



Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto

Oriol Romaní (ed.)



MEDICAL
ANTHROPOLOGY
RESEARCH
CENTER

Colección Antropología Mèdica

1. *Migraciones y salud*, varios autores
Josep M. Comelles, Xavier Allué, Mariola Bernal,
José Fernández-Rufete, Laura Mascarella (comps.)
2. *Antropología y enfermería*, varios autores
Maria Antonia Martorell, Josep M. Comelles,
Mariola Bernal (eds.)
3. *Medicina, màgia i religió*, W. H. R. Rivers
Àngel Martínez Hernández (ed.), Chris Scott-Tennent (coord.)
4. *Of Bodies and Symptoms*, varios autores
Sylvie Fainzang et Claudie Haxaire (ed.)
5. *Mejor dejarlo tranquilo*, Rimke van der Geest
Lourdes Márquez Blázquez (trad.)
6. *Tro ressonant*, Paul Radin (ed.)
Àngel Martínez Hernández (ed. cat.)
7. *Alimentación, salud y cultura: encuentros interdisciplinarios*, varios autores
Mabel Gracia-Arnaiz (ed.)
8. *Nasci na família errada*, Cristina Larrea Killinger
9. *Pobres joves grassos. Obesitat i itineraris juvenils a Catalunya*
Mabel Gracia-Arnaiz (ed.)
10. *Mujeres (in)visibles: género, alimentación y salud en comunidades rurales de Oaxaca*
Sara Pérez-Gil Romo y Mabel Gracia-Arnaiz (ed.)
11. *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria*
Àngel Martínez-Hernández, Lina Masa, Susan M. DiGiacomo (eds.)

Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto

Coordinación de
Oriol Romaní



Tarragona, 2013

Edita:
Publicacions URV

1.ª edición: Diciembre de 2013
ISBN: 978-84-695-9175-8
Depósito legal: T-1551-2013

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili
Av. Catalunya, 35 - 43002 Tarragona
Tel. 977 558 474
www.publicacionsurv.cat
publicacions@urv.cat

El blog de la colección:
<http://librosantropologiamedica.blogspot.com/>

Consejo editorial:
Xavier Allué (URV)
Josep Canals (UB)
Josep M. Comelles (URV)
Susan DiGiacomo (URV)
Mabel Gracia (URV)
Àngel Martínez Hernaez (URV)
Enrique Perdiguero (UMH)
Oriol Romaní (URV)

Il·lustració de la coberta: Edwaert Collier,
Trompre l'oeil amb materials d'escriptura, 1702.

Esta obra está bajo una licencia Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported de Creative Commons. Para ver una copia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> o envíe una carta a Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California 94105, USA.

¶ Esta editorial es miembro de la Xarxa Vives y de la UNE, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional.

SUMARIO

Presentación.....	7
<i>Oriol Romaní</i>	
I. ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS Y TÉCNICOS	19
El planteamiento de una epidemiología sociocultural: principios cardinales y modelos de aplicación	21
<i>Jesús Armando Haro</i>	
Usos y desusos del método etnográfico. Las limitaciones de las narrativas en el campo de la salud	43
<i>Susana Ramírez Hita</i>	
Técnicas cualitativas y epidemiología	65
<i>Joan Guix Oliver</i>	
II. DISTINTAS EXPERIENCIAS DE INVESTIGACIÓN	77
Evaluando el sistema de alcantarillado. La experiencia de líderes y vecinos sobre una intervención de saneamiento ambiental	79
<i>Cristina Larrea Killinger</i>	
Trabajo de campo en comunidades virtuales <i>pro self-harm</i>	113
<i>Lina Cristina Casadó i Marín</i>	
Presuntos implicados: el etnógrafo paciente	143
<i>Marta Allué</i>	
Historias padecidas. Narrativa y antropología médica.....	161
<i>Sara García López, Hilda E. Argüello Avendaño</i>	
III. EL HOSPITAL, TODO UN MUNDO	189
Antropólogas en bata blanca: praxis y problemas del trabajo etnográfico en hospitales	191
<i>Beatriz Tosal Herrero, Serena Brigidi, Inma Hurtado</i>	
Un antropólogo en la consulta hospitalaria.....	213
<i>Rubén Muñoz Martínez</i>	
¿Doctores o gestores? La identidad profesional dual del mando intermedio en dos hospitales catalanes	239
<i>Rosalía Cascón-Pereira</i>	

PRESENTACIÓN

Oriol Romaní

Universitat Rovira i Virgili

El libro que aquí presentamos es en gran medida fruto del VII Coloquio de la Red de Antropología Médica (REDAM), que se celebró en el Campus Catalunya de la URV, en Tarragona, los días 5 y 6 de junio de 2007. Con todo, como suele suceder en estas ocasiones, «no están todos los que son ni son todos los que están», ya que bastantes de las ponencias que entonces se presentaron no figuran finalmente en este libro, y por lo menos un par de capítulos son aportaciones que no se hicieron en aquel coloquio. Además, desde el momento en que el Consejo Editorial de la Colección de Antropología Médica de Publicacions URV me encargó la preparación de este libro, tuve claro que no se trataba de la publicación de unas actas, sino de otra cosa; así, los criterios de edición, de ordenamiento de los distintos capítulos, etc., son específicos para esta publicación, que tiene la pretensión de convertirse en una herramienta útil para avanzar en la temática propuesta.

