, 10 de Julio, 2015, párr.16)

Otra práctica descrita en el ingreso por el acceso mediante la *rampa*, ubicada desde la vereda poniente del CDT, menciona:

Bueno la rampa, para los discapacitados existe, ahora que la gente la utilizan de mala forma, porque hay gente que puede subir la pequeña escalera y utiliza la rampa para discapacitado, entonces está, dicho y sacramentado. La gente no tiene, no tiene una cierta educación cívica (...) (V.O., entrevista n°4, 24 de Junio, 2015, párr. 44).

También, existen *otros accesos* al CDT, que no se contextualizan en el acceso principal pero si vienen a ser utilizados por diferentes usuarios del centro, por ejemplo:

(...)tengo accesos por el CDT digamos, la entrada de estacionamiento al CDT y el estacionamiento en el menos uno, (...)también salgo algunas veces en ocasiones por la escala, o por las salidas al CDT... eh... por los accesos que ya conocemos po, el estacionamiento, o las escalas, o el ascensor del primer piso. (C.R., entrevista n°8, 30 de Junio, 2015, párr. 11)

En relación al *uso de la puerta* se puede mencionar que este se relaciona con el modo de emplear la puerta, lo que configura una de las prácticas que se desea conocer por medio de esta investigación, para sí identificar cómo es que los usuarios de la puerta se relacionan con esta estructura a través de su uso. Es entonces que se presentan diferentes usos de la puerta, lo cuales pueden ser agrupados en dos categorías principales, por una parte el *uso correcto de la puerta*, y por otro el *uso incorrecto de la puerta*. El primero se identifica con el ideal de uso, es decir, aquella práctica que conlleva el transitar por los accesos que corresponde, el respeto por las otras personas que transitan por el mismo espacio y la manipulación de la puerta de forma correcta, es decir, abrir y al pasar por el acceso proceder a cerrarla. Sin embargo, aparecen ciertas prácticas que dan cuenta de que muchas veces no se emplea de forma correcta la puerta, un claro ejemplo de esto es lo que relata C., quien señala:“(...) nadie se preocupa de cerrar las puertas, entran todos apurados a pedir directamente la hora médica, entonces nadie se preocupa de cerrar. La gente deja las puertas abiertas, entra rápido y pasa” (entrevista n°11, 14 de julio de 2015, párr. 46).

En cuanto al *tránsito*, este se asocia al flujo de gente que frecuenta la puerta y su entorno y también el modo de utilizar dichas estructuras. El acceso que rodea a la puerta está compuesto de una rampa y escaleras, los cuales poseen una gran concurrencia de gente. Mientras que el tránsito en torno a la puerta se califica de manera problemática en función de las malas prácticas que se generan en esta, desde el relato de uno de los entrevistados se propone que:

Esa puerta no sé si estará buena para los pacientes porque hay gente que viene sola. Hay veces que entra uno y va saliendo otro porque no se respetan los pasos que dan. Se topan. Algunos no leen en general porque no se dieron cuenta, entonces hay gente que va para allá y gente que viene y chocan (N.E.L, entrevista, 26 de junio, 2015, párr.19)

El hospital consta a su alrededor con ciertos personajes quienes ayudan a los usuarios de la puerta desde sus distintas funciones ya sean externos (portero circunstancial) o internos (guardia, funcionarios, recepcionistas) en el CDT, dichas personas son denominadas *facilitadores*. Desde los mismos usuarios de la puerta surge el *portero circunstancial*, quien corresponde a cualquier persona de paso, externo al hospital, que ocupa la labor de portero en ciertos momentos determinados por su requerimiento, tal como se expresa en la siguiente nota de campo “Cuando otra persona externa al hospital decide ser “portero”(…) las condiciones como el peso o complejidad de las puertas invita a los pasantes a una cierta empatía comunitaria, el hecho de pensar sobre las dificultades del otro e intentar ayudarlo” (Francisco Parra, nota de campo n°5, 10 de julio, 2015, párr. 15).

Los *facilitadores* que conforman la parte interna del hospital son personas que asumen un puesto y labor estable dentro del recinto, entre ellos los *funcionarios*, como aquellos miembros pertenecientes a la orgánica interna y que regularmente se encuentran en algún área específica del hospital. Las *recepcionistas*, quienes siendo principalmente mujeres se encuentran en el primer espacio físico del hospital y se encargan de ayudar y orientar a los pacientes y visitantes, y por último el *guardia*, tal como se expresa en la siguiente entrevista “cumple una labor, se preocupa que no toda la gente entre, evitando drogadictos que podrían venir (...) En ese sentido sería un elemento de seguridad porque evitaría ese tipo de peligros, y por otro lado podría ayudar a la gente que lo necesita y le cueste entrar” (C.H., entrevista n°10, 10 de julio, 2015, párr. 30)

La *mantención* de la puerta se relaciona a las prácticas asociadas a preservar dicho espacio de manera limpia y funcional. En la nota de campo de José Herrera se propone una dinámica de mantención, está se relaciona con el aseo del lugar: “comienzan a limpiar el espacio entre ambas puertas, por ello dejan abierta totalmente la vía de salida...” (José Herrera, nota de campo, 08 de Julio, 2015, párr.25).

