

Sociológica México, Nueva época, año 39, número 109
enero-junio de 2024, pp. 161-194
Fecha de recepción: 28/02/24. Fecha de aceptación: 26/07/24

La espera y cotidianidad, construcción social del espacio y tiempo en la sala de urgencias de un hospital

Waiting and Day-to-Day Living,
the Social Construction of Time and Space
in a Hospital Emergency Room

*Sergio Antonio Damián Sánchez Esquivel**

RESUMEN

El estudio se centra en la sala de espera de urgencias del Hospital General de Pachuca, Hidalgo, destacando en el análisis el concepto de la solidaridad mecánica que surge de las prácticas de las personas en contraste con otras áreas. Se emplean las teorías de Durkheim y Simmel, en conjunto con la investigación más reciente de Alejandro Payá acerca de hospitales. El artículo se divide en tres partes: la definición del hospital y sus sectores, con énfasis en la sala de espera de urgencias; el análisis de la espera como fenómeno sociológico, donde cada área vive su propia realidad temporal; y la reflexión sobre cómo la presencia en ese espacio modifica la vida social, considerando a familiares y el tipo ideal del buen samaritano. En este contexto, se resalta la formación de la solidaridad mecánica entre las personas. PALABRAS CLAVE: cotidianidad, espacio, hospital, sala de urgencias, solidaridad, tiempo.

* Maestrante de Sociología en Teoría y Pensamiento Sociológico en la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Azcapotzalco; becario del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (Conahcyt). Correo electrónico: <sdamian.net@gmail.com>.ORCID: <0009-0001-5878-6240>.

ABSTRACT

This study, centered on the emergency waiting room at the Pachuca, Hidalgo General Hospital Emergency Department, underlines the concept of mechanical solidarity that emerges in individuals' practices contrasted with other locations. The author uses Durkheim's and Simmel's theories together with Alejandro Paya's most recent research on hospitals. The article is divided into three parts: the lay-out of the hospital and its sectors, emphasizing the emergency waiting room; an analysis of waiting as a sociological phenomenon, in which each area experiences its own temporal reality; and a reflection about how people's presence in this space modifies social life, including relatives and the ideal Good Samaritan. In this context, the author underlines how people form mechanical solidarity.

KEY WORDS: day-to-day living, space, hospital, emergency room, solidarity, time.



INTRODUCCIÓN

El Hospital General de Pachuca se encuentra ubicado en la carretera Pachuca-Tulancingo 101, Nueva Francisco I. Madero, La Hacienda, Pachuca de Soto, Hidalgo. Sus salas de urgencias se encuentran en el lado izquierdo del hospital, sobre la Avenida de los Cerros. Al igual que otros hospitales, se divide por sectores tanto en su arquitectura como en su organización, siendo el espacio que interesa para esta investigación la sala de espera de urgencias, específicamente para saber de qué manera influye el entorno institucional en la configuración de la cotidianidad de los usuarios.

La investigación pretendía inicialmente observar la práctica médica dentro de la sala de urgencias de un hospital, buscando entrar a los quirófanos. A través del método de investigación de la etnografía, mediante la técnica de “observación no participante”, se planteó la recolección de datos. Los primeros acercamientos al campo fueron durante el mes de febrero de 2020. Mientras se hacían las solicitudes necesarias para acceder al interior de la sala, se realizó la etnografía de los lugares a los cuales se podía ingresar como transeúnte: las dos salas de espera, el estacionamiento, el área de las ambulancias de traslado y la calle. Sin embargo, para principios de marzo se empezaron a detectar los primeros casos de Sars-CoV-2 en el país. Por recomendaciones médicas oficiales, se pausó la etnografía en la sala de urgencias, pues ahí se recibían los primeros casos sospechosos. Para mediados de marzo, el estado de pandemia había sido declarado y la etnografía terminó de forma abrupta por el riesgo de contagio que implicaba. Tampoco se continuó con el intento de pasar al interior de la sala o de los quirófanos. La solicitud que se había hecho jamás fue respondida, seguramente por las medidas estrictas que implicaba una situación de emergencia.

Los datos obtenidos en la etnografía –mediante observación no participante– de la sala de espera de urgencias se utilizaron para la construcción del presente artículo. Su registro se obtuvo por medio de un diario de campo, algunas grabaciones de voz y fotografías tomadas con un iPad. Su análisis tiene como objetivo comprender el uso social de la sala de urgencias durante la espera de las personas para ser atendidas. La pregunta que se planteó responder mediante tales datos es: ¿cómo se configura la cotidianidad de los usuarios de la sala de espera de urgencias del Hospital General de Pachuca? La hipótesis es que la cotidianidad de los usuarios de la sala de espera de urgencias del Hospital General de Pachuca se configura a través de interacciones sociales y normas compartidas que no tienen necesariamente su origen en prescripciones por parte del hospital.

El procesamiento de los datos se realizó utilizando un enfoque basado en la teoría sociológica clásica, con el objetivo de codificar y categorizar la información en conceptos más complejos. El análisis se llevó a cabo mediante un proceso de inducción analítica que permitió examinar las situaciones y prácticas sociales observadas en la sala de espera. Este enfoque facilitó la identificación de patrones recurrentes y la saturación de los datos, resultando en un relato etnográfico descriptivo de la cotidianidad de la sala de espera, cuyo análisis se convirtió en el presente artículo. Posteriormente, se realizó una interpretación basada en conceptos estructurantes del fenómeno para comprender en profundidad la dinámica del entorno institucional. Para finalizar, se utilizó una situación específica que funcionó como la excepción que confirma la regla, permitiendo la tipificación de las distintas formas de espera en la cotidianidad del lugar.

Lo anterior implica analizar la espera (tiempo) y la cotidianidad de la sala de urgencias (espacio) como un hecho social, reglamentado moralmente. El uso de categorías sociológicas sobre la observación etnográfica de situaciones, actividades, formas de apropiación del espacio, el habla y las acciones referidas a otros permite comprender el sentido que se otorga a la realidad durante la espera. Se destacan, por último, las acciones típicas que ocurren en las interacciones y que, una vez identificadas, se clasifican en una tipología de la cotidianidad de la sala de espera del Hospital General de Pachuca.

Este análisis se opone a los modelos racionalista/funcionalista típicos de la sociología de las organizaciones. En contraposición, sigue la tradición en la cual las organizaciones deben comprenderse como sistemas de negociación continua. No se trata de formaciones estructuradas por reglas unívocas donde las acciones se realizan por pura prescripción y sin ninguna intervención por parte del yo del actor, sino de un proceso recíproco de definición que se extiende a lo largo del tiempo y el espacio (Joas, 1990). Así, se evita caer en una mala interpretación del orden social que no considera la negociación, tal como lo menciona Hans Joas. La investigación

se realizó con una perspectiva analítica socioantropológica basada en los estudios realizados por el sociólogo Víctor Payá sobre instituciones, específicamente en los que se centran en hospitales. Además, se utilizaron conceptos sociológicos provenientes de la teoría de Émile Durkheim, (2019) y Georg Simmel, (2016) para reflexionar y comprender las salas de urgencias del Hospital General de Pachuca.¹

Es posible que, en un primer momento, el fenómeno de la espera no cause interés en aquellas personas que han pasado horas en este lugar, ni en los mismos científicos sociales o estudiantes de las diferentes ciencias sociales. Sin embargo, el artículo también tiene la intención de mostrar que, a pesar de lo “cotidiano”, lo monótono e insignificante que las circunstancias de este fenómeno puedan parecer, en realidad es una manifestación sociológica que, al ser explicada mediante conceptos, de simple no tiene nada. La reproducción de la cotidianidad algunas veces oculta dinámicas de control social que son naturalizadas en la repetición, de ahí la importancia del análisis desde una perspectiva sociológica.