Y es que el asunto lo merece. Necesitamos todavía darle bastantes vueltas a algo que es una realidad que requeriría cierta sistematización, como es el hecho de que en el campo sociosanitario nos encontremos con un uso cada vez mayor de metodologías o técnicas cualitativas de investigación, por parte de profesiones médicas, medicina de familia, epidemiología y enfermería principalmente, para superar las limitaciones de las técnicas cuantitativas. A ello habría que añadir la existencia de cursos permanentes y especializaciones de técnicas cualitativas dentro de enseñanzas de ciencias de la salud pensadas y desarrolladas bajo el paradigma hegemónico de la biomedicina.

Estas aproximaciones, que en principio se podrían valorar como algo positivo, desde las ciencias sociales que se han especializado en el ámbito de la salud y la enfermedad, como la antropología médica o la sociología de la salud, se ven en muchas ocasiones como ejercicios, cuando menos, contradictorios y carentes del rigor metodológico, teórico y epistemológico que las ciencias sociales han ido ganando

en estos últimos años. En estos casos, parece que los profesionales mencionados se limiten a utilizar de manera descontextualizada un conjunto de herramientas o, según su lenguaje, una serie de técnicas como las entrevistas, los grupos de discusión o incluso la observación —muchas veces confundida con la etnografía—, sin unas bases teóricas suficientemente sólidas que les permitan ese ejercicio de distanciamiento que es condición indispensable para alcanzar la capacidad analítica de someter a crítica dicho uso y problematizar teóricamente los resultados de sus investigaciones.

Si bien es cierto que algunos investigadores han intentado realizar metaanálisis o introducir metodologías de evaluación, su dependencia, casi nunca puesta en cuestión, de los métodos de validación de las ciencias experimentales, ha conducido, en general, a resultados poco satisfactorios. Parece como si bastara con la legitimación que puede dar el ejercicio de una difusa psicología social empírica —en lo que consistiría el mencionado uso de técnicas cualitativas—, cuando está claro que una cosa puede ser dicha legitimidad, y otra muy distinta conseguir que en nuestras investigaciones haya por lo menos cierta coherencia con la complejidad de las realidades que abordamos, incluyendo la de las relaciones del investigador con dicha realidad, para tener la capacidad de comprenderla mejor.

Pero esto no es todo. En ocasiones, esta —podríamos decir— trivialización de las llamadas técnicas cualitativas también se puede encontrar entre algunos practicantes de las ciencias sociales, lo cual es sin duda más grave, por lo menos en lo que respecta a inconsecuencia teórica y epistemológica. Seguramente esto va ligado al prestigio que lo cualitativo ha ido adquiriendo en el campo sociosanitario, y a las exigencias de resultados rápidos en sectores de investigación desarrollados en estos últimos años, donde las ciencias sociales han tenido un importante papel, como los programas de salud comunitaria de la cooperación internacional, el VIH-sida o las drogas. En efecto, las aproximaciones cualitativas cuentan con un prestigio basado en su capacidad para hacer emerger aspectos estratégicos de los procesos de la realidad que se han mostrado muy útiles para una intervención más efectiva en campos como los mencionados. Pero también es cierto que la coincidencia de intereses entre determinadas ONG y empresas del tercer sector que trabajan en estos ámbitos, que van buscando sus espacios de profesionalización —y, por desgracia, cada vez más

también las universidades sometidas al imperio de la «productividad»—, con distintas administraciones —desde el ámbito local hasta el internacional— que quieren saber muchas cosas en poco tiempo y por poco dinero, ha propiciado cierto «cualitativismo», que, de manera sinérgica con el procedente de las profesiones sociosanitarias citado más arriba, acaba caracterizando un conjunto de investigaciones «impresionistas» que, en todo caso, se quedan en el primer estadio de lo que debería ser un posterior trabajo riguroso y sistemático.

No creo que esta situación constituya un problema cuando se explicita que se trata de eso, de un *survey* o de una primera aproximación que nos orientará para posteriores desarrollos de investigación más específicos. Las condiciones políticas en que se tienen que desarrollar las investigaciones de tipo sociocultural, por lo menos en nuestro país, muchas veces no dan para más. Pero una cosa es eso —y reconocerlo ya es un elemento significativo de nuestro trabajo científico—, y otra muy distinta es intentar dar gato por liebre o contentarse con esta situación, sin problematizarla desde un punto de vista teórico que, entre otros aspectos, debería incluir el de los condicionantes políticos de las investigaciones que llevamos a cabo en un campo tan crítico como el de la salud. De esta manera sabríamos cuándo estamos haciendo una cosa —como son ciertas aproximaciones rápidas a un objeto de estudio— que tiene un alcance limitado, u otra cosa distinta, como lo que hasta hace pocos años se había entendido siempre que se hablaba de investigaciones cualitativas: etnografía y trabajo de campo antropológico en el sentido clásico del término.