5.3 Significación de los usuarios en torno a la puerta.

A partir de los relatos de los entrevistados y de las notas de los investigadores es que podemos dar cuenta de las *significaciones que los usuarios de la puerta* poseen en torno a la puerta principal del CDT. Lo cual contribuye a generar un panorama respecto a las concepciones que existen respecto del acceso principal del Centro de Diagnóstico y Terapéutico del Hospital San Juan de Dios.

Para comenzar la revisión de los significados de los usuarios entorno a la puerta, es necesario referirse a la concepción misma de la puerta, es decir, respecto a los *significados la puerta* propiamente tal, se puede mencionar que de acuerdo con los relatos de los usuarios de la puerta, tanto paciente, como funcionarios, incluso los visitantes, la puerta presenta dificultades en su uso y falencias en su funcionamiento, todo lo anterior queda resumido y plasmado con claridad en el relato de C.A., quién dice: “(...) el primer tope es la puerta” (C.A., entrevista n°1, 24 de junio de 2015, párr. 97). Esta declaración deja entre ver que el problema reside principalmente en la puerta de acceso al CDT.

Se continúa realizando una *descripción del lugar* en el que se desarrollará la investigación, para ello se entenderá el lugar en tres instancias, primero se encuentra el *acceso al CDT*, luego la *puerta*

principal del CDT, y por último la *recepción del CDT*. Es entonces que se presenta en primer lugar el *acceso al Centro de Diagnóstico y Terapéutico*, se comprende desde los ingresos por calle Portales y por calle Matucana, hasta la puerta, incluyendo toda la explanada antes del acceso principal, y el cual se describe como:

Existen dos escaleras dobles para acceder al centro de diagnóstico y también una angosta rampa, alrededor de estas se encuentran cuatro bancas, donde algunas personas se sientan a esperar. Al costado de las bancas existen estructuras de cemento en donde uno también se puede sentar (...). (Katherine Ubilla, nota de campo n°7, 14 de julio de 2015, párr. 2)

Luego nos encontramos con la puerta principal del CDT, la que es el foco principal de este trabajo, y se entiende cómo la puerta que separa el interior del CDT con el exterior, esta se caracteriza de la siguiente forma:

El ingreso de la puerta consta con cuatro puertas, dos de salida y dos de entrada, con dos carteles que señalizan su función. El espacio de puerta es una especie de caja que principalmente son hechas para mantener la temperatura interna de espacios muy grandes, como por ejemplo lo que ocurre con el aire acondicionado de un centro comercial. (Francisco Parra, nota de campo n°5, 10 de julio de 2015, párr. 4)

Por último se encuentra la *recepción del CDT*, lo que corresponde al espacio inmediato después de la puerta principal, y es el espacio dentro del Centro de Diagnóstico y Terapéutico que mayor relación posee con la puerta principal, este espacio esta descrito se la siguiente forma:

Cuando se accede al CDT lo primero con lo que uno se encuentra es con la recepción, y dos recepcionistas. En la parte posterior a la recepción se encuentra la sala de espera con una cantidad numerosa de sillas al centro y a los costados. (Katherine Ubilla, nota de campo n°7, 14 de julio de 2015, párr. 2)

Es así como se configura espacialmente el acceso principal del Centro de Diagnóstico y Terapéutico del Hospital San Juan de Dios.

Las circunstancias ambientales son importantes para los usuarios de la puerta, de modo que la *temperatura*, ya sea interna o externa al hospital, en diversas ocasiones cambia las condiciones e incluso el estado de las personas en el hospital, especialmente en la recepción, tal como expresa “me perjudica mucho que por el hecho de que son muy duras las dejen abiertas para que la gente no las estén abriendo y cerrando a cada rato, es un frío enorme el que se siente” (D.A.A.P., Entrevista n°12, 7 de agosto, 2015, párr. 36)

Desde esta misma significación, se es posible encontrar que la puerta puede transformarse en un *obstáculo*, para los usuarios de ésta, de acuerdo a lo mencionado por una de las personas entrevistas que señala:

Yo me coloco en el lugar de ellos y a mí me incomoda, porque si vengo a un hospital, el hospital debería pensar en ellos, que ellos son pacientes los que vienen y la gran mayoría es de la tercera edad que vienen a atenderse a un hospital público, entonces darle más accesibilidad para que sea más fácil el ingreso de ellos, porque la puerta es pesada y aparte como que se viene encima. (E., entrevista n°11, 14 de Julio, 2015, párr. 87)

