

«Anthropoarquitectura», «cosmolugares» y humanización del cuidado. La construcción social del espacio clínico *«Anthropoarchitecture», «cosmoplaces» and humanization of care. The social construction of the clinical space*

José Manuel Hernández Garre

 <https://orcid.org/0000-0002-2144-356X>

Universidad de Murcia, España.

jmhernandez@um.es

Baldomero de Maya Sánchez

 <https://orcid.org/0000-0002-1008-2885>

Universidad de Murcia, España.

baldo@um.es

Recibido: 09-08-2021

Aceptado: 28-09-2021



Resumen

El presente artículo se ubica en el marco de una perspectiva postprocesual de la antropología arquitectónica que indaga sobre las posibles similitudes entre los correlatos ideológicos y materiales. Partiendo de esta premisa, el objetivo del artículo ha sido investigar los principales paradigmas del cuidado y sus posibles analogías con las diferentes tipologías arquitectónicas de los espacios clínicos en términos de humanización asistencial. Para ello se ha seguido una metodología cualitativa utilizando como fuentes de recogida de datos el análisis documental y la observación participante, acumulando un total de ciento cuarenta y cuatro horas de observación en un hospital comarcal de la red pública. Los resultados muestran una configuración dicotómica en la que, desde ideologías atomistas y tecnocráticas, se materializan espacios fragmentados, consecuentes con dinámicas asistenciales mecanizadas y deshumanizadas, y desde ideologías psicosociales y holísticas espacios integrados, congruentes con itinerarios individualizados y humanizados. Se concluye que la arquitectura clínica se construye desde ideologías del cuidado determinadas que, cuando se reifican en espacios asistenciales concretos, conforman «cosmolugares» que fuerzan a entrar en sus propias dinámicas, retroalimentando, a su vez, las ideologías de origen.

Palabras clave: antropología arquitectónica, sociología del espacio, diseño arquitectónico, humanización asistencial; paradigmas del cuidado.

Abstract

This article is located within the framework of a post-processual perspective of architectural anthropology that investigates the possible similarities between ideological and material correlates. Starting from this premise, the objective of the article has been to investigate the main paradigms of care and their possible analogies with the different architectural typologies of clinical spaces in terms of healthcare humanization. For this, a qualitative methodology has been followed, using documentary analysis and participant observation as data collection sources, accumulating a total of one hundred and forty-four hours of observation in a district hospital of the public network. The results show a dichotomous classification in which fragmented spaces materialize from atomistic and technocratic ideologies, consistent with mechanized and dehumanized care dynamics, and from psychosocial and holistic ideologies integrated spaces, congruent with individualized and humanized itineraries. It is concluded that clinical architecture is built from certain care ideologies that, when reified in specific healthcare spaces, make up "cosmoplaces" that force them to enter their own dynamics, in turn feeding back the ideologies of origin.

Keywords: architectural anthropology, sociology of space, architectural design, assistance humanization, paradigms of care.

Sumario

1. Introducción | 2. Metodología | 3. Resultados | 3.1. Plano ideológico: Paradigmas y representaciones del cuidado | 3.2. Plano material y relacional: diseños y tipologías espaciales | 4. Discusión | 5. Conclusiones | Referencias bibliográficas

Cómo citar este artículo

Hernández Garre, J. M. y de Maya Sánchez, B. (2021): "«Anthropoarquitectura», «cosmolugares» y humanización del cuidado. La construcción social del espacio clínico", *methaodos.revista de ciencias sociales*, 9 (2): 318-329. <http://dx.doi.org/10.17502/mrcs.v9i2.484>

1. Introducción

La forma en que se instaura el espacio retrotrae al capital de lo imaginado, conecta con la cosmovisión del mundo en una especie de baile semántico que permea a las personas que lo habitan. Las distribuciones espaciales no son, pues, realidades inermes, sino formas proyectivas del subconsciente social a la vez que culturas materiales reificadoras de ideología. De manera que los espacios arquitectónicos, y las doctrinas de los individuos que en ellos se hospedan, se comportan como dimensiones en compleja hibridación, como esferas que, más allá de derivarse unas de otras, acontecen juntas en un complejo proceso constructivo con temporalidades y ritmos diversos, no pudiéndose, así, pensar como realidades que se precedan ni temporal ni ontológicamente (Haber, 2011). Estamos ante una doble relación coconstitutiva sujeto/objeto (Rose, 2011) enmarcada en un mundo en continuo devenir en el que ambos establecen una comunicación recíproca (Deleuze, 1993). Transacciones entorno/individuo que están mediadas por factores tan variopintos como las relaciones económicas, de consumo o los propios valores ideológico-culturales que se convierten en condicionantes últimos de éstas (Miller, 1998).

Se trata de un campo de estudio que en el contexto de las ciencias humanas ha sido impulsado por promotores como Marcel Mauss o Pitt-Rivers al entender los objetos materiales y sus representaciones espaciales como modos consolidados de la sociedad, como pruebas materiales de los hechos sociales que nos aproximan a las diferentes perspectivas y tipificaciones de los ritos humanos (Mauss, 1970). Enfoque que ya encontramos en las premisas spinozianas que sitúan las relaciones humanas en función de las cosas materiales, ubicando a éstas en el centro de los flujos humanos mientras que sus ideaciones y simbolismos experimentan continuas metamorfosis kafkianas según los valores culturales hegemónicos (Lordon, 2006). En este sentido, los postulados teóricos sobre las relaciones ontológicas entre espacio material y humanidad son diversas, y pivotan desde las grafías goffmanianas que representan el espacio como un mero escenario donde cursan las dinámicas de comunicación e interacción recíproca (Goffman, 1982), hasta los posicionamientos interpretativos postprocesuales que enmarcan estas relaciones en un repositorio de significados que precisan de exégesis, en un "*habitus*" Bourdiano en el que los espacios inermes reflejan ciertas distinciones sociales que sirven para materializar las ideologías hegemónicas (Bourdieu, 1990). Perspectiva desde la que se considera irrealista la concepción del espacio material como expresión de los distintos determinismos propuestos por la teoría social (Latour, 2005: 84), ya que la ideología desde la que se edifica cambia a medida que la sociedad la reifica, transformándose con los seres que la consumen, producen y habitan (Zarankin, 1999). En definitiva, estamos ante un campo que se encuentra en el limen de la interdisciplinariedad (Cruz, 2019), en el sentido de que el análisis de las distribuciones espaciales, del diseño de los espacios, queda normalmente enmarcado en el campo de la arquitectura, mientras que el estudio de las formas en que se generan y producen las diferentes representaciones, interacciones y flujos de las personas que los vivifican en el de la antropología (Haber, 2011: 14).