HOSPITAL

La práctica médica en el Hospital General de Pachuca es similar a la de otros hospitales generales. Tal como mencionan Payá y Bracamonte (2019), los hospitales tienen su propia dinámica y una serie de acciones protocolarias normativas. Además, presentan una división de acuerdo a sus funciones con rutinas propias, las cuales abarcan tanto procedimientos como actividades informales que muchas veces llegan a de-

¹ Los principales interesados en una investigación de este tipo tal vez sean aquellas personas que han estudiado alguna ciencia social, principalmente sociología, y en especial quienes cursan esta disciplina, pues se trata sobre todo de un ejercicio de aplicación de las teorías de dos autores clásicos para la misma. Ello resulta significativo, pues se les saca del ambiente escolar en el que generalmente están inmersos para llevarlos a otro con la finalidad de un uso crítico de los conceptos para que avancen más allá de limitarse a teorizar “a calzador”.

terminarla, imponiéndose sobre aquellas acciones normativas que se espera predominen en el funcionamiento de los hospitales.

Su dinámica se constituye de un ambiente en el cual la vocación del servicio centrado en el paciente se enseña a través de valores supremos propios de la medicina mediante la disciplina de procesos ordenados (Patiño Restrepo, 2006). Bien se pueden relacionar estas prácticas con el concepto de institución de Durkheim. Sobre estas últimas, Durkheim dice: “nos dominan, nos imponen creencias o prácticas”, aclarando que “actúan sobre nosotros desde afuera”, aquellas “maneras colectivas de actuar o pensar” se caracterizan porque “son cosas que tienen una existencia propia”. Si bien “no hay duda de que el individuo participa en su formación [...] es preciso que varios individuos por lo menos hayan combinado su acción”, resultando en algo nuevo y teniendo como “efecto el de fijar [...] fuera de nosotros ciertas maneras de obrar y ciertos juicios que no dependen de cada voluntad particular tomada aparte” (Durkheim, 2019: 60-61).

Los hospitales son una institución en el sentido sociológico de la palabra, tanto en sus orígenes como en sus implicaciones. Por ello, se considera a la medicina como una fuente de conocimientos acerca del arte de curar, la cual se ha desarrollado junto con las teorías y costumbres populares refrendadas por prácticas milenarias. Henry E. Sigerist realizó una historia –e indirectamente una sociología– de la medicina, en la que, en los años treinta, hablaba de la necesidad de la intervención del Estado en la asistencia médica, una propuesta compatible con la visión de los médicos liberales de esa época, quienes pensaban que los servicios médicos podían y debían ser más eficientes al estar racionalmente organizados (Beldarraín, 2002).

Otros trabajos acerca del desarrollo histórico del hospital occidental mencionan cómo, en el denominado “tercer periodo” –por influencia social, el progreso de la medicina y todo el conocimiento en el área que se tenía hasta el momento–, se

logró el establecimiento de saberes médicos. Con ello se logró legitimar la figura del médico y la del hospital como una institución. Así, durante el siglo XIX y hasta el XX, el hospital pasó de ser un sitio al cual la gente iba a morir, a convertirse en una institución que se asemeja bastante más a la que es ahora, un lugar al que acuden pacientes en busca de recuperación de su salud.²

Payá y Bracamonte (2019) mencionan que los hospitales se clasifican por servicios y especialidades, estas últimas pueden ser por algún tipo de enfermedad, un órgano del cuerpo o una condición (de edad o estado de salud). En un hospital general existen diversas especialidades, por lo que la atención que el personal médico brinda a los pacientes es canalizada a través de los servicios con los que cuenta. Algunos de ellos se distinguen por la especialidad. Los servicios conforman la propia organización de la institución de una manera íntegra; es un lugar donde se busca la atención de las condiciones y estados que el cuerpo enfermo padece, materializando, en sintonía, lo mencionado anteriormente:

El modo como nace cada uno forma parte de la historia de la medicina, de una genealogía cuyas vetas muy lejanas han dado forma, poco a poco, a fuerza de ensayo y error [...], a los modelos de atención especializada que dejan visibles sus huellas en el funcionamiento actual de los hospitales (Payá y Bracamonte, 2019: 30).

En el caso del Hospital General de Pachuca, cuenta con dos salas de urgencias de acuerdo con la división del espacio del propio hospital: la primera se ubica a un lado de donde llegan las ambulancias durante el día, en un horario de las 06:00 a las 20:00 horas, en el que se recibe únicamente a mujeres embarazadas; por la noche, se convierte en el único acceso a urgencias en todo el hospital. En esta sala se demanda el servicio de urgencias durante la noche y madrugada. Quienes esperan noticias sobre algún familiar, es decir, que acompañan a algún familiar que ingresa o se encuentra

² Ver Alonso y Menezes (2012) y Patiño Restrepo (2006).

en el servicio de urgencias, durante toda la noche deben acceder por la misma. La segunda sala recibe durante el día a cualquier paciente que requiera del servicio de urgencias; cuenta con una sala más amplia donde los familiares esperan información acerca del estado o condición de salud de la persona que fue ingresada. En la sala se integran también los pacientes que aguardan para ser recibidos.

El servicio de urgencias del Hospital General de Pachuca, al igual que en otros hospitales, “es un servicio que administra sus tiempos y recursos: lo prioritario es atendido y lo secundario puede esperar” (Payá y Bracamonte, 2019: 35). En ese sentido, en el General de Pachuca, al lado izquierdo de la entrada al servicio de urgencias hay una lona que dice: “TRIAGE: ¿En cuánto tiempo me atenderán?”, que más abajo muestra una clasificación, en colores, de los tiempos de espera:

- 1) No urgencia, color azul, una espera de más de 3 horas, son aquellas condiciones que pueden ser agudas, que no comprometen el estado general del paciente y no representan riesgo evidente.
- 2) Urgencia menor, color verde, una espera de hasta 120 minutos, son aquellos pacientes con condiciones estables que pueden progresar hacia una emergencia, con molestias que interfieren en la vida cotidiana, con posible sangrado leve o dolor moderado.
- 3) Urgencia mayor, color amarillo, una espera de hasta 15 minutos, son aquellos pacientes que pueden respirar por sí mismos, pero tienen algún problema que amenaza la vida o pueden causar la pérdida de una extremidad u órgano.
- 4) Emergencia, color rojo, de atención inmediata, aquellos en condiciones que amenazan la vida (dificultad respiratoria severa, estados de inconsciencia, ausencia de signos vitales o convulsiones), requiriendo intervención médica inmediata.

Al final, se declara que lo secundario puede esperar con la siguiente frase que se lee: “El tiempo de espera para la atención de cada paciente dependerá estrictamente de la gravedad de su padecimiento y no de su hora de llegada”.

Estar en el hospital implica entrar en un tiempo que pertenece a la institución. Lo mismo ocurre con el servicio de urgencias al “seleccionar a los pacientes graves que atenderá primero; el resto queda a la deriva del tiempo, momentáneamente abandonados: son pacientes que dormitan o están con la mirada perdida en la sala de espera” (Payá y Bracamonte, 2019: 35). El hospital está dividido en servicios y especialidades. Es el reconocimiento institucional de que en su interior se viven una variedad de situaciones y distintas realidades en un mismo lugar. También en congruencia con los planteamientos de los autores, aquellas distintas realidades “no [sólo] se relacionan con la división técnica del trabajo médico especializado” (Payá y Bracamonte, 2019: 36). Las actividades e interacciones que se tienen son parte de protocolos normativos institucionales y, muchas veces, de actividades informales, consideradas como eventualidades, que se imponen sobre las primeras. Por ello, “todas aquellas actividades informales que se consideran eventualidades aparentemente sin importancia, que derivan de la dinámica de los grupos [...] [también son parte del] espíritu de la institución” (Payá y Bracamonte, 2019: 28).