Sea como fuere, la importancia y la necesidad cada vez más sentida por distintos sectores implicados en el campo de la salud de desarrollar este tipo de metodologías, hace que sea muy pertinente plantearse una autocrítica de los respectivos campos de las ciencias sociales y biomédicas de la salud. Que desde el campo de la antropología médica se reivindique una práctica antropológica *tout court* no significa que no haya que superar ciertos corsés disciplinarios, ideológicos o narrativos que a veces producen textos de las ciencias sociales un tanto crípticos y difícilmente comprensibles para los profesionales sanitarios. A su vez, los profesionales sanitarios preocupados por estas cuestiones, es decir, aquellos que han reflexionado de alguna manera sobre su experiencia, deben comprender que este barniz de experiencia no es suficiente para un uso productivo de las

metodologías cualitativas, para lo cual se requiere una significativa formación en ciencias sociales.

Un repaso de las publicaciones sanitarias sobre metodologías cualitativas pone en evidencia —y en este caso, por desgracia, no solo en nuestro país, a pesar de que aparecen indicios de cambio en la situación— una constante confusión entre técnicas y metodologías, además de un uso teóricamente incongruente de técnicas cualitativas en marcos teóricos y metodológicos que corresponden a diseños de investigación cuantitativa de matriz positivista. La abundante presencia en estas investigaciones de términos como «etnografía», «cultura», «identidad» o «género», por ejemplo, no quiere decir, en muchos casos, que se asuman las implicaciones teóricas que debería suponer el uso de estos conceptos.

De hecho, hablar de técnicas cualitativas ya debería ponernos sobre aviso de que algo no acaba de cuadrar; quiero decir que parece que nos estamos refiriendo a una misma categoría de construcciones como el de técnicas cuantitativas, con sus diseños estandarizados para ser aplicados universalmente. Seguramente sería mucho más adecuado, como ya se ha propuesto algunas veces, hablar de prácticas de investigación cualitativa, que tienen una dimensión fenomenológica inexcusable que las relaciona directamente con las personas concernidas por las situaciones que se quieren estudiar. Para referirnos a los aspectos antes mencionados, hay que subrayar que un uso teóricamente coherente de la etnografía exige un replanteamiento epistemológico que obliga a superar algunas de las bases de los paradigmas positivistas, como la separación sujeto-objeto, pues esto implica la necesidad de realizar un seguimiento sistemático de los complejos procesos en que viven los sujetos con que se trabaja, recogiendo todo tipo de datos materiales y simbólicos. Aunque al final deberemos procesarlos todos desde un punto de vista racional, pues estamos hablando de un trabajo científico, no hay duda de que algunos los captaremos a través de la sensibilidad, lo que implica la capacidad de gestionar las relaciones entre las distintas subjetividades —incluyendo aquí la del propio investigador, que es el principal instrumento con el que contamos en la etnografía—, así como las del conjunto de estas con los procesos más amplios de tipo estructural. Es por ello que, de manera coherente con este planteamiento, se uti-

liza un tipo de análisis inductivo en el que se da una realimentación continua entre el trabajo de campo y la producción teórica.

Si he realizado este pequeño apunte con respecto a la etnografía es para ofrecer una ligera idea del hecho de que los requerimientos teóricos de las prácticas cualitativas de investigación social son mucho más complejos y sofisticados que los usos de diseños estandarizados en las técnicas cuantitativas, que, por otro lado, cualquier antropólogo —y no digamos ya otros científicos sociales— debería conocer para poder moverse en el mundo de la investigación. Pero esto solo sería totalmente insuficiente: lo que nos exige el análisis de un campo tan complejo como el de los procesos de salud, enfermedad y atención es la colaboración entre las distintas perspectivas teórico-metodológicas y el establecimiento de consensos que nos permitan profundizar en su conocimiento y transformación.

Como decía al inicio de esta presentación, la pretensión de este libro es convertirse en una herramienta útil precisamente para este debate tan necesario, y que seguramente permanecerá abierto durante largo tiempo. Para ello, hemos ordenado las aportaciones de los distintos autores en tres grandes bloques: en el primero, se entra de lleno en esta discusión global acerca de los alcances y los límites de la antropología médica y de su colaboración con las metodologías cuantitativas en el campo de la salud, en especial con la epidemiología; en el segundo, se analizan distintas experiencias de investigación, con especial énfasis en sus aspectos metodológicos; y en el tercero, como no podía ser de otra manera tratándose de los sistemas de salud de nuestras sociedades contemporáneas, se plantea la problemática que aquí nos ocupa en el seno de una de sus instituciones principales: el hospital.