Lo que aquí se propone es una aproximación desde ese dominio de frontera interesado por profundizar en la forma en que espacio e individuo establecen sus relaciones ontológicas, en el punto de unión donde se reúnen las ideologías con las proyecciones arquitectónicas, es lo que se ha dado en llamar como antropología arquitectónica, y que aquí se etiqueta con el término de "Anthroarquitectura", estableciendo una clara distinción epistemológica con otros patrimonios fronterizos como la "etnoarquitectura" o "etnoarqueología". En este sentido, hay que apuntar que, si bien la etnoarquitectura se ha centrado en el estudio de las construcciones vernáculas, es decir, en las edificaciones propias de un lugar que han sido proyectadas por los habitantes de una región concreta, la etnoarqueología ha puesto su interés en la búsqueda de analogías en las comunidades contemporáneas, principalmente preindustriales, que apoyen la interpretación del registro arcaico (Hamilakis, 2011; González Álvarez, 2011; Meskell, 2012). Ninguna de estas perspectivas se amolda a los intereses de este texto, ya que aquí se centrará la mirada en el enfoque de la antropología arquitectónica con el fin de ir más allá del discernimiento de las edificaciones autóctonas, o de los correlatos pretéritos realizados desde la arqueológica, para situarse claramente en el análisis antropológico de las conexiones inherentes a las relaciones inmanentes entre las culturas arquitectónicas y los individuos, percibiendo éstas como mediadoras de las representaciones culturales, como expresiones materiales, y a la vez generadoras, de las cosmovisiones sociales compartidas.

En esta línea, el abordaje de los espacios se hará desde un posicionamiento teórico próximo a la noción de "no lugar" de Marc Augé (2009), axioma conceptual que adscribe este calificativo a aquellos espacios de transitoriedad que no tienen suficiente entidad para ser considerados "lugares", que son

definidos, casi exclusivamente, por el pasar de los individuos, estando sometidos a relaciones artificiales que no permiten interiorizar sus componentes ni conformar la propia identidad biográfica de los sujetos. Desde la interiorización de esta propuesta se acuña aquí, de forma *ad hoc*, el término de “cosmolugar”, para hacer precisamente referencia a esos espacios de convivencia que, partiendo de una cosmovisión ideológica concreta, se materializan en un diseño arquitectónico determinado que responde a la categorización dicotómica de Augé en términos de “lugar” o “no lugar”, en términos de espacio identitario o de espacio construido desde y para la impersonalización y el anonimato de los sujetos (lugares donde el sujeto pierde sus roles habituales). Y en concreto los espacios que aquí interesa explorar son los clínicos, son las estructuras arquitectónicas proyectivas de los centros sanitarios hospitalarios y sus implicaciones en términos de humanización asistencial. Entendida ésta como un valor social que reclama la dignidad personal intrínseca de todo ser humano, promocionando un abordaje integral u holístico de la persona donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica, social y conductual (Bermejo, 2014; Ramos-Brieva *et al.*, 2017; Heras, 2017). Estamos ante un enfoque, el de la interacción entre el diseño espacial y las ideologías asistenciales en términos de humanización, que ha sido empleado por diferentes estudios centrados en aspectos diversos como la influencia del espacio clínico en la construcción de la corporalidad (Davis y Walker, 2010; Foureur *et al.*, 2010; Harte *et al.*, 2016), la domesticación de procesos biológicos como el parto (Fannin, 2003), o la influencia del diseño arquitectónico en las experiencias de cuidado (Hernández, De Maya y Echevarría, 2020a, 2020b). En síntesis, y partiendo de este enfoque, el objetivo del artículo ha sido investigar los principales paradigmas del cuidado y sus posibles correlaciones con las diferentes tipologías arquitectónicas de los espacios clínicos en términos de humanización asistencial. El artículo se presenta desde la perspectiva teórica de la antropología arquitectónica, en concreto desde una concepción postprocesual que apuesta por una relación coconstitutiva entre los diseños arquitectónicos y los paradigmas ideológicos, y desde la noción dicotómica entre “lugar” y “no lugar” de Marc Augé.

2. Metodología

Para hacer operativo el objetivo de estudio se ha seguido una metodología cualitativa utilizando como fuentes de recogida de información el análisis documental y la observación participante. El primero se utilizó para investigar los paradigmas del cuidado más actuales en los ambientes clínicos, mientras que la observación participante se empleó para verificar las tipologías arquitectónicas más comunes en los centros sanitarios y sus repercusiones en términos de humanización asistencial.

El análisis documental se centró en documentos de cuatro áreas del conocimiento: antropología, sociología, medicina y enfermería, examinándose libros, monografías, tesis doctorales y artículos indexados en bases de datos del ámbito de las ciencias sociales y médicas (Antro Base: Social and Cultural Anthropology, Current Contents, SOC-Antropología social, Periodicals Archive Online —PA, Medline, Cochrane, Cinahl).

Una vez finalizada la revisión documental se inició un trabajo de campo centrado en la observación participante a lo largo del año 2019 en un centro público de la Región de Murcia. Se trata de un centro comarcal referencia de cinco municipios con un área de influencia de unos 170.000 habitantes. Por razones de confidencialidad del centro se prefiere no revelar su identidad. Se intentaron recoger los datos de forma no intrusiva y sistemática desde un doble rol de observador y participante, realidad facilitada por el doble rol de uno de los investigadores, antropólogo y enfermero en activo en el hospital del estudio, ello mitigó las limitaciones referidas a la invisibilidad del espectador. Antes de comenzar el estudio se obtuvieron las autorizaciones pertinentes por parte del centro sanitario, no revelando ningún dato identificativo de los pacientes o sanitarios.