La *Percepción de problemáticas* es comprendida como la visión de personas externas – terceros- respecto al problema en estudio, el cual es la puerta como infraestructura limitante. Desde el relato de un entrevistado, éste percibe que la necesidad de los pacientes se asocia a la recepción de ayuda, además de existir una solución a los problemas que se centra en la generación de mecanismo que permitan que la puerta se abra de manera automática. “Creo que es más importante para los pacientes, porque si hay alguien los ayudan, pero si no hay nadie,

deben esperar a que alguien venga y que los ayude, porque si se abriera sola quizás habrían menos problemas, porque sería fácil ellos llegan y pasan” (N.E.L., entrevista n°6, 26 de junio, 2015, párr.27).

5.4 Problemáticas relacionadas con la puerta.

A partir de los relatos de los usuarios de la puerta, se pudieron detectar problemáticas asociadas a su uso, las cuales se centraron en torno a las dificultades que genera la utilización de esta, su estado, los cambios de temperatura que la rodean, accidentes y dependencia generadas

En cuanto a las *dificultades* relacionadas con el uso de la puerta, estas se asocian a las limitaciones generadas en cuanto a la existencia de malas prácticas (no respetar la entrada y salida) ejercidas por algunos usuarios, también se vincula a las características materiales de dicho instalación y al tipo de usuarios que la concurren, que en algunos casos son personas en situación de discapacidad, o que requieren la asistencia de terceros. Lo anteriormente mencionado se expone en la nota de campo de Pablo Cárdenas, proponiendo que:

(...) mi punto de atención fue la puerta principal, pero en especial cómo se comportaban las personas, lo que más vi fue que nadie respetaba la entrada y la salida, por otra parte, aprecie mucha dificultad por parte de las personas mayores para mover la puerta, ya sea al entrar o salir, esto se repetía con personas en situación de discapacidad, ya que quienes ingresaban con muletas o en sillas de ruedas, también mostraban dificultad con el movimiento de la puerta. Además pude notar que muchas personas requerían de la ayuda de otros, ya que se encontraban solas, y la mayoría de estas personas necesitaban de asistencia al momento de ingresar al CDT. (Pablo Cárdenas, nota de campo n°2, 30 de junio, 2015, p.3)

En el Centro de Diagnóstico de Tratamiento (CDT) del Hospital San Juan de Dios, se desarrollan diferentes prácticas que son asociadas al uso de la puerta, de ello en primera instancia es posible observar prácticas que se ejecutan en el *ingreso*, el cual presenta diferentes vías de tránsito por las que las personas acceden, donde existe una *rampa* y existen *escaleras*. Desde el uso de estos ingresos se menciona

“No, yo me bajo en quinta normal no más, camino a la entrada (...) por acá, ahí dice, ah, vengo por Matucana me meto por Portales, y entro acá. Ocupo la escalera, claro, no la rampa. Subo por la escalera.” (C.H., entrevista n°10, 10 de Julio, 2015, párr.16)

Una de las problemáticas que más se reiteraba, tanto en los relatos de las personas como en las notas de los investigadores, era la *dependencia de las personas hacia otras*, esta situación de dependencia se reflejaba en las vivencias de las personas, especialmente en los pacientes, muestra de esto es el relato de C.A. respecto a lo que él vivió:

(...) yo antes cuando venía en silla, era frustrante po, ver que mi mami hace... el acompañante hace mucha, mucha fuerza para abrir la puerta, para llevarte ehh... pienso en los abuelitos, que a ellos les costará mucho, mucho y a señoras con bebés en coches claro abren la puerta y se les escapa el coche, porque está en una subida, se arranca el coche. (C.A., entrevista n°1, 24 de junio de 2015, párr. 213)

Lo anterior refleja la condición de dependencia que viven muchos de los usuarios del CDT, quienes se enfrentan a la dificultad de no poder ingresar por sí solos al centro de salud.

Se entenderá a los *accidentes* como eventos asociadas al mal uso de la puerta de acceso al CDT. Estos acontecimientos son de carácter problemático, generando repercusiones en los usuarios que transitan por esta infraestructura. En la nota de campo de José Herrera se relata un

accidente que aconteció en dicho espacio, el cual fue protagonizado por dos personas en silla de rueda, y que se generó a causa del reducido espacio y la falta de comunicación entre los transeúntes.

Comienzan a limpiar el espacio entre ambas puertas, por ello dejan abierta totalmente la vía de salida, en éste momento, grupos de personas se encuentran en dicha vía, entorpeciendo el libre desplazamiento, dos personas en direcciones contrarias chocan sus sillas de ruedas, ya que el espacio es reducido y no hubo comunicación o coordinación para ver quien primero hacía uso de la vía. (José Herrera, nota de campo nº3, 8 de Julio, 2015, párr.25).