El primer capítulo, de Jesús Armando Haro, titulado «El planteamiento de una epidemiología sociocultural: principios cardinales y modelos de aplicación», desarrolla la crítica a la epidemiología convencional a partir de su ineficacia para resolver la morbilidad relacionada sobre todo con una serie de dolencias y enfermedades características de las sociedades contemporáneas (enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas, adicciones, accidentes, violencias, etc.), a causa de su reduccionismo biológico y conductual individual, en detrimento del rol causal de lo político, lo socioambiental y lo sociocultural, lo que relaciona también con su dependencia de la industria de la

salud. Propuestas principales para superar esta situación serían, desde finales de la década de 1970, la elaboración de la Salud Colectiva de Brasil y, desde inicios de los años noventa, los desarrollos de la antropología médica, sobre todo «latina», que propugnan la elaboración de una epidemiología sociocultural, contemplando ambas la colaboración sistemática, cuando no algún tipo de integración de distintas disciplinas para la resolución de problemas concretos y en las que lo social debe ser entendido «[...] como algo mucho mayor que la aglomeración de individuos, comprendiendo la relevancia del nivel relacional, donde lo cultural y lo político poseen fuerte influencia en la forja de lo psíquico impactando a su vez el ámbito de lo biológico» (p. 31). También coinciden en la necesidad de aprender a articular los hallazgos biomédicos, epidemiológicos y etnográficos, y saber pasar de la interdisciplinariedad a la transdisciplinariedad según objetos de estudio específicos, sin olvidar dos aspectos clave como son la integración del conocimiento local, así como de las experiencias participativas y de investigación-acción.

En el segundo capítulo, de Susana Ramírez, bajo el título de «Usos y desusos del método etnográfico. Las limitaciones de las narrativas en el campo de la salud», la autora nos plantea lo preocupante que es, en relación con la fiabilidad de los datos y con sus usos posteriores, la proliferación de las «etnografías rápidas», más condicionadas por las necesidades institucionales que por la lógica del propio método etnográfico, por más que sitúen la cultura como un elemento central de los programas y evaluaciones en salud. Hay que problematizar teóricamente cómo se investiga; y en este sentido la relación con el otro que implica una etnografía, en el sentido riguroso del término en cuanto a tiempo y espacio se refiere, es la base para el compromiso del investigador con la población estudiada, lo que produce unos datos más fiables que permiten plantear unos cambios acordes con los intereses de estas poblaciones. El problema es que las mismas universidades no solo tienen carencias en la formación para el trabajo de campo, sino que están sometidas a los intereses de los organismos financiadores, que muchas veces no coinciden con los de las poblaciones estudiadas. En definitiva, reivindica una práctica etnográfica digna de tal nombre porque «aquel que vio, escuchó, escribió e interactuó sobre la realidad que narra, por último intenta repercutir en el ámbito social, académico y político» (p. 55).

Para finalizar este primer apartado, el capítulo de Joan Guix sobre «Técnicas cualitativas y epidemiología» se centra de manera más estricta en la complementariedad que debería existir entre las metodologías cuantitativas, propias de la epidemiología convencional (que debería respondernos a *quién tiene qué, cuándo, dónde y por qué*), con las de tipo cualitativo, idóneas para investigar los aspectos socioculturales, pues «salud y enfermedad no tan solo corresponden a concepciones biológicas y plenamente objetivas. Son fenómenos sociales, con una base biológica ciertamente, pero con un importante *constructo* de tipo social y cultural, sin el cual son imposibles de comprender ni de estudiar» (p. 67). Esto se ha vuelto inexcusable con la transición epidemiológica, cuando las enfermedades predominantes (de tipo crónico y degenerativo) exigen indagar en su multicausalidad, al mismo tiempo biológica, social, económica y cultural, por lo que el camino a seguir sería el de etnoepidemiología (*epidemiología mestiza*), combinando metodologías cualitativas y cuantitativas en las distintas etapas de todo estudio epidemiológico.

El segundo bloque del libro se inicia con el capítulo de Cristina Larrea «Evaluando el sistema de alcantarillado. La experiencia de líderes y vecinos sobre una intervención de saneamiento ambiental», donde veremos reflejados varios de los aspectos discutidos en los capítulos anteriores. Reflexiona a partir de las investigaciones que pretendían conocer tanto los significados socioculturales que para las poblaciones de dos barrios de Salvador de Bahía (Brasil) tenían las operaciones de saneamiento ambiental, como el impacto local de la nueva política global del Estado de Bahía en la que se enmarcaban dichas operaciones, tendentes a la mejora de los índices de salud y a la transformación de las infraestructuras urbanas para estimular la inversión y el turismo. La evaluación cualitativa desarrollada a través de la etnografía permite comparar los discursos de las instituciones y de las poblaciones afectadas acerca de estos procesos, analizar los conflictos entre los líderes vecinales y otros vecinos, las relaciones existentes entre la falta de mantenimiento de unas obras a medio hacer y los cambios de percepción de los vecinos en función de que ello les afectara más o menos directamente, la falta de confianza en las autoridades políticas, etc. En definitiva, la complejidad de los procesos que articulan las percepciones sobre la higiene y la salud en un medio precario con las prácticas sociales de los distintos grupos

implicados solo pueden captarse a través de una evaluación basada en una etnografía intensiva y colaborativa de larga duración, que sitúe dichos procesos en el marco de las relaciones de poder en torno a la reproducción social.