ESPERA Y VIDA COTIDIANA

El análisis de la espera como un hecho social implica la caracterización de las reglas morales correspondientes. Lo curioso de este fenómeno es que pertenece a hechos sociales de tipo tanto inmaterial como material, en el sentido durkheimiano. A los primeros, ya que las reglas morales ordenan, por pertenecer a la conciencia colectiva de una sociedad, la vida cotidiana (Durkheim, 1982) de los familiares que esperan en

urgencias. Sus manifestaciones de un hecho social de tipo material se dan en la arquitectura y los objetos. La espera en las bancas lleva a darles distintos usos: acomodar objetos, dormir en ellas, buscar la forma de que brinden confort a los malestares del cuerpo, comer en ellas. Las bancas hacen suya la resignación, pero no sólo este objeto, las calles, las banquetas, el suelo y otros objetos pertenecientes a quienes se enfrentan a esta situación, en la cual “esperando, genera abyección, obliga a vivir la derrota por adelantado” (Payá y Bracamonte, 2019: 53). Las bancas son la materialización de la obligatoriedad de la situación que ahí se vive.

Los tiempos de espera particularmente largos no ocurren únicamente porque esa sea la cotidianidad. Ciertos análisis sociológicos de estos periodos extensos de tiempo perdido dentro de instituciones estatales, como un hospital general, han encontrado que son formas de comunicar a los pobres que su tiempo y su valor son inferiores al tiempo y al valor de los demás (Auyero, 2012: 21). El trabajo de Auyero nos permite ver cómo funcionan los efectos del poder en la espera. La dominación se ejerce al ceder al poder de los demás y se experimenta como un tiempo de espera, ya sea con esperanza o frustración; siempre se está rendido ante una autoridad. Es un hecho social tan recurrente que incluso es una de las formas en que el Estado crea determinados tipos de subjetividades (Auyero, 2012: 4, 6). El propio Auyero utiliza los análisis de Pierre Bourdieu sobre la espera, recordando que la menciona como una de las formas privilegiadas para experimentar los efectos del poder. Precisamente un estudio de los comportamientos asociados con el ejercicio del poder sobre el tiempo de otras personas debería considerar la figura del paciente en el universo médico como el lugar por excelencia de la espera ansiosa e impotente, no sólo como una demostración de los efectos del poder, sino como el resultado de procesos de dominación que han establecido la espera como el orden normal de las cosas para los pobres, como si fuera normal e inevitable, por lo cual debe ser analizado sociológicamente (Auyero, 2012: 15, 25-26, 155).

“Los sentidos colectivos del tiempo están profundamente entrelazados tanto con el funcionamiento de la dominación social como con la resistencia a ella. El tiempo es un lugar importante tanto de conflicto como de aquiescencia”³ (Auyero, 2012: 27). Dicha formulación nos lleva a considerar como principal regla moral en la sala de espera de urgencias, de manera muy general y siguiendo a Durkheim, el ser solidario con el otro. No debe olvidarse que al hablar de las reglas morales y distinguirlas de las penales, las primeras generalmente son variables, pues debido a su naturaleza indecisa resulta complicado encontrar u otorgarles una fórmula definida (Durkheim, 1982). Sin embargo, resulta complicado afirmar en qué forma, modo o intensidad se es solidario.⁴ Además, bien puede ocurrir que no se respete dicha reglamentación moral, tal como se analiza más adelante; sin embargo, esto no implica que la reglamentación no exista. El hecho social “existe independientemente de las formas individuales que adopta al difundirse” (Durkheim, 2019: 71).

Las personas que están en la sala de espera, en una condición de cohesión, actúan por semejanza, de la cual “resulta una solidaridad *sui generis* que, nacida de semejanzas, liga directamente al individuo a la sociedad [a la cual] nos proponemos llamarla mecánica” (Durkheim, 1982: 124). En las sociedades cuya solidaridad es mecánica el contenido de los valores que comparten es “esencialmente religioso. La religión funciona en estas sociedades como *fundamento último de legitimidad*, penetrando todas las esferas de la vida social [...] todo lo social reviste un carácter religioso” (Vázquez,

³ “Collective time senses are deeply intertwined with both the workings of and resistance to social domination. Time is an important locus of both conflict and acquiescence”. Traducción propia.

⁴ Estas ideas se encuentran desarrolladas en la siguiente sección. Con base en el trabajo de campo registrado en un diario y con descripciones de algunas partes de los audios, videos y fotografías tomadas durante el mismo, se menciona cómo se “observaron” dichas reglas morales, el por qué ciertas formas de actuar son consideradas aquí como una manifestación de las mismas, y que además nos permiten hablar de distintos tipos de “buen samaritano” que se encontraron durante la investigación de campo.

2008: 147). En esa semejanza todas las personas que esperan en urgencias, como sociedad, comparten además un mismo estado afectivo. Al parecer la muerte algo inminente, surge la *piacularidad* y con ella sus ritos;⁵ resaltando que “una desgracia común tiene los mismos efectos que la proximidad de un acontecimiento afortunado: aviva los sentimientos colectivos que, por consiguiente, inclinan a los individuos a buscarse y a acercarse” (Durkheim, 2012: 445).

Es una situación de desgracia común, pero no en el sentido de una sola gran desgracia que afecte directamente a todos. Es diferente a una situación de desamparo en la que una sociedad enfrenta un riesgo para su existencia colectiva, como en el caso de hambrunas totales o parciales, o tiempos de epidemia (Durkheim, 2012), que dan origen a los ritos *piaculares*. En lugar de eso, se trata de un grupo que comparte una misma situación de angustia o tristeza debido a las condiciones y estados del cuerpo enfermo, ya sea el propio o el de un familiar. Una parte constitutiva de esta desgracia común es la espera obligada en el hospital, que se experimenta como una resignación y sometimiento al poder del personal médico cuando la atención no llega con la rapidez esperada. El dolor corporal no se reconoce como una urgencia prioritaria, y cualquier situación externa al hospital, como responsabilidades laborales, familiares o económicas, es ignorada y carece de legitimidad en un espacio donde lo único que importa es salvar vidas.

Por lo anterior, es comprensible que “el vínculo social, en cualquier sociedad, se sustenta en el reconocimiento de la limitación y la necesidad mutua” (Haba y Santamaría, 2004:

⁵ Recordemos que para Durkheim los ritos *piaculares* son “fiestas tristes cuyo objeto es o bien enfrentarse a una calamidad o simplemente recordarla o deplorarla. [...] Proponemos llamar *piaculares* a las ceremonias de este tipo. Efectivamente, el término de *piaculum* tiene la ventaja de que al tiempo que evoca la idea de expiación tiene no obstante una significación mucho más amplia. Cualquier desgracia, todo lo que sea de mal augurio, todo lo que inspire sentimientos de angustia o de temor necesita un *piaculum* y por consiguiente se le llama *piacular*. La palabra parece por tanto muy apropiada para designar ritos que se celebran en la inquietud o en la tristeza” (Durkheim, 2012: 435).

132). En la sala de espera de urgencias este vínculo se construye a través de la semejanza entre las personas. Esta similitud en la experiencia de espera y sufrimiento crea una solidaridad que no sólo involucra a quienes se ven directamente afectados por la enfermedad de un familiar, sino también a aquellos que, aunque no afectados de manera personal, sienten una presión moral para alinear sus sentimientos con la situación general. Tal como señala Durkheim, “la sociedad entera ejerce sobre sus miembros una presión moral para que pongan sus sentimientos en sintonía con la situación” (Durkheim, 2012: 445).

Hasta ahora, se ha considerado la vida cotidiana en la sala de espera, es decir, la propia acción o situación de esperar, como un hecho social cuya organización se realiza mediante una reglamentación moral y manifestaciones materiales. El compartir reglas morales que forman parte de una conciencia colectiva y el respeto de estas reglas por parte de los miembros de la sociedad generan una solidaridad mecánica, basada en la semejanza entre los individuos.