El trabajo de campo se inició con una primera fase de breve observación de las distintas unidades de hospitalización y atención clínica del centro. El objetivo era identificar las distintas tipologías arquitectónicas, en este sentido se identificaron las dos tipologías especificadas por los informes de sanidad ya existentes (MSPS, 2009): fragmentada y unificada. Hay que hacer notar que de las diez unidades observadas, siete de hospitalización y tres de atención clínica, tan solo una presentaba la distribución integrada, se trataba de un área clínica de atención obstétrica que había sido reformada recientemente. En una segunda fase de observación se realizó un análisis más pormenorizado, escogiendo como unidad de observación de la tipología fragmentada la planta de hospitalización de púerperas y como unidad de estudio de la tipología integrada la citada planta de asistencia obstétrica. Las observaciones se realizaron

durante la jornada laboral como enfermero de uno de los investigadores que roto por ambos servicios, acumulando un total de 72 horas de observación por cada servicio. Las unidades de estudio en las que se centró el análisis fueron: la distribución espacial, las puertas umbral de entrada y salida de los espacios, las restricciones de movimiento, el lugar que ocupaban los pacientes y sanitarios, y la relación entre las actividades y los espacios clínicos. Los resultados no pretenden ser generalizables y ni categóricos para todos los casos, sino simplemente orientativos sobre la forma en que se establecen relaciones entre las dinámicas y paradigmas asistenciales y la distribución del espacio arquitectónico. A ello hay que sumar la limitación que supone el hecho de que las dos unidades de estudio sean de distinta naturaleza, una de hospitalización con un carácter más residencial, y la otra clínica con un carácter más asistencial. Realidad que vino condicionada por la no existencia de una unidad de hospitalización análoga con estructura integrada. Pese a ello, pensamos que los resultados reflejan de forma general las asociaciones más importantes entre ideología y arquitectura en términos de humanización del cuidado.

3. Resultados

Los resultados se expondrán en dos partes, por un lado, los datos obtenidos en el análisis documental centrados en el plano ideológico, es decir, en el discernimiento de los diferentes paradigmas y representaciones del cuidado; y, por otro, los de la observación participante, centrados en el plano material y relacional, es decir en el análisis de los diferentes diseños y tipologías arquitectónicas con que se construyen los espacios clínicos y su interacción con los sujetos de estudio.

3.1. Plano ideológico: Paradigmas y representaciones del cuidado

Antes de entrar en las formas de tipificación del espacio clínico, o en la recreación de «cosmolugares» concretos de cuidado, es necesario entrar en el plano conceptual, en las nociones ideacionales de las que emanan estos espacios. La ideología, la forma de pensar y representar la realidad desde una mirada determinada, forma parte del carácter hermenéutico y heurístico del ser humano en cuanto ente de cuya subjetividad dan cuenta las diferencias acaecidas entre el objeto (realidad material) y la forma en que éste se hace consciente su mente (percepción). Idiosincrasia perceptiva que ha dado lugar, desde una perspectiva kuhntiana, a agrupar las representaciones de la realidad en diferentes paradigmas, es decir en corrientes teóricas de pensamiento que devienen en diferentes formas de representar, idear y practicar la realidad. Es un planteamiento que ha tenido toda una vertiente academista cuyo objetivo es inventariar los fenómenos de estudio en función de las corrientes de pensamiento que las alimentan.

En esta línea el cuidado, los procesos de atención asistenciales, también han tendido a categorizarse en diferentes paradigmas o cosmovisiones, fundamentalmente desde la tradición teórico-academista de la disciplina del cuidado. Desde esta doctrina narratológica una de las clasificaciones más difundidas es la que establece tres paradigmas históricos del mismo: categorización, integración y transformación (Kérouac *et al.*, 2005).

Desde las nociones de categorización el cuidado se entiende como un inventario de praxis inconexas, limitando su complejidad a la ejecución de una serie de categorías asistenciales (técnicas biomédicas) a realizar sobre la persona o el entorno físico. El centro de atención no son las necesidades individuales, sino todo un catálogo de praxis y rutinas clínicas protocolizadas. Se trata de una visión que emana de ciertos tics del siglo XIX que pivotan entre la medicina social de Virchow de principios siglo, y su tendencia hacia el control bacteriológico de los fómites, y la emergencia de una nueva medicina anatomo-clínica de finales de siglo fundamentada en la teoría microbiana de Koch y los principios de la asepsia listeronigthingalianos (De Maya y Hernández, 2018).

De otra parte, están los abordajes de integración, propios de la segunda mitad del siglo XX, en los que las visiones atomistas se van transformando en orientaciones dirigidas a una visión más holística de la persona como centro del cuidado. Lo inventarial, el catálogo de rutinas clínicas pierde importancia, para virar la mirada hacia la persona desde una concepción más global que integra también las dimensiones psicosociales. Transición que coincide con un contexto de transición epidemiológica desde la prevalencia de las enfermedades infecciosas a las crónicas, *habitus* en el que determinantes como el estilo de vida, el medio ambiente o los sistemas sanitarios toman fuerza. En definitiva, se trata de una metamorfosis que va

más allá de las realidades contextuales para adquirir elementos teóricos provenientes del psicoanálisis, el conductismo o la psicología humanistas.

Por último, tendríamos el paradigma de transformación en el que las visiones atomistas o multidimensionales se abren a una perspectiva individualizadora en la que se integran las realidades subjetivas ligadas a la experiencia de salud. En este sentido, desde perspectivas fenomenológicas, existencialistas o culturalistas, se van integrando los elementos socioculturales a los determinantes de salud, produciéndose, desde finales de los años setenta, una apertura contracultural y postmoderna hacia el mundo que parte de la asunción de la insoslayable indivisibilidad del individuo y su entorno. Se trata, en definitiva, de una especie de ruptura con las cosmovisiones anteriores, que todavía pretendían construir las realidades desde el análisis positivo-científico e institucional, para abrirse a la inextricable complejidad de la subjetividad del ser.

Otra de estas propuestas clasificatorias es la que establece tres tipos de planteamientos en la evolución ideológica del cuidado: los ecológico-atomistas, los psico-sociológicos, y los fenomenológico-existencial-culturalistas (Hernández y De Maya, 2020).

Las nociones ecológico-atomistas del cuidado se originan en un contexto donde las lúgubres condiciones sanitarias propias de la revolución industrial, caracterizadas por el hacinamiento propio de la urbanización acelerada y la rápida difusión de enfermedades infectocontagiosas, son el caldo de cultivo en el que surge una especial preocupación por el cuidado de las condiciones ambientales, el saneamiento y la mejora de las condiciones de salubridad de la población. En este ambiente, surgen las primeras ideologías científicas en el entorno del cuidado de la mano de propuestas como la medicina social de Rudolf Virchow o las mejoras de la higiene de Ignác Semmelweis o Florence Nightingale. Se trata de una cosmovisión ecológica en línea con los recursos hipocráticos y paracelsianos que sitúan a la naturaleza como una fuerza curadora, y a los asistentes como los responsables de crear el entorno físico de cuidado más favorable para que ésta pueda sanarlos. Desde esta perspectiva cobran importancia los recetarios dirigidos a amas de casa, como el famoso libro de Nightingale *Notas sobre enfermería*, que pretenden aculturar a la población en la adopción de medidas de higiene. El modelo ecológico iría transitando hacia posicionamientos más atomistas como consecuencia de las aportaciones de epidemiólogos como John Snow, y su actuación en la epidemia de 1854, la refutación de la teoría de la generación espontánea por parte de Pasteur, o el desarrollo de la teoría microbiana por parte de Robert Koch, primero en atribuir las enfermedades infecciosas a agentes etiológicos externos al individuo. Desde este punto de partida se desarrolla toda una medicina organoléptica centrada en lo fisio-anatomo-etiológico, y de su mano una noción del cuidado centrada en la administración de técnicas en la dimensión corporal de los pacientes. En este contexto se establecería todo un itinerario del cuidado caracterizado por la parcelación, la realización de actividades sueltas, el centramiento epistemológico en lo biológico-técnico, y la orientación hacia la enfermedad y la práctica médica. Se trata, pues, de un planteamiento que, ya sea desde una vertiente ecológica o atomista, tiene en común la concepción del cuidado de manera categorial, a modo de inventario de prácticas más preocupado por la mecanización de las rutinas clínicas que por el propio individuo (De Maya y Hernández, 2018).