Los usuarios revelan cómo los *cambios de temperatura* producidos en el espacio de la puerta resultan ser incómodos y problemáticos. Referente a las condiciones climáticas que se pudiesen presentar en el hospital, la puerta resulta tener cierta función de contenedor de la temperatura, produciendo complicaciones en cuanto la preservación y el tránsito de ésta, tal como se expresa:

El espacio generado entre ambas puertas, al parecer produce un pequeño microclima, el cual puede servir para climatizar y evitar que el frío del exterior penetre el espacio interior del hospital, sin embargo, ésta climatización puede generar una mayor presión en el aire, lo cual a su vez genera mayor resistencia al transformarse en un espacio más hermético de los lugares de tránsito, de éste modo dificultando la apertura fluida de la misma puerta. (José Herrera, nota de campo nº6, 10 de julio, 2015, párr. 17)

5.5 Necesidades de los usuarios en torno a la puerta.

A lo largo del desarrollo de la investigación, y a través de los relatos de los usuarios de la puerta principal del Centro de Diagnóstico y Terapéutico, se desprenden necesidades desde los mismos usuarios del acceso principal del CDT, esto plantea los desafíos que se debiesen abordar al momento de generar alguna solución o medida que repare esta situación, ya que estas necesidades emergen principalmente desde las propias vivencias de los usuarios de la puerta del CDT.

Durante el desarrollo de la investigación, y tal como se apreciaba en el eje anterior existen diversas problemáticas que aquejan a los usuarios de la puerta, sin embargo, dentro del trabajo emergieron *proyecciones respecto del acceso principal al CDT*, las cuales tienen relación con posibles cambios al acceso en general, no sólo a la puerta principal, ya que muchos de las personas consultadas ponían énfasis en que se debe pensar en una solución que abarque el acceso en plenitud, no sólo la puerta del CDT. Esto queda reflejado claramente en las palabras de N.S., quién señala enfáticamente:

(...) siempre se está hablando de la puerta, solucionan la puerta solamente, no solucionan el problema de accesibilidad que viene de antes, viene de desde que la persona está afuera en la calle y puede ingresar al CDT o sea quizá solucionar la puerta sea un avance, una comodidad para la gente que no tiene ningún impedimento ninguna discapacidad , pero no soluciona completamente la accesibilidad que le da la gente del hospital a CDT, entonces es como eso, la solución en las puertas creo que yo que no es... es cambiar la tecnología que se está utilizando ahora , pero en cuanto a accesibilidad... (...). (N.S., entrevista nº8, 30 de junio de 2015, párr. 101)

Los *recursos materiales* están asociados a elementos carentes en la infraestructura de la puerta y que los usuarios de está detectan como esenciales para su reconstrucción. En cuanto al diseño de la puerta, un usuario que fue entrevistado propone que "(...) podrían ser materiales que podrían

ser no tan pesados, más livianos y que igual sean resistentes y que involucren también la temporada, por ejemplo cuando hace frío que también sea como una barrera para el frío y cuando hace calor(...), que también limite un poco la iluminación...” (B.V.L., entrevista n°1, 24 de junio, 2015, párr.190).

Otro recurso material en torno al cual se detectan necesidades es la iluminación de la puerta, desde el relato de José Herrera, se propone que:

Al llegar al acceso, me sorprendió lo oscuro que se veía la entrada, puesto que los faroles que se encuentran en ella no son capaces de iluminar en su totalidad el entorno, de hecho los mismos carteles que tiene la puerta que indican la entrada y la salida, son difícil de leer, además que a las 8.04hrs en ésta fecha, aún se encuentra muy oscuro o de noche. (José Herrera, nota de campo n°3, 8 de julio, 2015, párr.29)

Finalmente en cuanto a la *seguridad*, José Herrera detecta la carencia de recuerdos materiales de seguridad presentes en el acceso y la puerta, exponiendo que:

(...) los elementos necesarios a considerar y que actualmente no están disponibles, son elementos de señaléticas, ya que por ejemplo las señales que diferencian la vía de entrada y la de salida, no se encuentran iluminadas lo cual en condiciones particulares como oscuridad en el entorno, éstas no son leídas fácilmente, además, el piso no posee algún material antideslizante que evite accidentes teniendo la planta del calzado, la parte baja de las muletas, sillas de ruedas u otro elemento para andar, húmedos (José Herrera, nota de campo n°6, 10 de Julio, 2015, párr.19).