A. *TIEMPO*

Se ha mencionado que el Hospital General de Pachuca es una institución con un tiempo propio, dividida en servicios y especialidades. En su interior existen distintas realidades, de las cuales cada una funciona con un ritmo particular. Tal como ejemplifican Payá y Bracamonte (2019) a lo largo de su libro, el tiempo que se vive en enfermería difiere de otros tiempos del hospital, como el de trabajo social, y ambos son completamente distintos de la manera en que se percibe cuando se está en el quirófano, en terapia intensiva o en urgencias. Además, los autores dan cuenta sobre lo importante que es el tiempo durante la formación del médico, quien debe encarnarlo en su cuerpo, acostumbrándolo a comer, ir al baño o dormir según los ritmos del hospital. La espera misma es un uso del tiempo. Algo característico del hospital es que “el

tiempo de espera en las salas, el que se vive hospitalizado y el de la intervención quirúrgica no son equiparables” (Payá y Bracamonte, 2019: 98). El interés reside en la espera del familiar, “el tiempo de la imposibilidad, de la desesperación y el enojo en contra de la institución, del equipo médico o las divinidades que invoca” (Payá y Bracamonte 2019: 100).

El tiempo obliga a quien espera a aceptar la realidad, la imposibilidad de moverse hasta que la situación cambie, teniendo que encontrar un lugar para permanecer. Durante el trabajo de campo realizado se observaron los distintos usos que se dan a las bancas en la sala de espera de urgencias del Hospital General de Pachuca. En una ocasión una familia estaba comiendo, sentada en las últimas bancas de la sala, y utilizaban el respaldo de las grandes bancas metálicas como mesa para poner sus platos, vasos, tortillas y los envases de yogur donde guardaban la comida. También es común ver dentro o cerca de la sala alguna carretilla o carrito que vende papas, chicharrones, dulces y/o cigarros, siendo los familiares algunos de sus clientes más constantes. Además de la ocasional llegada de personas a la sala para regalar comida a quien se acerca a ellas y posteriormente hacer una oración en conjunto.

Hay quienes, tras encontrar un sitio para sentarse, toman su celular y están enviando mensajes, haciendo o recibiendo llamadas constantes, o simplemente navegan en las redes sociales. Otros revisan y/u ordenan los papeles que llevan en folders o carpetas, pues estos son necesarios para realizar algún tipo de trámite dentro del hospital. También hay quienes hablan con otras personas en la sala de urgencias, por ejemplo, sobre la manera en que ocurrió el incidente en automóvil por el que están ahí. También charlan acerca de los documentos o cosas que hacen falta, como donadores de sangre que el hospital requiere; hablan de lugares donde venden comida cerca del hospital; hay quienes consuelan a algún miembro de la familia; o incluso extraños que empiezan a hablar entre sí de las razones por las cuales están ahí; preguntan

algún tipo de información o si han dicho el nombre de cierta persona mientras se ausentaron; usan como excusa algún suceso que acaba de ocurrir que les facilita un tema de conversación o simplemente intentan mantener una plática para pasar el tiempo y darse ánimos.

Por otra parte, también duermen en la sala, por lo que van preparados con algunas cobijas, que usan para taparse y/o cubrir la banca para hacerla más cómoda y dormir en ella; quienes no llevan cobijas utilizan grandes pedazos de cartón para taparse o improvisar una cama sobre las bancas. En ambos casos se trata de personas heridas, enfermas o familiares, que duermen sentados, recargados en el respaldo de la banca, las paredes o en el cuerpo de otros. Mientras los niños intentan pasar la espera jugando, corren, saltan, gritan y se arrastran con algún juguete que llevan o en compañía de otros niños.

Estas pequeñas descripciones muestran el uso del tiempo de las personas mientras esperan una noticia o instrucción, las cuales, generalmente, llegan por parte de alguna de las enfermeras cuando gritan el nombre, empezando por apellidos, del paciente. Así, cuando las personas se percatan de la salida de alguna enfermera, guardan silencio para distinguir el nombre que dice. No hay duda de que el tiempo en la sala de espera es completamente distinto al de otros servicios o especialidades. Mientras la espera es un tiempo de imposibilidad, el médico en el quirófano no puede darse el lujo de esperar. Esto último nuevamente constata que existen distintas realidades en el hospital, las cuales no se limitan a la división del trabajo médico en la institución.

B. ESPACIO

Los efectos sobre el espacio y el tiempo, así como las relaciones sociales que se desarrollan en estos contextos, se reflejan en la organización y materialidad de los espacios. Esta dinámica puede perpetuar o modificar la estratificación social

existente. Siguiendo a Georg Simmel, quien señala que el espacio es “una forma que en sí misma no produce efecto alguno” (2016: 932), se enfatiza que son las estructuras sociales y las relaciones de poder las que, en última instancia, configuran sus características y usos. Así, el espacio se revela como una categoría relacional y esencialmente sociológica.

Lo anterior nos permite entender que las personas no son solidarias simplemente por estar en el hospital como una institución material, sino que la solidaridad se origina en la reglamentación moral construida históricamente en torno a dicha institución, cuya raíz se encuentra en la sociedad misma. La solidaridad se debe a la naturaleza coercitiva de las normas sociales que determinan cómo debe ser la vida cotidiana de quienes esperan en la sala de urgencias. De este modo, la espera, un hecho social inmaterial de carácter durkheimiano, está reglamentada moralmente y es parte integral del hospital como institución.

La espera, como hecho social material, perpetúa un orden establecido mediante formas de dominación que se disfrazan de rutina y cotidianidad. Por ejemplo, la infraestructura del hospital podría ser distinta; en lugar de bancas, podría haber sillones y mesas, lo que permitiría a las personas realizar actividades como comer o firmar papeles mientras esperan. Esto refleja cómo la normalización de los largos tiempos de espera lleva a las personas a resignarse y terminar aceptando las condiciones impuestas, sin cuestionar las estructuras subyacentes que mantienen esta situación.

Entonces el espacio no es más que la respuesta a “dónde” ocurre la sociedad, pues es “la acción recíproca [la que] convierte el espacio, antes vacío, en algo, en un lleno para nosotros, ya que hace posible dicha relación” (Simmel, 2016: 934). Posterior a esto, podemos utilizar la explicación de Simmel (2016) sobre las formaciones de la vida social, y cómo el espacio les imprime cuatro cualidades fundamentales del mismo:

1. La exclusividad del espacio implica que cada persona ocupa una parte específica que no puede ser compartida, lo que resalta su individualidad en una estructura aparentemente uniforme.
2. La parcelación del espacio y la definición de sus límites facilitan su aprovechamiento, creando un mundo con normas propias definidas por los habitantes a través de sus interacciones mutuas.
3. La fijación de los contenidos del espacio se refiere a la identificación de objetos de interés, en torno a los cuales se forman relaciones y acciones recíprocas.
4. La proximidad y la distancia entre personas con relación mutua en el espacio influyen en la cohesión, basada en intereses, energías o sentimientos compartidos; las asociaciones varían según el contacto espacial o la separación.

Las cualidades fundamentales del espacio descritas por Simmel (2016) se reflejan en la vida social del hospital. La exclusividad del espacio se manifiesta, por ejemplo, cuando se reservan bancas con objetos para indicar que están ocupadas, señalando que el espacio no puede ser compartido. Aunque burocráticamente el hospital trata a todos los pacientes por igual, sería incorrecto considerarlos como una unidad homogénea. Esta exclusividad también se observa en la división del hospital en secciones, donde cada servicio y especialidad ocupa una parte del espacio que no puede ser compartida. A pesar de la apariencia homogénea de la arquitectura, en realidad hay una variedad de servicios y realidades distintas. “El hecho de que cada uno de ellos ocupe una parte del espacio, en la cual no puede coincidir con el otro, hace que sean varios, a pesar de ser indiferenciables por su estructura” (Simmel, 2016: 935).