A continuación, el capítulo de Lina Casadó, «Trabajo de campo en comunidades virtuales pro-*self-harm*», nos introduce en una nueva dimensión de las metodologías cualitativas como es la del ciberespacio. La etnografía realizada en este espacio permite, como las de corte más clásico, y a partir de la voz de las propias protagonistas, una visión *comprensiva* de las autolesiones corporales que poco tiene que ver con la visión estigmatizada y patologizante que emana de los trabajos cuantitativos de muchos expertos, en los que se establecen peligrosas relaciones causales, sino que, en cambio, permite situarlas en un continuo histórico de «trastornos femeninos» que serían formas de adaptación o de resistencia más o menos distorsionadas al intento de imposición de determinados modelos hegemónicos de cuerpo y de mujer. Pero, sobre todo, este trabajo nos coloca delante de la necesidad de replantear algunos aspectos básicos de la etnografía —metodológicos, técnicos, éticos— cuando ésta se realiza en el espacio virtual. A pesar de que son muy distintos, tanto el anterior capítulo como éste nos indican ya que estamos a una altura del libro en que hemos adquirido la velocidad de crucero —algo que nos confirmarán también los trabajos siguientes— que nos permite enriquecer la lectura de las distintas experiencias a la luz de los planteamientos generales iniciales.

El trabajo de Marta Allué titulado «Presuntos implicados: el etnógrafo paciente» sitúa su experiencia personal como punto de partida para una reflexión sobre una etnografía realmente implicada desde el punto de vista del paciente, partiendo, como dice ella, de una *observación ultraparticipante* y que tiene como principal finalidad claramente explicitada una antropología aplicada a la transformación de las condiciones de los pacientes en los hospitales, recogiendo información «[...] de forma premeditada, para ahondar en cuestiones relacionadas con los derechos de los enfermos, la relación médico-paciente, con el dolor y el sufrimiento, con los roles profesionales, la discapacidad y también con la supervivencia» (p. 143); la distancia crítica que consigue la autora mediante la prioridad analítica que se impone le permite pasar de víctima de la gestión institucional a observadora

de la misma. El hecho de «estar allí», como parte del paisaje institucional, le permite practicar aquellas *conversaciones* más provechosas que las entrevistas a las que se refiere el texto de Susana Ramírez, ya que los distintos espacios de interacción invitan a los relatos íntimos, en unos casos, pero también a los comentarios críticos con el sistema, ambos aspectos de gran utilidad para el etnógrafo.

Cierra esta segunda parte el texto de Sara García y Hilda E. Argüello, «Historias padecidas. Narrativa y antropología médica», en el que se reivindica la utilidad de las narrativas para poner de relieve las relaciones de poder en las que se inscriben las vivencias de quien está hablando y, consecuentemente con ello, permiten plasmar la experiencia del padecimiento que no queda explicitada en los registros clínicos. Para ello, a partir de la perspectiva del modelo médico hegemónico, se revisan dos narrativas distintas: la de una joven mujer indígena mexicana centrada sobre todo en la búsqueda de atención, a través de la cual emergen las precarias condiciones de vida en las que hay que situar la aparición de sus enfermedades; y la de una enfermera de un gran hospital español, que replantea de una manera bastante inusual el tradicional análisis de la relación médico-paciente, enfocando el malestar que produce en ella una conflictiva relación paciente-enfermera.

Aunque, como era de esperar, los hospitales aparecen en el análisis de las distintas experiencias, es el último bloque el que se dedica expresamente a las investigaciones desde y sobre hospitales. Se inicia con el capítulo de Beatriz Tosal, Serena Brigidi e Inma Hurtado, «Antropólogas en bata blanca: praxis y problemas del trabajo etnográfico en hospitales», un texto dirigido a discutir problemas metodológicos, técnicos y éticos relacionados con tres etnografías hospitalarias: una que pretendía conocer las construcciones sociales que el personal sociosanitario tenía de los inmigrantes que utilizaban sus servicios, y qué consecuencias tenían en los procesos de salud / enfermedad / atención, en un hospital de Alicante; otra centrada en cómo se relacionaban y qué dificultades encontraban los migrantes latinoamericanos «irregulares» que acudían a un hospital público de Génova; y una tercera sobre la negociación del diagnóstico «fibromialgia» en una consulta de reumatología de otro hospital de Alicante. Destaca, aquí, sobremedida, la capacidad de adaptación del antropólogo a una institución que no reconoce su existencia, y en la que tiene que lidiar

con unos tiempos y espacios muy específicos, cierta confusión de roles y otros aspectos conflictivos que no solo no invalidan, sino que constituyen un acicate para avanzar en la necesidad de monografías hospitalarias basadas en etnografía.

El siguiente capítulo, de Rubén Muñoz, titulado «Un antropólogo en la consulta hospitalaria», parte de su experiencia como investigador/terapeuta en el campo de la etnopsiquiatría en un hospital belga. Se trata, por tanto, de una autoetnografía aplicada que intenta dilucidar las implicaciones metodológicas de su rol como investigador —«a) La articulación de la subjetividad del antropólogo con las expectativas y funciones a desempeñar que le exige el campo social objeto de estudio. b) Los métodos utilizados por el investigador y la gestión de su entrada en escena... c) El manejo de la contratransferencia cultural» (p. 212)— y como terapeuta, en relación a la metodología específica desarrollada en este dispositivo etnopsiquiátrico. Después de una breve historia de la introducción de la etnopsiquiatría en el hospital, explica cómo un cierto manejo del silencio, de la presencia y de la contratransferencia le permitieron ejercer las dos caras de su desdoblamiento de antropólogo a terapeuta en este contexto, a través de los temores, conflictos y ventajas que una posición así le planteaba (incluida la de ser emigrante en una consulta para emigrantes). La exposición de la metodología etnopsiquiátrica utilizada en el hospital Brugmann le permite presentar finalmente un análisis de caso como ilustración de los problemas tratados.