En cuanto a las expectativas que lo usuarios tienen respecto a los *recursos humanos*, un *portero* se presenta ante necesidad de una persona que esté constantemente en la puerta preocupado de velar por la seguridad de los usuarios, especialmente de quienes tengan mayor dificultad en el ingreso, tal como se expresa “no hay porteros que te estén abriendo la puerta y digan bienvenido al Hospital (...) no hay nadie que te pueda abrir la puerta si tu vienes impedido” (D.A.A.P., Entrevista n°12, 7 de agosto, 2015, párr. 32)

Los usuarios postulan ciertas nociones de cómo sería un modelo de puerta ideal que cumpla sus expectativas y necesidades, formando así una imagen colectiva sobre la futura y posible puerta para el CDT, *imaginario desde otras puertas* de tal modo expresan refiriéndose a dichas expectativas “Por lo menos lo que pienso yo una puerta con sensor, como las que hay en los supermercados que al contacto de cuando viene la persona se abre sola, eso sería exactamente” (E.M.S., entrevista n°5, 24 de junio, 2015, párr. 105), como también lo menciona otra persona “fuera por ejemplo, ponte tu como las de los mall u otros recintos, si tú te vas acercando y abres no tendrías ningún problema de entrar y salir, no importa lo que vayas trayendo en las manos” (D.A.A.P., Entrevista n°12, 7 de agosto, 2015, párr. 24). O bien, “si igual es pesada la puerta, más para la gente mayor, deberían ser como esas puertas que tienen las clínicas o los supermercados, que uno se acerca y se abren” (M.A.C.Z., Entrevista n°14, 07 de agosto, 2015, párr. 18)

6. Discusión.

A partir de la información recabada se puede proponer la existencia de una “meta categoría” transversal en la cual es posible dar cuenta la finitud de agentes, usuarios, personajes que se hacen parte del hospital desde distintas circunstancias y son partícipes de las prácticas que día a día lo van configurando, entre ellos funcionarios, visitantes, personas con sillas de ruedas,

personas que utilizan ortopedia, adultos mayores, no videntes, embarazadas, mujeres con coche, etc, es decir, una mayoría de personas que en algún grado poseen una situación incapacitante.

Dichos sujetos además de tener una característica en común, como lo es compartir un espacio físico de rehabilitación y mejora de su propia calidad de vida como “pacientes”, a su vez comparten día a día sus prácticas, es decir, van vivenciando y coincidiendo el cómo significan, problematizan y elaboran necesidades desde el mundo a partir de sus relaciones con elementos comunes, como por ejemplo, la puerta del hospital.

En relación a las prácticas, existen diversos elementos que sitúan al usuario de la puerta en un entorno con diversos elementos como la escalera, rampa, puerta, bancas, etc. en este sentido, la ocupación del espacio estará determinado por las características de quien la utilice y la forma en que lo haga, la cual puede ser correcta o incorrecta respecto a su uso debido. Desde los resultados es posible visibilizar que son las mismas personas quienes dan uso de los elementos de acceso donde muchas veces perciben un mal uso del espacio, como por ejemplo en el uso incorrecto de la puerta de acceso, el flujo de tránsito, sumado la falta de mantención del espacio.

Desde lo anterior, los usuarios resaltan la falta de educación cívica que se acrecienta especialmente en estos espacios, donde es imposible conciliar su propia percepción y uso del espacio contemplando al otro. Hacerse consciente de que como espacio común de un hospital, se diversifican los actores y las dinámicas de interacción entre usuarios y el entorno. Ante este fenómeno surgen nuevos agentes proporcionado por las circunstancias, denominados facilitadores institucionalizados (guardias, recepcionistas, funcionarios) o circunstanciales (como el portero), suplantando carencias y tendiendo a ayudar al otro en este espacio de conflicto.

A partir desde estas mismas prácticas, los usuarios en relación a la puerta vienen a significar diferentes elementos que emergen desde la relación ya tratada. La puerta comienza a ser un tope de acceso, más que un facilitador por sí mismo, emergiendo una experiencia negativa en la llegada al hospital, sumando otros elementos como lo es la temperatura u obstáculos físicos que complejizan el ingreso no tan solo por sí mismo, sino que también considerando a los demás agentes, donde el acceso y la puerta como espacio común se transforma en un entorno incapacitante.

Desde lo analizado hasta este punto, develamos la estrecha relación vinculante entre prácticas y significados elaborados por los usuarios del CDT, donde a través de éstas mismas es posible acceder a la realidad, dándose como una construcción que se forma a través de las interacciones que los individuos generan y se van modificando desde la misma práctica. Tal como expresan Proshansky y Fabian (1986, en Zimmermann) el espacio urbano y el hombre se constituye desde la percepción y sensación del individuo, en este caso los usuarios y su significación sobre la puerta, sumado a la participación del individuo y su capacidad transformadora, relacionado con las prácticas que ejercen los mismos usuarios.

En cuanto a estas prácticas y significaciones, emergen determinadas problemáticas que se encarnan en las dificultades en el uso de la puerta, que son limitaciones por el mal uso del espacio físico como de las características materiales y estructurales que el mismo acceso posee, produciendo así un mal estado de la puerta percibido por los usuarios, ejemplificado en cambios de temperatura abruptos, accidentes circunstanciales y la extrema sensación de dependencia que reclaman los usuarios al afrontarse a la puerta y al acceso.