La parcelación del espacio en la sala de espera, determinada por las interacciones entre las personas, permite un uso variado del lugar. Esta parcelación crea un mundo con normas propias, como reglas morales y una solidaridad basada en similitudes, que organizan a los individuos. Aunque la figura del buen samaritano, que se discutirá más adelante, no surge directamente de la parcelación del espacio, sino de las acciones de las personas dentro de él, la parcelación existe porque las personas actúan de esa manera. “El límite no es un hecho espacial con efectos sociológicos, sino un hecho sociológico con una forma espacial” (Simmel, 2016: 943).

La fijación de los contenidos del espacio ocurre cuando un “objeto de interés produce determinadas formas de relación que se agrupan en torno de dicho objeto [...] constituyen un punto de rotación estable de relaciones y acciones recíprocas variables” (Simmel, 2016: 954). Aunque las áreas de especialidad pueden desempeñar este papel, otros objetos, como las camas y las bancas, también son cruciales. Payá y Bracamonte (2019: 54) destacan que estos muebles “integran acciones dentro del espacio hospitalario; son instrumentos de organización y control del paciente y sus familiares que quedan adheridos en un tiempo y un espacio de inmovilidad, somnolencia y penumbra”.

El orden en la sala de espera no sólo obedece a reglas morales, sino también a la disposición de los objetos. El tiempo de inmovilidad se pasa en las bancas, realizando actividades como comer, buscar papeles, usar el teléfono o redes sociales. En las bancas, banquetas y el suelo, las personas se rinden ante la somnolencia, acompañadas de una cobija, pedazos de cartón o sólo con la ropa que llevaban al llegar; a veces acostadas o sentadas. La penumbra se aligera cuando llegan buenas noticias o cuando otros ofrecen comida y café. Estos objetos y espacios facilitan la interacción y el manejo del tiempo de espera.

La proximidad y la distancia en el espacio influyen en las relaciones entre las personas. Según Simmel (2016), la igual-

dad en intereses, energías o sentimientos fomenta la unión y establece relaciones, las cuales varían con la distancia espacial. Esta cualidad se asemeja a la solidaridad mecánica descrita por Durkheim (1982), que surge de las semejanzas entre individuos.

Desde una perspectiva sociológica, se puede analizar cómo los sentimientos compartidos por quienes esperan en la sala de urgencias se reflejan en el espacio, tal como advertía Simmel sobre la expresión espacial de los hechos sociológicos. La “banquidad” de la situación refleja una rendición ante la espera; sentarse en una banca simboliza la aceptación de la realidad y la resignación. Como señala Dyer (2010: 154), “las bancas [...] han hecho suya la resignación, las largas secuelas que la frustración y la impaciencia dejan a su paso, de todos los que se han sentado ahí, anhelando marcharse, forzados a conformarse con una espera”.

Quien espera en la sala de urgencias comparte no únicamente el tiempo con quienes se sentaron antes, sino que está rodeado por otras bancas ocupadas por personas en una situación similar. A diferencia de una parada de autobús, aquí la resignación se acompaña de la esperanza de recibir buenas noticias. La relación entre los presentes se establece no sólo temporalmente, sino también espacial y emocionalmente, lo que puede fomentar una solidaridad al reconocer sus semejanzas.

“Quedarse en las bancas, en la calle, sentado en la banqueta o en el suelo, esperando, genera abyección; obliga a vivir la derrota por adelantado” (Payá y Bracamonte, 2019: 53). Esta derrota, que se manifiesta temporal y espacialmente en la espera, es parte de la cotidianidad del lugar. Las reglas morales, al ser coercitivas, reducen este sufrimiento y fomentan la solidaridad, tanto entre quienes esperan como hacia personas externas, promoviendo comportamientos de buenos samaritanos.

Para finalizar, el hospital, y en particular su sala de espera, es un no-lugar. Cumple con las características que menciona

Marc Augé, pues “no puede definirse ni como espacio de identidad ni como relacional ni como histórico” (Augé, 2008: 83). Sin embargo, se debe considerar que esta categoría tiene algunas particularidades. Primero, hay que recordar que éste “no existe bajo una forma pura” (Augé, 2008: 84). Por esta razón, aunque todo hospital podría ser un no-lugar, no debe olvidarse que “el lugar y el no-lugar son más bien polaridades falsas: el primero nunca queda completamente borrado y el segundo no se cumple nunca completamente” (Augé, 2008: 84).

Hay personas para quienes este espacio se significa como un espacio de identidad, relacional e histórico; un ejemplo claro de ello son los médicos, enfermeras y cualquier otro trabajador del sector salud. Bajo esta lógica, el área que mejor cumple con las condiciones del no-lugar sería la sala de espera de urgencias. Particularmente, sería un no-lugar en relación con fines no tan alentadores como los de transporte, comercio y ocio, en los cuales Augé centra su análisis. Pero cumple con otras características que Augé describe, como formas de interpelación respecto al correcto uso de los mismos, interacción con personas morales e instituciones, el sentimiento de ser un espectador sin posibilidad de participación en los acontecimientos, donde las personas sólo son lo que hacen, en este caso pacientes, además de usuarios con una identidad compartida a raíz de la semejanza de una situación de desgracia (Augé, 2008: 91, 99-100, 104, 106).

Sin embargo, esta resignificación del espacio no es exclusiva de quienes trabajan en él. La noción de habitar de Ángela Giglia permite analizar otra de las cualidades de este fenómeno que lo hacen tan sociológicamente interesante. Para esta definición, la autora se aleja de la definición convencional de habitar como sinónimo de sentirse amparado y propone entenderla como una relación de los seres humanos con presencia en un lugar que genera un proceso de establecimiento y reconocimiento de un orden (relaciones relativamente estables) como resultado de la cultura. Esto implica una articulación entre un sujeto, el espacio y una relación con sus semejantes

(Giglia, 2022). En ese sentido, quienes esperan en la sala de urgencias habitan ese espacio, lo cual se demuestra por el simple hecho de que tienen la capacidad de orientarse en dicho espacio y de “reconocer los usos y significados que ese espacio tiene para otros” (Giglia, 2022: 43). La noción de habitar reconoce dinámicas de uso del espacio propias de un lugar antropológico en un no-lugar, algo que sin ella no sería posible. Esto no contradice los planteamientos de Augé, ya que lugar y no-lugar no son una dicotomía rígida ni están definidos en términos mutuamente excluyentes.

Es aquí donde los no lugares, típicos productos de la época contemporánea [...] pueden ser releídos y resignificados desde la práctica incesante del habitar como proceso de ordenamiento del mundo. Todos aquellos que conocemos nuestro supermercado o nuestro aeropuerto preferido, sabemos que los no lugares pueden ser espacios intensamente habitados, en los cuales, aunque estemos de paso y en soledad, sabemos ubicarnos reconociendo uno de los órdenes posibles, esto es, ese “principio de inteligibilidad” que sería propio del “lugar antropológico” (Giglia, 2022: 54).

El conjunto de relaciones inteligibles, relativamente predecibles y no aleatorias que se da entre un cierto número de elementos espaciales (Giglia, 2022: 44) en la sala de espera de urgencias es producido por quienes esperan y habitan ese lugar. Sin embargo, no sólo se producen relaciones sociales constantes en el espacio de la sala de espera. Si el Estado es capaz de producir cierto tipo de sujetos al obligarlos a esperar (Auyero, 2012), esos sujetos desarrollan un *habitus* propio. Este *habitus*, que incluye “gestos con los que ordenamos el espacio en el que establecemos nuestra presencia, constituyen un conjunto de prácticas no reflexivas” (Giglia, 2022: 45). Las reglas morales anteriormente mencionadas contribuyen a la elaboración y reproducción de dicho *habitus*, pues, como menciona la autora, “puede tratarse de reglas escritas o no, lo importante es que se trate de reglas que los usuarios de ese espacio reconocen explícita o implícitamente” (Giglia, 2022: 45).