Para terminar, el capítulo de Rosalía Cascón, «¿Doctores o gestores? La identidad profesional dual del mando intermedio en dos hospitales catalanes», pretende llenar el vacío existente en el estudio de las principales funciones que las reformas hospitalarias de los últimos veinticinco años, derivadas del *New Public Management thatcheriano*, otorgan a médicos y gestores, en el sentido de que, si bien se han estudiado los conflictos derivados de las relaciones entre la gestión y la práctica clínica, no se ha hecho lo mismo, en cambio, con un elemento que a la autora le parece relevante para el conjunto de la vida de nuestros actuales hospitales como es la experiencia de estos seres «híbridos» que son los médicos-gestores (MG). Por ello, el objetivo del presente capítulo es, a partir del enfoque teórico de la identidad social, «comprender cómo los MG viven la incorporación de la gestión a sus roles clínicos y cómo re-construyen su identidad profesional, a

partir de un estudio basado en las experiencias de 20 MG de dos hospitales catalanes» (p. 240). El que el estudio se realice en Cataluña no es baladí, ya que la reforma del sistema catalán de salud fue pionera a la hora de transferir la lógica del sector privado a la gestión de los hospitales públicos. De entre sus principales conclusiones cabe destacar que los MG se consideran médicos (de la práctica clínica proviene su fuente de autoridad) que hacen gestión, a diferencia de los altos (o puros) gestores, lo que les permite una identidad que convive con la extendida aversión de los clínicos hacia los valores de gestión, que «no es algo que pueda cambiarse con formación en gestión, como la mayoría de iniciativas en este ámbito parece promover, puesto que no proviene de una falta de conocimiento de las teorías, objetivos y políticas de gestión, sino más bien de algo mucho más profundo como es la identidad y los significados sobre los que se construye» (p. 254).

Nos podemos dar por satisfechos si, como creo, una lectura global de las distintas aportaciones de este volumen alumbra nudos centrales tanto para la investigación como para la transformación de las condiciones en que discurren los procesos de salud-enfermedad-atención en nuestras sociedades contemporáneas, como son el replanteamiento de las formas de definir y practicar la etnografía aquí y ahora, las posibilidades de obtener un mejor provecho de las distintas posiciones de los investigadores respecto a las instituciones encargadas de la salud en nuestra sociedad, la sistematización de las colaboraciones entre las distintas metodologías que estudian dichos procesos a partir de consensos básicos y metodologías específicas, o la manera de incidir de forma crítica en las relaciones de poder que los condicionan, por citar algunos de los principales.

Oriol ROMANÍ
Mediona, marzo de 2013

I

ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS Y TÉCNICOS

EL PLANTEAMIENTO DE UNA EPIDEMIOLOGÍA SOCIOCULTURAL: PRINCIPIOS CARDINALES Y MODELOS DE APLICACIÓN

Jesús Armando Haro

*Médico especialista en medicina familiar, maestría en Ciencias Sociales
y doctorado en Antropología por la Universitat Rovira i Virgili.*

Profesor-investigador del Centro de Estudios en Salud y Sociedad,

El Colegio de Sonora (Hermosillo, México).

aharo@colson.edu.mx.

Resumen: Las contribuciones de la epidemiología al estudio de las enfermedades y la distribución de sus factores de riesgo han sido muy relevantes para la salud pública desde su configuración como disciplina académica en el siglo xx. Sin embargo, en su devenir la epidemiología convencional ha sido objeto de numerosas críticas debido a las limitaciones propias del paradigma positivista que sustenta y al reduccionismo patente en sus enfoques marcadamente estadísticos y de tendencia biologicista. Interesa aquí plantear una propuesta emergente para el estudio de la salud colectiva, la epidemiología sociocultural —enfoque desarrollado principalmente en países latinos—, para señalar la conveniencia de revitalizar la disciplina epidemiológica mediante el desarrollo de un marco teórico y metodológico inter y transdisciplinario que incorpore aportes pertinentes procedentes de las ciencias sociales y de los propios conjuntos sociales, frente a la complejidad que ofrecen los cambios en el perfil epidemiológico poblacional.

Palabras clave: crisis de la epidemiología, epidemiología sociocultural, salud colectiva, interdisciplina, transdisciplina.

Abstract: Since the consolidation of epidemiology as an academic discipline in the 20th century, it has made a significant contribution to the study of diseases and the distribution of their risk factors in populations. However, the development of conventional epidemiology has been criticized by many experts due to the limitations of its positivistic paradigm and the obvious reductionism in its overtly statistical and biologizing approach.

This article is therefore interested in proposing sociocultural epidemiology as a new manner of studying collective health. This approach has been developed mainly in Latin countries and aims to revitalize epidemiology by developing an inter- and trans-disciplinary theoretical and methodological frame that incorporates relevant contributions from the social sciences and social groups in order to face the growing complexity found in the epidemiological profile of current populations.

Keywords: crisis of epidemiology, sociocultural epidemiology, collective health, inter- and trans-disciplinarity.