Respecto a los planteamientos psico-sociológicos se abrirían paso desde mediados del siglo XX como consecuencia de la introducción al capital del cuidado de todo un nuevo arsenal doctrinal surgido de disciplinas como la psicología, la sociología, la filosofía o la pedagogía. En este contexto se produciría un viraje desde los planteamientos atomistas anteriores hacia doctrinas de cuidados psico-sociales. Entre la nueva teórica doctrinal que influyó en este cambio está el nacimiento de la psicología humanista (tercera fuerza) de la mano de postulados como la Teoría de Necesidades de Abraham Maslow, la terapia centrada en el Paciente de Carl Rogers o la terapia Gestaltiana de Fritz Perls. Nuevos axiomas que supondrían un viraje desde lo intrapsíquico freudiano hasta la interacción humana como centro de gravedad de la mente. A ello se sumaron los principios de la Teoría General de Sistemas de Karl Ludwig von Bertalanffy que representa al cuerpo como un sistema frente al tradicional modelo anatómico que inscribía los territorios corporales como partes estancas. También tuvieron su resonancia postulados como la Teoría de la Adaptación de Harry Helson, la logoterapia de Víctor Frankl, la psicoterapia existencial de Rollo May e Irvin D. Yalom, la pedagogía progresista de John Dewey o la Teoría Sistemática de Talcott Parson, postulados que ponen de relevancia las dimensiones psicológicas, sociales y de sentido de la vida frente a las narrativas biologicistas.

Por último, en cuanto a los enfoques fenomenológico-existencial-culturalistas empezaría a introducirse a partir de los años setenta con la incorporación de corrientes postmodernistas y antimaterialistas. En esta línea, la noción de cuidado sufre una apertura social hacia el mundo, empezando

a concebirse cada fenómeno de salud-enfermedad como único, como un proceso exploratorio de formación del yo interno nutrido por las influencias culturales de cada persona. Se dejan notar diferentes influencias como la discriminación fenomenológica entre los hechos (fenómenos) y el ámbito en el que se hacen presentes (conciencia), las nociones culturalistas introducidas por antropólogos de la Escuela del Particularismo histórico y Cultura y personalidad, como Franz Boas, Ruth Benedict, Margaret Mead o Ralph Linton, y sus nociones de lo individual como expresión de la cultura, o la Teoría del Aprendizaje Vicario de Albert Bandura y su visión educativa como una combinación de factores sociales y psicológicos.

Cabe también mencionar otra de estas clasificaciones paradigmáticas del cuidado que establece una discriminación entre los enfoques tecnocráticos, humanistas y holistas (Davis-Floyd, 2001). La perspectiva tecnocrática se asienta en premisas como la medicalización, tecnologización, protocolización o mecanización de los procesos de cuidado. Estamos ante un enfoque basado en ideologías productivistas, biopolíticas y posthumanistas (Hernández y Echevarría, 2014) asimilable a las nociones biomédicas biologicistas. Se trata de una doctrina que tiende a fragmentar los itinerarios clínicos cosificando a los pacientes en cuanto sujetos pasivos sobre los que intervenir. Estamos ante un patrón que parte de filosofías materialistas como las de Demócrito o Leucipo, para encontrar su piedra angular en perspectivas como el dualismo cartesiano, que divide mente y cuerpo (Hernández y De Maya, 2019), los enfoques transhumanistas, que pretenden curar el cuerpo de sus debilidades constitutivas (Saraceni, 2007), las perspectivas productivistas, que organizan el trabajo desde una lógica taylorista basada en el control de tiempos, o las nociones biopolíticas, que aspiran al control estatal de los cuerpos según necesidades del orden social y político (Foucault, 1990[1977]; Scheper-Hughes, 1987). En contraposición, los enfoques humanístico-holistas suponen una nueva orientación que concibe el cuidado como un proceso continuo que cristaliza en una persona concreta, entendida ésta como un ente en el que, más allá de los cambios orgánicos, están implicados factores emocionales, psicológicos y socioculturales. Se trata de un modelo en el que se enfatiza la conexión mente-cuerpo, estableciendo un equilibrio entre las necesidades de los pacientes y las de las instituciones. De un enfoque en el que el enfermo es entendido como un sujeto relacional que toma decisiones compartiendo responsabilidades con el clínico. Enfoque que encuentra sus orígenes en las corrientes filosóficas emanadas del personalismo que concibe al hombre como un ser relacional, social, libre, trascendente y con un valor en sí mismo (Kant, 1992[1785]). Desde esta perspectiva la persona posee una dignidad inalienable que impide cualquier cosificación, despersonalización, o mitificación de la técnica que deshumanice la asistencia. A estos posicionamientos se unen diversas corrientes de pensamiento como los postulados fenomenológico-husserlianos, que ponen el énfasis en la subjetividad en la percepción del sujeto, abriendo el camino a la individualización de la asistencia, los conceptos existencial- kierkegaardianos, que sitúan a la persona como un "ser en el mundo" cuya existencia se materializa a través de la autonomía y la libertad personal, o las posturas cultural-boasianas, que ponen la atención en las distintas perspectivas culturales de los sujetos (Hernández y de Maya, 2019).

En definitiva, estamos ante tres propuestas paradigmáticas diferentes cuyos conceptos convergen, existiendo analogías entre los paradigmas de categorización, ecológico-atomistas y tecnocráticos, entre las cosmovisiones de integración, psico-sociológicas y humanistas y, por último, entre los enfoques de transformación, fenomenológico-existencial-culturalistas y holistas. En síntesis, el Cuadro 1 muestra, de una parte, los enfoques biomédicos centrados en la dimensión corporal del individuo y, de otra, los enfoques psicosociales abiertos a la subjetividad del ser.