Así, en sintonía con los planteamientos de Giglia, el *habitus* espacial permitirá a quienes esperan reconocer el orden que les rodea. Esto revela una nueva cualidad del espacio: nos ordena además de dejarse ordenar (Giglia, 2022). La propuesta de *habitus* como cultura de habitar que Giglia plantea resulta tanto pertinente como esclarecedora, ya que nos facilita entender que su función (como la de cualquier *habitus*) radica en que “nos pone en nuestro lugar, imponiéndonos ciertas reglas de uso que tienen que ver no sólo y no tanto con constricciones de tipo material, sino más bien de tipo social” (Giglia, 2022: 46).

BUEN SAMARITANO

Para comprender el orden moral descrito hasta ahora, se recurre a la construcción de pequeños tipos ideales en el sentido weberiano del término. Este instrumento teórico-metodológico posibilita comparar casos empíricos de relaciones e interacciones frente a un modelo racionalmente construido. Para esta construcción se ha utilizado una definición existente asociada con la manera en que se expresa este tipo de relaciones: la religiosa.

La expresión “buen samaritano” tiene un origen etimológico en la religión católica, específicamente en la “parábola del buen samaritano”, una de las parábolas más conocidas de Jesús, la cual se relata en el Evangelio de Lucas, capítulo 10, versículos 29 al 37: un samaritano, a pesar de las rivalidades con los judíos, muestra compasión y ayuda a un hombre herido en el camino de Jerusalén a Jericó. La historia desafía las expectativas sociales de la época, subrayando el valor de la misericordia y la ayuda al prójimo más allá de las diferencias. Así, el “buen samaritano” se ha convertido en un símbolo universal de la ayuda desinteresada, trascendiendo las barreras religiosas y culturales. En este contexto, se utiliza para referirse a las personas que actúan con bon-

dad y solidaridad mientras otros esperan en la sala de urgencias del hospital, aclarando que no se trata de una tipología de personas, sino de acciones en torno al espacio físico del hospital.

Recordando que la espera y la vida cotidiana en el hospital constituyen un hecho social inmaterial que se organiza según sus propias reglas morales, es importante destacar que estas reglas, por ser de naturaleza indefinida, no poseen una forma precisa. En el contexto hospitalario, la principal regla moral consiste en ser solidario con los demás. Sin embargo, aún no se ha especificado en qué forma ni con qué intensidad debe manifestarse esta solidaridad.

Algunos aspectos mencionados sobre la solidaridad indican que, al surgir de las semejanzas entre quienes esperan y del reconocimiento de la situación de desgracia o piacular, se trata de una solidaridad de tipo mecánica. Este apartado se centra en la exposición y comprensión de cómo esta forma de solidaridad fue observada durante el trabajo de campo a través de la figura del buen samaritano, la cual es parte de la cotidianidad y también constituye una de las realidades instituidas dentro del hospital, integrándose en la estructura social y cultural del mismo.

Algo constante en la observación y la descripción de los hechos en la sala de espera fue la ayuda que se brindan las personas. Algunas veces ofrecían quitar sus cosas para dejar un lugar libre para que otra persona se sentara; otras, prestaban sus cobijas; incluso cuando una persona se enteraba de que su espera había finalizado, antes de irse dejaba algo que pudiese servir a los demás. Para analizar estas acciones de buen samaritano se considera que algunos de estos regalos que se hacen pueden ser entendidos sociológicamente como los dones de los que Marcel Mauss nos habla en su *Ensayo sobre el don*, mientras otros son un culto positivo similar a los que describe Durkheim en *Las formas elementales de la vida religiosa*.

A. DEVOLVER POR HABER RECIBIDO

Las personas que llegan entre la tarde y la noche (más o menos a las horas de la comida y cena, respectivamente) a ofrecer y regalar comida a quienes permanecen en la sala, mencionan que lo hacen porque ellas, en algún momento, recibieron este apoyo de manera similar por lo que se sienten en la necesidad de hacer lo mismo, ayudar a otras personas que lo requieren o que se encuentran en una situación semejante en la que ellas fueron apoyadas. Por otra parte, están las acciones de personas que al cambiar su situación y haber finalizado su espera, abandonan el lugar no sin antes ofrecer, en algunas ocasiones, lo que tenían a los demás.

Lo último bien puede interpretarse como que sentían la obligación de dar o devolver un regalo, ya sea por la semejanza de la situación que habían experimentado (Durkheim, 1982) y que hasta hacía unos momentos compartían o por el reconocimiento de una proximidad sensible (Simmel, 2016) que les hizo ver las necesidades que tenían otras personas, por ejemplo, de comida y calor. De una u otra forma, la sociedad y sus procesos provocan que las personas sean solidarias. Hay que subrayar que esto se vuelve parte de la cotidianidad en la sala de espera de urgencias. Dos formas de coerción social a favor de la solidaridad en esta situación ya han sido desarrolladas; sin embargo, aún falta explicar algunos aspectos de una tercera manera de solidaridad: “La regla *do ut des* [te doy para que me des], mediante la cual a veces se ha definido el principio del sacrificio, [...] no hace sino traducir de manera explícita el mecanismo mismo del sistema sacrificial y más generalmente de todo el culto positivo” (Durkheim, 1982: 395).

En ese sentido, se puede comprender el dar como parte de un culto positivo. Sin embargo, dicha acción no siempre se realiza esperando recibir algo a cambio, ni de la otra persona ni de una deidad religiosa; esto a pesar de que desde esta perspectiva la explicación de esta relación, al interior del hos-

pital, sí se explica de esta manera. Pero, de hecho, las acciones del buen samaritano no podrían caracterizarse solamente por esto o perderían de cierta forma su fundamento. Así, más que un “te doy para que me des”, el buen samaritano llega a sentir la obligación de dar porque en algún momento él recibió algo, no sería para obtener algo, sino para devolver algo que ya se ha obtenido. En ese sentido, algunas de las acciones del buen samaritano se analizan mediante los dos tipos de dones de los que habla Mauss (1979), específicamente: el polinesio y el melanesio.

B. ENGANCHE RELIGIOSO

Es importante tener en mente una breve descripción de algunos acontecimientos constantes en la sala de espera. Algunos días, durante la tarde, cerca de la hora de la comida, o durante la noche, cerca de la hora de la cena, llegaron personas en automóvil, sacaron una mesa, manteles, cajas, desechables y un garrafón. Tras acomodar todas las cosas, comenzaron a ofrecer café y algo de comer a quienes se acercaban y pedían. Lo hacían después de explicar que eran parte de la comunidad de una iglesia y, en algunos casos específicos, mencionaron a cuál pertenecían. Cuando la fila de personas que se formaba para recibir los alimentos se terminó, los miembros de la iglesia pedían a los presentes que participaran en una oración conjunta. Esta oración consistía en pedir salud para quienes se hallaban en el hospital, que “Dios, a través de los médicos, cure a los familiares” de los pacientes, y en “bendecir la mano de los médicos” (dicho por los presentes durante la etnografía). Antes de comenzar la oración, añadían que aquellas personas que esperaban con especial interés por pedir por alguien levantarán la mano para que un miembro de la iglesia se acercara a ellas y pidieran juntas por el familiar mientras se realizaba la oración conjunta.

La razón por la cual este tipo de regalo se considera una forma de enganche religioso es que se asemeja bastante al don polinesio, en el cual existe una obligación absoluta de devolver lo recibido, formando un sistema de regalos contractuales (Mauss, 1979). Así, las personas que reciben comida o incluso una oración para un familiar podrían desarrollar un sentimiento de obligación de devolver lo que se les dio. Por ello, es posible que, al finalizar su espera, se interesen en retribuir la comida o el milagro recibido, acercándose a la iglesia que les ofreció ayuda. Tal como lo explicaron algunas de las personas provenientes de comunidades religiosas para ayudar en la sala de urgencias, al dirigirse a quienes estaban esperando.