Así mismo Kaplan (1973, en Zimmermann, 2010) proponen la existencia de efectos patológicos de los espacios urbanos, lo cual desemboca un problema de incompatibilidad entre el individuo, en este caso el usuario de la puerta, y su entorno. Un mayor consumo de energía que se canaliza

de tal forma que el usuario de la puerta comienza a visibilizar la falta de requerimiento y la búsqueda de nuevas necesidades que se acomoden a sus propias circunstancias y condiciones.

Las necesidades surgen entonces como respuesta desde los usuarios ante aquellas problemáticas, proyecciones que se enmarcan en esta relación con la puerta porque visibilizan como conflicto la redistribución de los recursos materiales de esta, formando nuevas expectativas sobre el diseño, iluminación y seguridad, a través de la utilización de materiales livianos, que considere el frío y el calor, que obtengan resistencia, que contenga elementos de señaléticas claros y elementos de adherencia en el piso.

Desde los mismos usuarios se proyecta una visión general de cómo desean que fuese la puerta, comparándola con puertas automáticas y con sensor ubicadas en malls, supermercados y aeropuertos, siendo estos espacios donde existe una gran afluencia de público, al igual que en el hospital. El imaginario que se tiene sobre una puerta eficaz y funcional, estaría constituido en base a modelos de puertas propuestos bajo el alero del proyecto neoliberal chileno. Y cómo el hospital siendo un espacio y emblema de salud pública en Chile, de igual modo requiere por medio de sus usuarios dichas instalaciones.

Por otra parte, una de las nociones que es interesante revisar es la que atañe al concepto de barrera arquitectónica, el cual es esbozado por uno de los entrevistados al momento de preguntarle a cerca de su percepción de la puerta principal, quien plantea:

(...) son barreras, que la primera entrada cuando tienes que trabajar en esto, tienen que ver cómo le afecta al entrar al paciente a rehabilitación, una es la barrera que comienza por escalas, barreras arquitectónicas y otra que es una rampla, de ahí llegan nuestros pacientes con silla de rueda cuando llegan a la, a la puerta de entrada, son pesadas, son difíciles de mover, generalmente el paciente cuando viene acompañado, los acompañantes no son personas también tan ágiles, tan hábiles. (A.G., entrevista n°3, 24 de junio de 2015, párr. 24)

Esto se relaciona directamente con lo que señala Herrera (2011), con respecto a la consideración que se debe tener respecto de la discapacidad:

Debemos considerar que el problema de la discapacidad no reside en la propia persona con discapacidad, sino en la existencia de un entorno “discapacitante”, es decir, en la existencia de barreras arquitectónicas, urbanísticas, en los transportes, en las comunicaciones y, en general, en el acceso a dispositivos técnicos diseñados de manera exclusiva para un consumidor medio con amplias habilidades. (p. 71)

Del contraste de ambos planteamientos se rescata el hecho de que ambos hacen alusión a la condición de barrera arquitectónica que posee el entorno, y en el caso particular del acceso principal del Centro de Diagnóstico y Terapéutico, este se materializa a través de la estructura que tiene el acceso, el cual se configura como un entorno discapacitante. Debido a que esta estructura, posee pesadas puertas de vidrio que dificultan el acceso, exigiendo a las personas que sean ayudadas por otro o que estas tengan un gran gasto de energía intentando abrirla.

Aquí la necesidad y requerimiento de un portero fijo en el punto de acceso para facilitar el ingreso de los usuarios. Se ha ejemplificado como desde las prácticas los facilitadores, guardias o porteros circunstanciales, son capaces de ayudar de manera paliativa el principal conflicto de acceso en la puerta, presentando acá la problematización de la dependencia de los usuarios ante terceros actores. Si la puerta estuviese realmente pensada desde y para los usuarios, no habría requerimiento de la existencia un portero fijo, porque se extinguiría el problema de accesibilidad, apertura y tránsito que se ha estado desarrollando en dicho espacio.

Otra de las nociones a considerar es la de la confianza, la cual involucra la idea de la seguridad, que debe existir en el entorno para que las personas puedan desenvolverse en este de forma plena, de acuerdo con lo que plantea Kaplan (1973, en Zimmermann, 2010) se hace necesaria la existencia de un entorno que evite o reduzca la incertidumbre en el individuo, el cual presente las condiciones que permitan el desarrollo óptimo del sujeto, tanto desde un entorno urbano predecible, es decir, que brinde una mayor capacidad de control sobre él, como un entorno que presente un grado de libertad en relación a los modos de uso sobre él, mejorando así su calidad de vida en la urbanidad.