Introducción

La necesidad de plantear una epidemiología sociocultural surge de advertir la insuficiencia de la epidemiología convencional para diagnosticar de manera íntegra los problemas de salud colectiva, especialmente en lo relativo a la detección de situaciones de riesgo y a su aplicación en prevención y atención a la salud. En los albores del nuevo milenio, la vigencia de debates en torno al quehacer y misión de la epidemiología como ciencia académica y aplicada pronostican un augurio de crisis para una disciplina que en muy pocas décadas ha visto el auge y los límites de sus métodos, considerados desde mediados del siglo xx como los instrumentos de indagación científica por excelencia de la salud pública; en la medida en que los diseños epidemiológicos —cada vez más sofisticados— han sido convencionalmente aceptados como los únicos instrumentos que permiten fundamentar un ejercicio de la salud pública basado en la evidencia científica, tal como se documentó con algunas de las aplicaciones exitosas de la disciplina en el campo de la salud pública, cuyo ejemplo clásico lo constituye la demostración de la relación entre tabaquismo y cáncer pulmonar. Otras medidas de salud pública, como la erradicación de enfermedades gracias a las inmunizaciones y al control de ciertas epidemias que se volvieron endemias gracias a estrategias diversas, como la notificación y el saneamiento, fueron inscritas en el imaginario científico y popular dentro de una noción de progreso,

salud, bienestar y desarrollo para todos, largamente prometidos por el sistema económico de mercado y la «ciencia positiva»¹.

En la actualidad, estos conceptos raramente son ya invocados por las instancias responsables de la salud pública, y los encontramos más bien frecuente y fuertemente cuestionados ante la puesta en evidencia de los rezagos, polarizaciones y retrocesos en la materia; por la crisis mundial de la salud pública, el agotamiento del modelo de atención basado en la curación de enfermedades, las iatrogenias y el incremento de las desigualdades sociales. Frente a estos hechos, la crisis de la epidemiología podemos situarla en el agotamiento de su método privilegiado de análisis (la investigación de factores de riesgo mediante procedimientos estadísticos), debido a que cada vez es más difícil encontrar asociaciones de magnitud elevada; y por el efecto de sesgos o confusores en las asociaciones más débiles, lo cual impide el avance en el conocimiento etiológico de las enfermedades. En nuestra óptica esto se relaciona con insuficiencias teóricas y epistemológicas concomitantes al positivismo biomédico de la disciplina y a su reducción a factores explicativos biológicos y conductuales, en detrimento del papel de lo político, lo socioambiental y lo sociocultural, cuyo papel causal en las enfermedades transmisibles, y también crónico-degenerativas, adicciones, accidentes y violencias, entre otras, ha sido progresivamente evidenciado por diversos aportes de las ciencias sociales aplicadas a la salud; del mismo modo, por la dudosa aplicación de los hallazgos epidemiológicos a la salud pública, los cuales son derivados generalmente al ámbito de las conductas individuales.

Por esto, no resulta extraño que en el transcurso de los últimos años se hayan dedicado varias editoriales y hayan aparecido diversos artículos en revistas académicas que proponen discutir cuál debería ser la misión presente de la epidemiología, abundando en cuestionamientos que critican la escasa reflexión teórica, ética y epistemológica

¹ Como señala Syme: «Hoy en día, casi ninguna investigación epidemiológica explica con éxito, ni siquiera de una manera satisfactoria, la aparición de enfermedades que estudiamos. Los éxitos con que contamos responden, casi invariablemente, al modelo de causalidad antiguo. Así, a menudo explicamos razonablemente bien las enfermedades causadas por agentes microbiológicos o fisicoquímicos de extrema virulencia [...]. Pero junto a estos éxitos relativamente raros, la gran mayoría de las enfermedades importantes hoy en día se explican mal mediante planteamientos epidemiológicos» (1991: 40).

ca en la disciplina y que también ponen en tela de juicio su eficacia como ciencia básica de la salud pública (Long, 1993; Taubes, 1995; McMichael, 1995; Shy, 1997; Krieger, 1999, Almeida-Filho, 2000). En este tenor, han ingresado en el debate cuestiones relativas a diferentes ámbitos en los que se desarrolla la disciplina epidemiológica. ¿Debe la epidemiología compartir el marco epistemológico positivista que caracteriza a la biomedicina?, ¿debería integrarse con otras disciplinas para actualizar sus teorías y modelos sobre los determinantes de salud-enfermedad?, ¿es válido que una disciplina de referencia colectiva y contextual, como debería ser, asuma como marco de referencia únicamente variables individuales?, ¿debe limitarse la epidemiología a ser una ciencia predictiva de riesgos para la salud?, ¿sus hallazgos en sentido aplicable deben poseer un referente individual o colectivo?, ¿es posible hablar aún de una historia natural de las enfermedades ante las investigaciones socioculturales?, ¿deben combinarse los métodos epidemiológicos, descriptivos y analíticos, con la investigación cualitativa?, ¿qué sentido tiene proponer una etnoepidemiología? Estas preguntas tienen mucho en común con los dos grandes polos en que se sustenta actualmente el debate en torno a la disciplina epidemiológica: por un lado, su estatus como ciencia autónoma y sus postulados de validez; y, por el otro, su compromiso o misión como ciencia aplicada de la salud pública, aduciendo que debería estar al servicio del interés colectivo y no constituir un instrumento de la industria de la salud. Desde nuestra postura ambos polos están estrechamente relacionados, como intentaremos mostrar en los siguientes apartados.