Cuadro 1. Correlación entre las diferentes clasificaciones paradigmáticas del cuidado y las corrientes de pensamiento

Clasificaciones	Paradigmas		
Kérouac	Categorización	Integración	Transformación
Hernández y de Maya	Ecológico-atomistas	Psico-sociológico	Fenomenológico-existencial-culturalista
Davis-Floyd	Tecnocrático	Humanista	Holista
Corrientes de pensamiento	Atomismo	Personalismo	
	Posthumanismo	Fenomenología	
	Biopolítica	Existencialismo	
	Productivismo	Culturalismo	
	Noción Biomédica	Noción Psicológico-social	

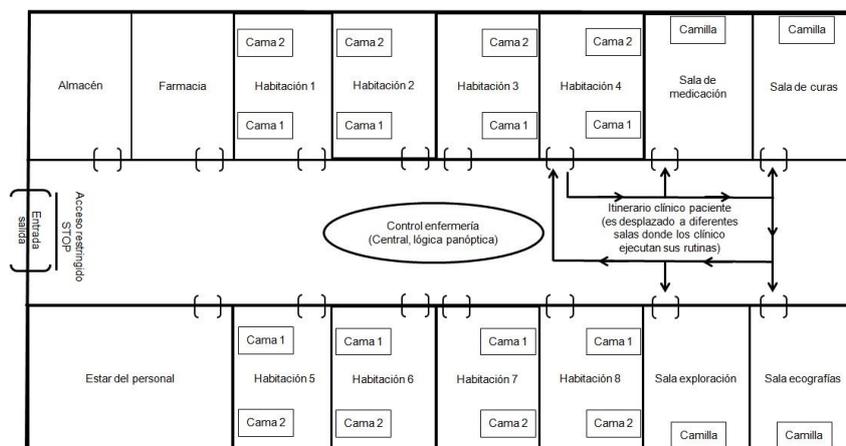
Fuente: Elaboración propia.

3.2. Plano material y relacional: diseños y tipologías espaciales

Como ya se ha comentado, ideología y distribución espacial son dos realidades sinérgicas que establecen relaciones simbióticas a lo largo de un proceso coconstitutivo de retroalimentación. En este sentido, de igual manera que se pueden demarcar diferentes paradigmas para el cuidado, también se pueden establecer diferentes diseños y tipologías del espacio clínico que demarcan arquitectónicamente el pasar de los individuos. En este sentido hay que apuntar que los datos recogidos durante nuestras observaciones dan cuenta de dos tipos de distribuciones espaciales: las fragmentadas y las integradas (Hernández y de Maya y Echevarría, 2020a).

Las "tipologías clínicas fragmentadas" se caracterizan por tres características: la dispersión y fraccionamiento de los espacios asistenciales, el establecimiento de puertas umbral y la restricción de la accesibilidad. La separación de los espacios responde a una dimensionalidad construida desde un patón biologicistas en el que se establece una analogía entre los cambios anatómo-fisiológicos, las tareas clínicas a realizar y la distribución arquitectónica. En este sentido, se tiende a establecer un espacio para la realización de cada rutina concreta: diagnóstico, terapéutica, recuperación, o, incluso, para procesos biológicos distintos, como ocurre en el caso del parto: dilatación, sala de expulsivo, sala de recuperación postparto. El diseño esconde cierta lógica taylorista que se asemeja al trabajo en cadena, de manera que existe cierta atribución de tiempos para cada proceso biológico o rutina clínica, mientras los cuerpos de los pacientes deambulan llevados por celadores por diferentes espacios en los que esperan los clínicos para realizar su intervención concreta. Otra de las características de esta distribución es el establecimiento de puertas umbral que establecen el limen entre lo interno y lo externo, entre lo limpio y lo sucio, entre la sacralidad mística de la que se envisten los rituales clínicos y lo profano del deambular de los ciudadanos. De esta manera, "los individuos entran y salen a través del umbral, fundamentalmente para nuestra seguridad moral, para que no se cree confusión entre el interior y el exterior" (Leach, 1976: 84). Una vez que a traviesas el umbral dejas atrás el mundo profano de la vida cotidiana; dentro se representa la mística de lo limpio, lo sagrado, en el que los oficiantes vestidos de ceremonia y con un lenguaje propio transmiten la representación de estas propiedades. Se conforma, así, una arquitectura espacial diseñada para restringir el acceso del foráneo, estableciéndose espacios para el clínico y espacios para la cotidianidad de lo mundano. A ello se suma una disposición panóptica de los controles de enfermería, al estilo más Jeremy Bentham ([1786] 2002), que situados en la centralidad del espacio sirven para observar, vigilar y custodiar el comportamiento de los pacientes. El objetivo es crear una sensación de permanente visibilidad que garantice el funcionamiento automático del poder de vigilancia (Figura 1).

Figura 1. Representación del diseño clínico fragmentado



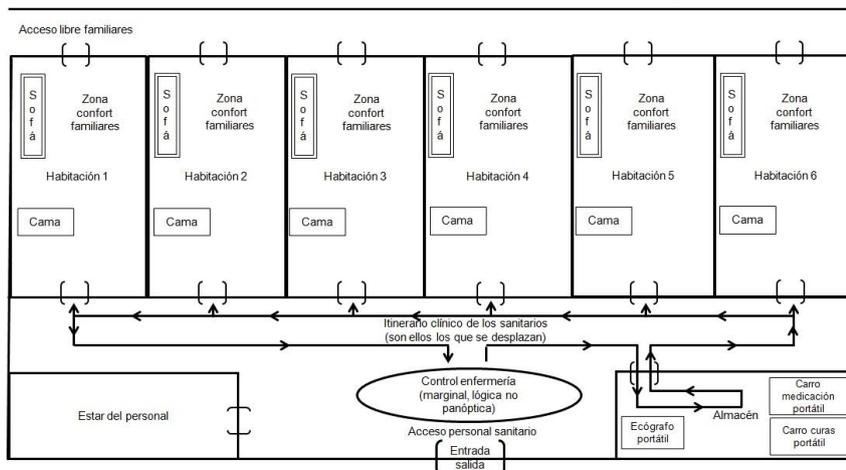
Fuente: Elaboración propia.