Y es esta noción de confianza, la que retrata patentemente la declaración de G.J.G., quién apunta: “Bueno, nosotros creemos que segura una puerta son como esas de los bancos donde hemos ido, donde la persona pasa y la puerta se abre, entonces una puerta segura, una puerta que nos de confianza” (G.J.G., entrevista n° 7, 26 de junio de 2015, párr. 28). Esta afirmación hace alusión a la necesidad por parte de los usuarios de la confianza que les debería brindar el entorno urbano, pero que no se encuentran presentes en el acceso principal del Centro de Diagnóstico y Terapéutico. Es decir, la poca confianza que genera el entorno en los usuarios de la puerta principal, repercute de forma directa en el modo en que estos vivencian su experiencia en el CDT. Lo cual deja entrever la clara demanda por parte de las personas de un entorno mejor, que les ofrezca la confianza que ellos requieren.

La participación es una noción importante de analizar, debido a la agencia que entrega a los usuarios del Hospital San Juan de Dios, en el sentido de hacerlos participes en los proyectos de mejora de su entorno. Así lo ratifica las declaraciones de B., quien señala que:“(…) considera a los pacientes, qué es lo que ellos quieren que las temáticas aborden en el hospital o en centro de salud (...)” (B. entrevista n°1, 24 de junio de 2015, párr. 54). En este sentido, Salinas & Vio del R (2002) plantean la idea de participación social y organización comunitaria como algo fundamental en la promoción de la salud. En donde, el desafío está en mejorar la calidad de la participación, ampliando los programas e incentivando la constitución de redes de apoyo social, con el apoyo de la familia, amigos y de la comunidad, que se asocian con mejor salud.

7. Conclusión.

A modo de conclusión primeramente queremos plantear la necesidad de re-significar los espacios, el poder analizar de manera comprensiva que es lo se está entendiendo tanto como puerta, como por los elementos que la componen. La puerta no solo es un espacio material, compuesto por distintos elementos y significada por su funcionalidad, sino que este es un lugar de encuentro, donde confluyen distintos tipos de usuarios y que tiene implicancias en la relación con el sujeto. En este caso la puerta se significa como un medio incapacitante para el desarrollo de la vida en el entorno urbano, a través del cual se genera una percepción de exclusión por parte tanto de algunos pacientes y funcionarios, como además de los visitantes, lo que queda plasmado de forma evidente a lo largo del trabajo.

Comprendemos que la puerta es importante, siendo el primer encuentro con esta institución, que se centra en la facilitación de herramientas para la solución de algún tipo de molestar o dolencia. Es entonces que en este caso se evidencia que no existe esta facilitación en la entrada, la cual genera que el proceso de ingreso constituya una dificultad en sí misma, esto causa un efecto contraproducente en relación a la rehabilitación de alguno de los pacientes. Lo anteriormente planteado configura un déficit en la atención de salud del hospital, por ende es

necesario hacerse cargo de forma inmediata de la problemática que afecta a los usuarios de acceso principal del Centro de Diagnóstico y Terapéutico del Hospital San Juan de Dios.

En cuanto al rediseño de la puerta, proponemos que en esta se debe considerar las situaciones de emergencia, además de las falencias expresadas por los usuarios, debido a que en caso de alguna eventualidad, esta debe suplir las necesidades requeridas por quienes transitan dicha infraestructura. La puerta cobra sentido desde el ámbito de la seguridad y la confianza, ya que es la vía principal y el portal que conecta el interior y exterior del Centro de Diagnóstico y Terapéutico.

Además es preciso que se genere una concientización por parte de los usuarios que no encuentran en situación de discapacidad y pueden hacerse sensibles ante la problemática que vivencian personas que se ven limitadas por el entorno, ya que esto contribuirá a producir una mejor en la convivencia de la comunidad que interactúa, lo anterior queda evidencia en las notas de campo de los investigadores, quienes se posicionaron desde la perspectiva empática con los usuarios de la puerta, haciéndose partícipe de sus prácticas y problemáticas, e intentando aproximarse de manera comprensiva a lo que ellos significan con el uso de la puerta. De tal forma que se visualice la problemática tal como lo señala O.R.P.O.: “que logren cambiar la puerta porque las personas que no tienen algún tipo de discapacidad yo veo que no ven el problema, pero para la gente que lo sufrimos diariamente el trayecto, yo le digo que es una cosa pero... y es una pequeña cosa pero para nosotros es grande” (O.R.P.O., entrevista n°2, 24 de junio de 2015, párr. 74).