Sin embargo, algo interesante es que implica que en el fondo hay una regla de “te doy para que me des” más que una acción de buen samaritano pura, pues un objetivo sería hacer crecer la comunidad religiosa. Paralelamente, se genera, en la persona que recibe un don de tipo polinesio, la obligación de pagarlo ya sea con la comunidad religiosa que les dio su don, con otra comunidad o por su cuenta. Lo que interesa destacar es precisamente que este hecho permite comprender que, si ocurre, es debido precisamente por la obligación que provocó el recibir el alimento y las palabras de consuelo. De esta manera el tipo ideal del buen samaritano ayuda a comprender, al compararlo y ver la cercanía de dos acciones, en qué se parecen y en qué se diferencian al enganche religioso, una acción de buen samaritano más cercana a un culto positivo, de la acción del buen samaritano desinteresada, pero con obligaciones del don polinesio.

C. SACRIFICIOS Y PROMESAS

Otras de las situaciones observadas en relación con el tipo ideal del buen samaritano fueron, por una parte, la ayuda que se daban entre sí las personas sin participación de alguna comunidad religiosa; y por otra, las promesas que se cumplían a través de otras acciones en la sala.

Para ejemplificar, sobre las primeras, a continuación se describe de manera resumida y simplificada una escena bastante parecida a la de la comunidad religiosa que llegaba a dar comida a quien la requiriera. Las personas en esta ocasión también llegaron en coche y lo estacionaron frente a la segunda sala de urgencias del hospital. Después de esto, varios integrantes del grupo entraron a la sala y explicaron que estaban ahí para ofrecerles un pequeño plato, comida y algo de beber a quien lo necesitara, por lo que cualquier persona podía salir y acercarse a la mesa para recibir la comida.

Al conversar con las personas que se acercaban a recibir la comida, mencionaron que estaban ahí simplemente para ayudar sin pertenecer a una comunidad religiosa. Otros decían que en algún momento habían pasado por una situación similar y sabían de las dificultades que algunas personas pueden pasar durante la espera, e incluso en algunas ocasiones debido a que algún familiar suyo estaba en ese momento en el servicio de urgencias y tenían la posibilidad y ganas de ayudar a otros con quienes compartían una situación semejante.

Para su análisis, éstos se definirán como un don de tipo melanesio, ya que, en lugar de partir de la idea de crear un sistema contractual mediante regalos, se centra más en el acto de recibir y devolver, es decir: “Los que hoy son donatarios, al siguiente momento son donantes” (Mauss, 1979: 181), tal como se ha descrito brevemente en lo sucedido en el hospital. Las personas que, en este caso, regalan la comida son aquellas que previamente recibieron algo; así, la obligación nacida de esa recepción se transforma en un compromiso o promesa de que eventualmente serán ellos quienes donen. Se debe advertir que esto no implica que todas las personas que brindan ayuda hayan estado previamente en una situación semejante a la de quienes ayudan, ni que todas las personas que reciben ayuda devolverán el don. El hecho social, tal como explica Durkheim (2019), existe independientemente de sus manifestaciones individuales. Ade-

más, el tipo ideal del buen samaritano no existe en la realidad; como señala Weber (2002), esta herramienta no es más que una abstracción racionalmente construida para comprender el sentido de la acción.

Incluso el hecho de que haya personas que ayuden y participen en estos regalos sin nunca haberlos recibido, no hace más que acercarse al tipo ideal del buen samaritano en el sentido más puro, sin ponerlo en cuestión, es decir, una persona que sin esperar nada a cambio es bueno con el prójimo. Un efecto similar ocurre con acciones completamente contrarias, aquellas en las que las personas no actúan como buenos samaritanos, como precisamente se explicará en la siguiente sección.

Por último, cuando una persona sobrevive gracias al trabajo médico, los pacientes, tanto quienes esperan en la sala como quienes han recibido atención médica, tienden a definirlo como un milagro, un regalo de una deidad por el cual se debe pagar al hospital. Esto puede observarse empíricamente en el mismo espacio. Si se presta atención al lugar y se realiza un análisis, se debe añadir que, en general, los hospitales presentan similitudes entre sí. El Hospital General de Pachuca, por ejemplo, tiene una capilla llena de flores que expresan el agradecimiento y afecto de las personas hacia las deidades católicas. En esa capilla hay una figura de gran tamaño de San Charbel, adornada con un listón blanco, utilizado tradicionalmente en señal de agradecimiento por algún milagro. Esta figura tiene grabado lo siguiente: “En agradecimiento por el milagro otorgado a la familia Vera Oropeza”. Además, Payá y Bracamonte (2019) mencionan que una moneda de cambio común en los hospitales, especialmente en los públicos, es la sangre solicitada a los familiares por varios donadores; sin embargo, acciones como dejar flores y santos también pueden ser consideradas un tipo de pago a las deidades y a las personas que se acercan a estos espacios para pedir por sus familiares, o incluso como un agradecimiento indirecto al hospital.

D. ENGAÑO

Si bien ser solidario y actuar como buen samaritano en algunos casos es parte del orden moral de la sala de espera, como cualquier otro hecho social, tiene la posibilidad de ser coercitivo (Durkheim, 2019). Además, el tipo de relaciones que se tienen en un lugar no deriva del espacio, sino que las relaciones son las que construyen el tipo de espacio en el que se está (Simmel, 2016). Por lo tanto, no es ajeno ver situaciones en las que el orden moral no se cumpla, tal como Durkheim advertía al decir que éstas existen “independientemente de las formas individuales que adopta al difundirse” (Durkheim, 2019: 71). Un ejemplo de una situación así será analizado a continuación.

Bien puede haber casos en que las personas que reciben algún don no puedan o no quieran devolverlo; en el mismo sentido, puede haber quienes no actúen en sintonía con las emociones de los demás, no sean solidarios y no sigan las reglas morales que hay en la sala de espera. Un ejemplo sencillo de esto es un niño que está gritando en la sala, sin respetar el hecho de que todos hablan más bajo de lo normal como una forma de respeto al otro. Sin embargo, puede haber individuos que rompen completamente con el orden moral de la sala de espera del hospital, y esto es lo que interesa para esta última parte.

Durante el trabajo de campo se observó un fenómeno inusual en la sala de espera de urgencias. En una ocasión, por la noche llegó un hombre a la sala de urgencias y comenzó a hablar en voz alta para obtener la atención de todos los presentes, quienes en general estaban platicando mientras comían tacos y bebían el café que otras personas les acababan de regalar. Hablaba relativamente alto, pero había momentos en que su voz era débil o se cortaba debido a que estaba llorando. Jamás pidió nada, sólo se acercó a decirles que su hermana acababa de sufrir una cesárea y que su hijo había muerto, que venían del estado de Guadalajara y que él no

tenía dinero ni para dar de alta a su hermana del hospital ni para regresar de vuelta. Tras unos minutos de dar detalles de su situación, les preguntó si podía acompañarlos en la sala, ya que no tenía ningún lugar a donde ir; para ese momento ya estaba llorando mucho más que al principio y un pie le temblaba. Tras todo esto, una mujer se acercó, le dio un abrazo al hombre, mientras le decía que todo estaría bien y ponía algo en su mano; acto que fue seguido por todos, así que todos se pararon, algunos incluso lo abrazaron y le ofrecieron palabras de consuelo. Pero lo importante es que quienes se acercaron a él, al reconocer la situación de necesidad que les había narrado, le dieron dinero. Una pareja, que hasta hacía unos momentos la esposa consolaba a su esposo mientras hablaban de lo difícil de su propia situación, decidió acercarse y dar setecientos pesos al hombre.

Tras recibir el dinero, él agradeció reiteradamente. Posteriormente, dijo que debía ir a realizar un trámite dentro del hospital, pero que en un momento regresaría para hacerse compañía mutua. Él desapareció rápidamente, un poco más tranquilo de lo que estaba al llegar. Mientras tanto, uno de los guardias llegó a la sala buscando a alguien; los pacientes de la sala le preguntaron a quién buscaba y por qué. Éste respondió que buscaba a un tipo que andaba pidiendo dinero, y la razón es que se trataba de un estafador. Al parecer, dicha persona y otras habían estado apareciendo recientemente en el Hospital General de Pachuca mintiendo respecto a que tenían familiares en el hospital, con algunos falsos papeles y fotografías de pacientes, para conseguir que las personas les dieran dinero y luego se iban.