Las observaciones muestran como en este marco arquitectónico las rutinas clínicas se caracterizan por un abordaje mecanizado, centrado en la realización de tareas y en los tiempos asignados a las mismas desde una óptica taylorista. Los sanitarios ocupan un papel central en el espacio clínico mientras los

pacientes parecen ubicados en habitáculos de transitoriedad a la espera de que llegue el siguiente paciente que los reemplace. Es lo que en este estudio consideramos como espacios del anonimato.

De otra parte, las "tipologías integradas" se caracterizan por una unificación de los diferentes espacios asistenciales en los que el paciente ocupa el papel central. Es una distribución en la que parece establecerse una analogía entre la representación de los procesos de cuidado como un continuo que se desarrolla en un ser humano unitario con necesidades físicas, pero también emocionales, psicológicas y sociales, y la unificación de los espacios. La Figura 2 muestra cómo el diseño no está mediado por nociones tayloristas de trabajo en cadena y asignación de tiempos, sino que el paciente permanece en su lugar mientras que los clínicos deambulan entrando en su espacio de poder para realizar las tareas sanitarias.

Figura 2. Representación del diseño clínico integrado



Fuente: Elaboración propia.

La reintegración espacial determina una disminución de las puertas umbral que desbarata, en cierta medida, la dinámica dentro-fuera, sucio-limpio, determinando una naturalización de los espacios en la que los pacientes no ocupan el terreno clínico de lo ajeno, sino sus propios espacios de poder. En este sentido, la accesibilidad no es tan restringida, facilitando la entrada y salida de los individuos, a la vez que los puestos de enfermería no ocupan un papel central siguiendo la lógica del panóptico, sino lugares más marginales en las dinámicas distributivas de los espacios de poder (Hernández, de Maya, Echevarría, 2020a) (Cuadro 2). En este contexto, nuestras observaciones dan cuenta de cómo la actividad asistencial está más centrada en las necesidades del paciente que en las rutinas clínicas a realizar. Los pacientes parecen ubicarse en su propio espacio, donde la familiaridad de los que allí se ubican junto a ellos, los familiares, los saca del anonimato clínico, construyéndose un rol identitario que va más allá del de paciente o enfermo. Los sanitarios no parecen encarnar el rol de vigilantes del orden y las restricciones, sino más bien el de asistentes atentos a las necesidades de sus pacientes.

Cuadro 2. Características de los diseños arquitectónicos o las tipologías espaciales

Características	Tipología espacial	
	Fragmentada	Integrada
Estructura	Fraccionada y dispersa	Unificada y centrada
Lógica del espacio	Taylorista	No taylorista
Puertas umbral	Rígidas	Ausentes o flexibles
Accesibilidad	Muy restringida, lógica dentro-fuera	Poco restringida, no lógica dentro-fuera
Controles de enfermería	Centrales, lógica panóptica	No centrales, lógica no panóptica

Fuente: Elaboración propia.

4. Discusión

Los resultados muestran claras delimitaciones tanto en los paradigmas o ideologías del cuidado como en las tipologías arquitectónicas de los espacios clínicos, en ambos casos se muestra una clara genealogía de características que establece analogías entre ambas categorías: la ideológica y material.

En este sentido, hay que matizar que en la organización de los espacios también media un elemento capital, las diferentes dinámicas económicas y de eficiencia que implican una planta de hospitalización, como la de puérperas, donde el tiempo de estancia y la densidad de pacientes es mayor, y por lo tanto también la tendencia a fragmentar espacios para conseguir más camas disponibles, respecto a una unidad obstétrica de carácter más clínico, donde el tiempo medio de los pacientes es menor y la densidad de pacientes también. Sin embargo, y pese a las diferencias en cuanto a homogeneidad de los servicios, hay que hacer notar que incluso en los paritorios, y revisando la literatura previa (Hernández *et al.*, 2020a), las distribuciones no siempre son integradas, sino que a veces son fragmentadas pese a la menor densidad de pacientes. De ello deviene que la estructuración en espacios fragmentadas o integradas no se deba solo a condiciones socioeconómicas de efectividad o presión asistencial, sino a auténticas ideologías productivistas y tayloristas que se instalan en el núcleo de la organización clínica. Además, hay que hacer notar que el objetivo del artículo no es tanto hacer una valoración en términos económicos o de efectividad, sino establecer posibles analogías entre las ideologías asistenciales, las tipologías arquitectónicas y su repercusión en términos de humanización del cuidado.

Una vez hecha esta matización, cabría preguntarse ahora qué consecuencias tienen éstas en cuanto a la conformación de “lugares” y “no lugares”, es decir en cuanto a su traducción en «cosmolugares» y su repercusión en términos calidad asistencial. A la luz de los resultados se podrían delimitar dos categorías dicotómicas de los lugares clínicos en función de los paradigmas, ideologías, distribuciones arquitectónicas y dinámicas asistenciales que los caracterizan: los deshumanizados y los humanizados.

Los «cosmolugares» deshumanizados se caracterizan por una organización clínica biopolítica, posthumanista y mecanizada en la que el trabajo está diseñado para la comodidad de los sanitarios (Hernández y Echevarría, 2014, 2015; Wagner, 2006). En este sentido, los profesionales ocupan un lugar central en las dinámicas asistenciales desde un control del espacio que establece claras asimetrías y desigualdades con los pacientes. Éstos ocupan un lugar marginal, accesorio y pasivo, siendo diana de las intervenciones biotecnológicas de los expertos mientras transitan por una serie de espacios disgregados. El trabajo es diseñado en cadena desde una protocolización rutinaria de los cuidados que sigue la lógica taylorista del control de tiempos. Los familiares están solo presentes en función de la sacralidad de los espacios clínicos, ocupando el lugar accesorio otorgado por los sanitarios, su presencia no se da por hecho, sino que es una realidad que depende de las cargas asistenciales e idiosincrasias profesionales (Hernández, Echevarría y Gomariz, 2016). Son “cosmolugares” cargados de un simbolismo de transaccionalidad donde no puede verificarse el proceso desde las propias dinámicas de los pacientes, estamos ante “no lugares” (Augé, 2009) donde la impersonalización del espacio restrictivo no permite construir el proceso desde las propias categorías significativas de los pacientes (Hernández y de Maya, 2020). Se trata de contextos clínicos consecuentes con paradigmas del cuidado categoriales, ecológico-atomistas y tecnocráticos, con diseños arquitectónicos fragmentados vestidos de puertas umbral restrictivas que responden a las lógicas panópticas del dentro-fuera.