En cuanto a las limitaciones de la investigación podemos señalar que el foco de esta apuntó directamente a la puerta principal del Centro de Diagnóstico y Terapéutico, dejando en un segundo plano el resto de los accesos del hospital y del CDT, lo cual conformó que no abordáramos problemáticas relacionadas con otros accesos, las cuales emergieron de igual forma en nuestro trabajo, a partir de los relatos de los usuarios. A partir de lo anterior es que se desprende las proyecciones que puede tener este estudio, las que se centran en poder generar mayor información que permita la visibilización de las dificultades asociadas a otros ingresos. Además quisiéramos mencionar que creemos que los cambios que se deben realizar en el CDT es necesario que no solo se centren en la puerta, sino que en el acceso como totalidad. Pudimos vislumbrar la existencia de falencias a nivel estructural, las cuales imposibilitan el ingreso de los usuarios que se encuentran en situación de discapacidad, y así queda demostrado a lo largo de esta aproximación académica. Las soluciones no pueden quedar únicamente centralizadas en un espacio determinado, en este caso la puerta, sino que deben expandirse a nuevos entornos incapacitantes y barreras arquitectónicas, como lo son la rampa o la escalera de acceso.

A modo de síntesis y para finalizar deseamos compartir una cita que consideramos da el punta pie inicial a próximas investigaciones en este campo, la que señala: “arreglando la puerta, estas arreglando parte del problema, pero no estas arreglando el problema” (N.S., entrevista n°8, 30 de junio de 2015, párr. 69).

Referencias

- Back, L. (2006). Voices from the sidewalk: ethnography and writing race. *Ethnic and Racial Studies*, 29(3), 543-565.
- Becerril- Montekio, V., Reyes, J. & Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud pública*, 53, 41-60.
- Callon, M. (2004). The role of hybrid communities and socio-technical arrangements in the participatory design. *Journal of the Center for Information Studies*, 5(3), 3-10.
- Cereceda, M. (2013). Entrevista a Tomás Sánchez Criado: Las infraestructuras de la vida cotidiana. *Revista Estudios Cotidianos*, 1(2), 104-120. Disponible en: <http://www.estudioscotidianos.com/index.php/estudioscotidianos1/article/view/23/pdf>

- Corbin, J., y Strauss, A. (1990). Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3-21.
- Cornejo, M. (2006). El enfoque biográfico: Trayectorias, desarrollos teóricos y perspectivas. *Psykhé*, 15(1), 95-106.
- Cruz-Coke, R. (1995). *Historia de la medicina chilena*. Santiago, Chile: Editorial Andrés Bello.
- Fernández, V. (2014). Promoviendo un diseño urbano participativo: experiencias desde la práctica y la docencia. *AUS Valdivia*, 15, 22-27.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, España: Morata.
- Galeano, M. (2004). *Estrategias de investigación social cualitativa. El giro en la mirada*. Medellín, Colombia: La Carreta Editores.
- García, E., Gil, J., y Rodríguez, G. (1996). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Granada, España: Ediciones Aljibe.
- González, L. (29 de Diciembre de 2014). *Un ejercicio de diseño participativo entre gobierno y academia* [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://labplc.mx/ejercicio-diseño/>
- Herrera, P. (2011). Ergonomía dirigida al factor social del diseño: Objetos y ayudas técnicas para la población en condición de discapacidad. *Iconofacto*, 7(8), 52-73.
- Hospital San Juan de Dios - CDT (2013). *Reglamento de funcionamiento Interno HSJD - CDT*. Santiago, Chile: Unidad de Informática Hospital San Juan de Dios. Recuperado de <http://www.hsjd.cl/web/reglamento-de-funcionamiento-interno-hsjd-cdt/>
- Hospital San Juan de Dios - CDT (2015). *Quiénes Somos - Historia*. Santiago, Chile: Unidad de Informática Hospital San Juan de Dios. Recuperado de <http://www.hsjd.cl/web/organizacion-historia/>
- Ibáñez, T. (2003). La construcción social del socioconstruccionismo: retrospectiva y perspectivas. *Política y sociedad*, 40(1), 155-160.
- Knoblauch, H. (2005). Focused Ethnography. *Forum: Qualitative Social Research*, 6(3, Art. 44), 1-14.
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (2003). *Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: Nuevas perspectivas*. Serie Publicaciones. Recuperado de <http://actabioethica.cl/docs/pautas.pdf>
- Penchaszadeh, V. (2002). Ética de las investigaciones biomédicas en poblaciones humanas. *Revista Cubana Salud Pública*, 28, 149-156. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200005&lng=es.
- Salinas, J. & Vio del R, F. (2002). Promoción de la salud en Chile. *Revista chilena de nutrición*, 29, 44- 60.
- Taylor, S., y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, España: Paidós.
- Todorov, T. (2010). *La conquista de América. El problema del otro*. Ciudad de México, México: Siglo XXI.
- Vera, L. (2004). *La Investigación cualitativa*. San Juan, Puerto Rico: Universidad Interamericana de Puerto Rico.
- Zimmermann, M. (2010). *Psicología Ambiental, Calidad de Vida y Desarrollo Sostenible*. Bogotá, Colombia: Ecoe Ediciones.