Este suceso es interesante porque demuestra la existencia de reglas morales en la sala de espera, pues alguien puede romper dicho orden al no seguirlas e incluso usarlas para sus propios fines. Esa persona se aprovechó de la situación, los sentimientos y la apariencia de quienes estaban ahí; de la solidaridad del grupo obtuvo un beneficio económico para sí mismo. Sin embargo, el hecho no debe verse como algo trá-

gico, ya tras la desaparición del mismo, además de advertir a la sociedad sobre personas que pueden realizar otro tipo de acciones en la cotidianidad de la espera de las cuales deben desconfiar, también dio un tema común a todos y de cierta manera los acercó más.

Las personas ya no sólo platican con quienes lo hacían antes del suceso, sino que empiezan a notar a los demás a su alrededor y hablan con ellos; sobre todo entre quienes fueron estafados, pues su semejanza ya no sólo se basa en compartir un mismo espacio mientras esperan y una situación trágica debido a que algún familiar se encuentra en el servicio de urgencias. Ahora comparten esta situación: fueron engañados. A pesar de que la estafa logró romper por un momento el orden moral del lugar para que alguien obtuviera un beneficio, difícilmente un acontecimiento así ocurre por primera o última vez, y tampoco logra cambiar demasiado el hecho social de la espera que se ha comprendido a lo largo del trabajo. Tras la partida del estafador, las personas comienzan a hablar, las semejanzas se hacen notar y la solidaridad vuelve a surgir. La cotidianidad, los usos sociales del espacio y tiempo en la sala de urgencias del Hospital General de Pachuca vuelven a ser como eran antes de la llegada de quien atentó contra el orden moral.

A MANERA DE CONCLUSIONES

La espera es un hecho social tanto inmaterial como material durkheimiano; por lo tanto, cualquiera de las cosas que suceden es, en gran parte, porque así se ha construido socialmente. Si algo le podría caracterizar es que genera una solidaridad mecánica en la sociedad que acontece en dicho espacio, con reglas morales que la ordenan. En ese sentido, la espera o cotidianidad está conformada por dos partes que se ven afectadas por lo social: el espacio y el tiempo. Sobre el primero, se comprendió la manera en que el espacio imprime ciertas de sus características en las relaciones sociales que en él se desarrollan; sin embargo, está lejos de determinar el uso que

se le da al mismo, aunque sí puede ser utilizado para reproducir formas de dominación y naturalizar ciertas condiciones que en realidad provienen de la estratificación social. A su vez, son las personas las que se apropian de un espacio para determinar qué tipos de relaciones se tendrán de ahora en adelante en él. Acerca del segundo, se comprende cómo es posible que existan distintos tiempos dentro de una institución con diferentes ritmos sociales.

Las reglas morales que ordenan la espera de los pacientes, especialmente aquellas que reconocen el sufrimiento y una situación de particularidad a través de la semejanza y que establecen que se debe actuar como buen samaritano, son algunas de las obligaciones simbólicas que se forman en el proceso. De la misma manera, se establecen obligaciones materiales de distinta índole, desde la materialidad que impone el resignarse a una espera incómoda, hasta el sufrimiento bajo la dominación del tiempo por parte de la institución y la adecuación a sus ritmos. También existen obligaciones recíprocas materiales que recuerdan a los dones descritos por Marcel Mauss. Resulta pertinente hablar de estas prácticas como consecuencia y, a su vez, principio generador de un *habitus* que surge del reconocimiento de reglas y normas mientras se habita el espacio de la sala de urgencias.

Podría identificarse a las prácticas surgidas del establecimiento de una sociedad con solidaridad mecánica como una de las formas que tiene para resistir y hacer frente a la dominación y poder ejercidos por la institución o sus integrantes. Hecho que si bien puede pasar inadvertido al parecer simple cotidianidad, en algunas otras ocasiones los pacientes son conscientes y aconsejan una espera calmada, no responder o confrontar a los médicos o enfermeras y acatar las indicaciones, pues de no hacerlo existe la sensación de que se podría esperar más. No es extraño que en una situación así las personas busquen reconfortar a otros con palabras y consejos o incluso intenten ser solidarios de alguna manera, como las que fueron analizadas.

Se utilizó el tipo ideal de buen samaritano y, en contraposición, las acciones del estafador para comprobar la existencia de una reglamentación moral y explicar la manera en que dichas reglas ordenan la realidad de quienes esperan en la sala, siendo solidarios con otros, ofreciendo o recibiendo regalos. Por último, se comprobó que la división por áreas del Hospital General de Pachuca no corresponde únicamente a organización y estructura/arquitectura, manifestándose en sus servicios y especialidades las distintas realidades de cada una de estas secciones que han ido instituyéndose históricamente. Tal división del hospital ocurre en gran parte por las interacciones que se tienen en ciertos espacios. Por lo tanto, se considera a la cotidianidad y banalidad de la sala de espera del servicio de urgencias una parte del espíritu de la institución de un hospital.

REFERENCIAS

- ALONSO, Juan Pedro y Rachel Aisengart Menezes (2012). "Variaciones sobre el 'buen morir'. Un análisis comparativo de la gestión del final de la vida en cuidados paliativos en Argentina y Brasil", *Intersecciones en Antropología* 13 (2): 461-472. Disponible en: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179525429011>>.
- AUGÉ, Marc (2008). *Los no lugares*. México: Gedisa.
- AUYERO, Javier (2012). *Patients of the State. The Politics of Waiting in Argentina*. Durham: Duke University Press.
- BELDARRAÍN Chaple, Enrique (2002). "Henry E. Sigerist y la medicina social occidental", *Revista Cubana de Salud Pública* 28 (1): 62-70. Disponible en: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21428107>>.
- DURKHEIM, Émile (1982). *La división del trabajo social*. España: Akal Editor.
- DURKHEIM, Émile (2012). *Las formas elementales de la vida religiosa. El sistema totémico en Australia (y otros escritos sobre religión y conocimiento)*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.

- DURKHEIM, Émile (2019). *Las reglas del método sociológico y otros ensayos de metodología*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- DYER, Geoff (2010). *El momento interminable de la fotografía*. México: Serieve.
- GIGLIA, Ángela (2022). "Culturas del habitar y espacios urbanos". En Á, compilado por Adriana Aguayo y Antonio Ziri-rón, 37-59. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- HABA, Juan de la y Enrique Santamaría (2004). "De la distancia y la hospitalidad: consideraciones sobre la razón espacial", *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social* 5: 124-134. Disponible en: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53700507>>.
- JOAS, Hans (1990). "Interaccionismo simbólico". En *La teoría social hoy*, editado por Anthony Giddens, 112-154. Ciudad de México: Alianza Editorial.
- MAUSS, Marcel (1979). *Sociología y antropología*. Madrid: Editorial Tecnos.
- PATIÑO Restrepo, José Félix (2006). "El hospital, una institución social única", *Revista Colombiana de Cirugía* 21 (4): 204-207. Disponible en: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=355534474001>>.
- PAYÁ, Víctor Alejandro y Pedro Alberto Bracamonte (coords.) (2019). *Hombres y mujeres de blanco. Un estudio socioantropológico de un hospital de urgencias médicas*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Juan Pablos Editor.
- SIMMEL, Georg (2016). *Sociología. Estudios sobre las formas de socialización*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- VÁZQUEZ, Juan Pablo (2008). *Autoridad moral y autonomía: una relectura del pensamiento sociológico de Émile Durkheim*. Ciudad de México: Universidad Iberoamericana, Biblioteca Francisco Xavier Clavigero.
- WEBER, Max (2002). *Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.