De otra parte, tenemos “cosmolugares” humanizados caracterizados por una organización de la atención más centrada en tareas de satisfacción de los pacientes, quedando las rutinas clínicas subyugadas, en parte, a las necesidades psicológicas y emocionales de éstos. Los pacientes ocupan el lugar central, estableciéndose una relación más simétrica e igualitaria con los profesionales. Éstos ya no transitan bajo la lógica del trabajo en cadena, mientras se les administran las intervenciones protocolizadas, sino que circulan por su propio espacio de poder, siendo los clínicos los que se desplazan para suministrarles los cuidados en función de sus necesidades. Los familiares están presentes durante el proceso desde su propio espacio de poder, siendo parte del sistema su integración en los procesos clínicos. Se trata de “lugares” concretos, exentos de transaccionalidad, donde los procesos clínicos se verifican desde la propia dinámica de los pacientes, donde se instaura una accesibilidad que no responde a la lógica panóptica, sino a una construcción del itinerario clínico desde las propias categorías significativas de éstos. Son lugares contruidos desde paradigmas de integración o transformación, desde modelos psicosociales o fenomenológico-existencial-culturalistas, desde posturas humanísticas u holísticas, desde espacios

integrados donde las puertas umbral restrictivas van desapareciendo bajo una óptica que rompe en parte con el binomio dentro-fuera (Hernández *et al.*, 2020b) (Cuadro 3).

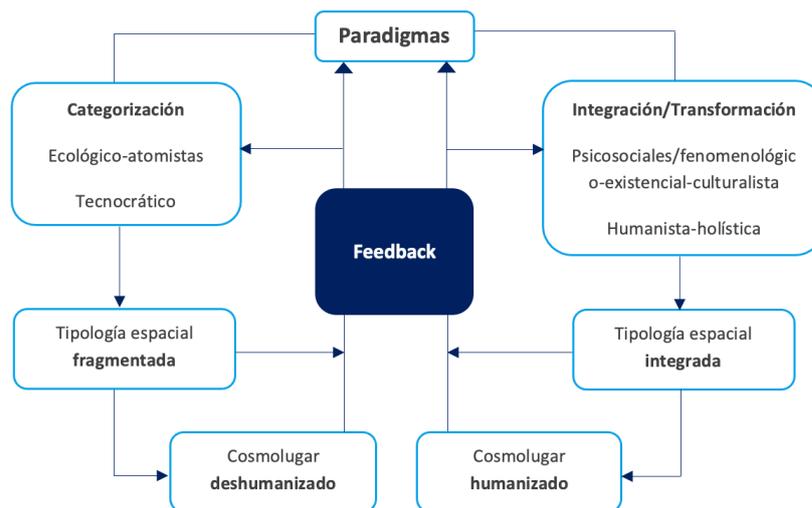
Cuadro 3. Características de los “cosmolugares”

Características	“Cosmolugar”	
	Deshumanizado	Humanizado
Organización del trabajo	Mecanizada	No mecanizado
Control del espacio	Profesionales	Pacientes o compartido
Papel del paciente	Marginal	Central
Foco de atención	Rutinas clínicas	Necesidades del paciente
Interacción	Asimétrica	Simétrica
Paradigmas	Categorización	Integración/transformación
	Ecológico/atomistas Tecnocrático	Psicosociales/fenomenológico- existencial-culturalista Humanista-holística
Tipología espacial	Fragmentada	Integrada

Fuente: Elaboración propia.

De los resultados se puede deducir el diagrama de flujo que se establece entre paradigmas del cuidado, tipologías espaciales y ambientes clínicos, produciéndose un *feedback* entre los paradigmas de categorización, las tipologías fragmentadas y los “cosmolugares deshumanizados” y, de otra parte, entre los paradigmas de integración/transformación, las tipologías integradas y los “cosmolugares humanizados”. Parece que se establece una correlación entre los relatos ideológicos de lo clínico, los espacios arquitectónicos y la forma en se regulan las interacciones asistenciales en términos de humanización asistencial. La Figura 3 muestra cómo ideología, espacio y protocolos de cuidado son tres realidades entre las que se establecen correspondencias y procesos de retroalimentación mutuos.

Figura 3. Diagrama de flujo entre paradigmas del cuidado, tipologías espaciales y “cosmolugares”



Fuente: Elaboración propia.

5. Conclusiones

Desde la perspectiva de la "Anthropoarquitectura" se ha profundizado en las posibles correlaciones entre los correlatos ideológicos del cuidado, la forma en que se distribuye el espacio clínico y la recreación de "cosmolugares" asistenciales en clave de humanización o deshumanización existencial. En este sentido, se ha optado por una concepción postprocesual que apuesta por una relación simbiótico-constitutiva entre tipologías arquitectónicas y paradigmas del cuidado, estableciéndose un *feedback* hibridatorio entre ambas dimensiones. De esta manera, se concluye que, si bien la arquitectura clínica se construye desde ideologías asistenciales del cuidado determinadas, una vez reificados los espacios, éstos retroalimentan las ideologías de origen al establecer unos espacios consecuentes con dicha ideología que fuerzan a los clínicos a entrar en las dinámicas propias de la misma. Quedan así demarcados "cosmolugares" consecuentes con una ideología atomista o psicosocial, tipificada en espacios fragmentados o integrados, que se traducen en flujos asistenciales humanizados o deshumanizados al determinar la forma en que se organiza el trabajo, se controla el espacio, se establecen las interacciones o se fijan los focos de atención. Espacio y doctrina quedan así plasmados en "cosmolugares" concretos que a su vez retroalimentan las ideologías de origen en una especie de baile sin fin entre pensamiento y cultura material.

Referencias bibliográficas

- Augé, M. (2009). *Los no lugares. Espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad*. Barcelona: Gedisa.
- Bentham, J. (2002 [1786]): *Panoptique (La petite collection t. 398)*. Traducción Christian Laval. Format Kindle.
- Bermejo, J. C. (2014): *Humanizar la asistencia sanitaria*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Bourdieu, P. (1990): "Espacio social y génesis de las clases", en Bourdieu, P. ed.: *Sociología y cultura*: 281-310. México: Grijalbo.
- Cruz, T. (2019): "La antropología: Una nueva teoría para la arquitectura", *Revista Rúa*, 11 (22).
- Davis, D. y Walker, K. (2010): "The corporeal, the social and space/place: exploring intersections from a midwifery perspective in New Zealand", *Gender, Place and Culture*, 17 (3): 377-391. <https://doi.org/10.1080/09663691003737645>
- Davis-Floyd, R. (2001): "The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75 (1): 5-23. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
- De Maya B. y Hernández, J. M (2018): *Historia del cuidado. Enfermeras/os, practicantes y matronas*. Granada: Círculo Rojo.
- Deleuze, G. (1993): *The Fold: Leibniz and the Baroque*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Fannin, M. (2003): "Domesticating birth in the hospital 'family-centered' birth and the emergence of 'homelike' birthing rooms", *Antipode*, 35 (3): 513-535. <https://doi.org/10.1111/1467-8330.00337>
- Foucault M. (1990 [1977]): *La vida de los hombres infames*. Madrid: La Piqueta.
- Foureur, M., Davis, D. L., Fenwick, J., Leap, N., Iedema, R., Forbes, I.F. y Homer, C.S.E. (2010): "The relationship between birth unit design and safe, satisfying birth: Developing a hypothetical model", *Midwifery*, 26 (5): 520-525. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.015>
- Goffman, E. (1982): *Interaction ritual*. New York: Pantheon Books.
- González Álvarez, D. (2011): *Casas nuevas para nuevos tiempos. Cambio cultural y materialidad en las brañas-pueblo de Somiedu (Asturias)*. Zaragoza: Pórtico.
- Haber, A. (2011): *La Casa, las Cosas y los Dioses. Arquitectura Doméstica, Paisaje Campesino y Teoría Local*. Córdoba: Brujas.
- Hamilakis, Yannis. (2011): "Archaeological ethnography: A multitemporal meeting ground for archaeology and anthropology", *Annual Review of Anthropology*, 40: 399-414. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-081309-145732>
- Harte, J. D., Sheehan, A., Stewart, S. C. y Foureur, M. (2016): "Childbirth supporters' experiences in a built hospital birth environment: Exploring inhibiting and facilitating factors", *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 9 (3): 135-161. <https://doi.org/10.1177/1937586715622006>
- Heras, G. (2017): "Humanizing health is a matter for everyone. How to humanize neurology?", *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 45: 1-2
- Hernández, J. M. y de Maya, B. (2019): "Culturas cosmopolitas del parto. Contrastando sus bases antropológicas desde una perspectiva bioética", *Acta Bioethica*, 25(2): 225-234. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2019000200225>

- (2020). *Antropología del cuidado. Del atomismo a la fenomenología*. Murcia: Editum. Ediciones de la Universidad de Murcia. <https://doi.org/10.6018/editum.2807>
- Hernández, J. M. y Echevarría, P. (2014): "La parte negada del parto institucionalizado. Explorando sus bases antropológicas", *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 69 (2): 327-348. <https://doi.org/10.3989/rdtp.2014.02.004>
- (2015): "El nacimiento hospitalario e intervencionista: un rito de paso hacia la maternidad", *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 10 (3): 401-426. <https://doi.org/10.11156/aibr.100306>
- Hernández, J. M., de Maya, B. y Echevarría, P. (2020a): "Sociología del espacio. La distribución espacial de los paritorios como cultura material de los paradigmas obstétricos inmanentes y su repercusión en términos de humanización asistencial", *Arbor. Ciencia, Cultura y Pensamiento*, 796 (196). <https://doi.org/10.3989/arbor.2020.796n2013>
- (2020b): "Etno-obstetricias hospitalarias mixtas: Redes clínicas de transición hacia el humanismo asistencial", *Cultura de los cuidados*, 24 (58). <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.58.16>
- Hernández, J. M., Echevarría, P. y Gomariz, M. J. (2016): "De reclusiones maternas y habitantes de los 'no lugares'. La gestión del acompañamiento paterno en el marco de los partos hospitalarios públicos", *Periferia. Revista de formación e investigación en antropología*, 21 (2): 80-97. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/periferia.518>
- Kant I. (1992 [1785]): *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. París: Real Sociedad Económica Matritense de amigos de París, 64.
- Kérouac, S, Pepin, J. Ducharme, F., Duquette A y Major F. (2005). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Latour, B. (2005): *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Leach, E. R. (1976): *Culture and Communication: The Logic by Which Symbols are Connected*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lordon, F. (2006): *L'Intérêt Souverain: Essai d'Anthropologie Économique Spinoziste*. París: Découverte.
- Mauss, M. (1970): *The gift: forms and functions of exchange in archaic societies*. London: Cohen & West LTD.
- Meskill, L. (2012): *The Nature of Heritage: The New South Africa*. Malden: Wiley-Blackwell.
- Miller, D. (1998): *Material Cultures: Why Some Things Matter*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ministerio de Sanidad y Política Social Español (MSPS) (2009). *Maternidad hospitalaria. Estándares y recomendaciones*. Madrid: Autor.
- Ramos-Brieva, J., González, P., Rodríguez, S., Botas, M.C., Vicente-López, O. y Cordero-Villafáfila, A. (2017): "¿Es posible humanizar la obtención de muestras de semen respetando la intimidad de los sujetos? Un estudio preliminar", *Revista de Calidad Asistencial*, 32: 116-118 <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.05.003>
- Rose, M. (2011): "Secular materialism: a critique of earthly theory", *Journal of Material Culture*, 16: 107-129. <https://doi.org/10.1177/1359183511401496>
- Saraceni G. (2007): "El cuerpo del delito. Reflexiones jurídico-filosóficas sobre el posthumanismo", en Ballesteros, J. y Fernández, E. coord: *Bioteología y Posthumanismo*: 139-152. Navarra: Aranzadi.
- Scheper-Hughes N, Lock M. M. (1987): "The mindful body: a prolegomenon to future work in Medical Anthropology", *Medical Anthropology Quarterly*, 1 (1): 6-41. <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020>
- Wagner, M. (2006). *Born in the USA: How a broken maternity system must be fixed to put women and children first*. Berkeley: University of California Press. <https://doi.org/10.1525/9780520941748>
- Zarankin, Á. (1999): "Casa tomada, sistema, poder y vivienda doméstica", en Zarankin, A y Acuto, F. eds.: *Sed Non Satiata, Teoría Social en la Arqueología Latinoamericana Contemporánea*. 239-272. Buenos Aires: Del Tridente.

Breve CV de los autores

José Manuel Hernández Garre es profesor del Área de Antropología Social de la Universidad de Murcia y doctor en Antropología Social por la misma universidad. Sus líneas de investigación están centradas en la antropología de la medicina, la antropología del arte y la historia del cuidado. Es autor de diversos libros y publicaciones en su campo.

Baldomero de Maya Sánchez es profesor del Área de Antropología Social de la Universidad de Murcia y doctor en Antropología Social por la misma universidad. Sus líneas de investigación ponen el foco en la antropología de la medicina, el folklore y la antropología de las religiones. Igualmente, es autor de diversos libros y publicaciones en su campo.