La crisis del paradigma dominante en epidemiología convencional

Abordar el estatus actual de la epidemiología como ciencia implica efectuar un mínimo balance entre sus objetivos y logros, considerando tanto los aportes al interior de la disciplina como también propuestas y críticas elaboradas desde atalayas distintas a la epidemiología convencional. Podemos partir para ello de precisar la definición de epidemiología, que etimológicamente significa en griego el estudiar todo aquello que amenaza la salud y la vida de los colectivos humanos (*epi*: 'sobre, encima'; *demo*: 'pueblo'; *logía*: 'estudio'), con lo cual su campo de acción debería ser por definición amplio y profundo, en

explícita concordancia con los valores socioculturales arraigados a cada espacio y cada época. Bajo esta consideración, tendríamos que aceptar que el *demós*, en su raíz etimológica, constituye, quizás, el elemento fundamental de su definición, para discernir de entrada que lo que sucede o amenaza a un colectivo humano no debería ser objeto de estudio puramente epidemiológico, sino también demográfico, sociológico, filosófico, antropológico e incluso ético; es decir, multidisciplinar. Y que precisamente por ello reclama para su abordaje una perspectiva teórica y metodológica que considere la naturaleza histórica, social y cultural de su objeto de estudio. Es algo que no encontramos en el enfoque epidemiológico convencional, argumento común argüido sobre la insuficiencia de la disciplina².

Sus evidencias de crisis se localizan en un ámbito paradigmático, donde comparte signos y síntomas de agotamiento de su modelo explicativo y estrategias de gestión con la biomedicina. No obstante, es una crisis paradójica, en tanto en cuanto los avances tecnológicos, culturales, de servicios básicos y de disposición de nutrientes han traído como consecuencia el incremento de la esperanza de vida para la mayoría de la población mundial, aun con el aumento de la pobreza y las desigualdades y en un contexto de progresiva expansión de la medicalización y de la individualización en la gestión de los problemas sanitarios. De este modo, las evidencias de crisis del modelo de atención del que la epidemiología forma parte tienden hoy a situarse ya no tanto en la mortalidad como en la morbilidad y en su transferencia a los costos de atención, en un panorama donde lo público se difumina cada vez más en lo privado. A nuestro parecer, las insuficiencias y contradicciones del modelo tenderán a manifestarse más en

2 La disciplina ha sido descrita como «tratado o estudio de las epidemias» (Salvat, 1974), «...ciencia de las enfermedades infecciosas entendidas como fenómeno de grupo, consagrada al estudio de su historia natural y de su propagación, con arreglo a una determinada filosofía» (Frost, 1977), «el estudio de la salud del hombre en relación con su medio» (Payne, 1962), «la frecuencia de eventos médicos en las poblaciones» (Morris, 1975), el «estudio de la ocurrencia de las enfermedades» (Rothman y Greenland, 1998), o la que quizás sea la más consensuada actualmente: «el estudio de la distribución de las enfermedades en la población y de los factores que influyen o determinan esta distribución» (McMahon y Pugh, 1976; Susser, 1991) a la que se añade además como elemento definitorio «...la aplicación de este estudio al control de problemas de salud» (Last, 1988).

la medida en que avance la transición epidemiológica, debido a que este ha sido forjado para la atención de enfermedades agudas y no crónicas; también, debido al traspaso de la responsabilidad pública a la individual en condiciones de creciente desigualdad social.

¿En qué se basan las propuestas de construir paradigmas alternativos a la epidemiología convencional? Para algunas visiones, la crisis actual de la epidemiología moderna parte de la obsolescencia de sus constructos teóricos básicos (la noción de entorno, agente, causalidad, historia natural de las enfermedades) y de su marco epistémico; consideran que la disciplina no ha sido capaz de actualizar y sintetizar los hallazgos sobre la salud poblacional desarrollados desde otras áreas de conocimiento y acción en el tema, y que su concepto del ser humano resulta todavía subsidiario de enfoques procedentes de la biomedicina. Estos se caracterizan por un biologicismo de carácter ahistórico, no relacional ni sociocultural, y por poner el énfasis en la eficacia pragmática a costa de la simbólica, de pretensiones universales a pesar de su individualismo clínico, de énfasis curativo y de intencionalidad instrumental frente a la naturaleza (Menéndez, 2003). Estas características, aplicables al modelo de atención predominante en las sociedades modernas, las encontramos así mismo en la teoría y práctica epidemiológicas convencionales: porque se privilegian enfoques reduccionistas y no contextuales de la salud-enfermedad, tal y como sucede con la noción aun vigente de causalidad, referida a la etiología de las enfermedades. Donde aún están patentes la unicidad y unidireccionalidad en la relación entre causas y efectos, y aunque la multicausalidad y multidireccionalidad han sido postuladas como elementos teóricos subyacentes en diversos enfoques epidemiológicos, todavía no termina de desentrañarse su aplicación práctica (Ayres, 2005).

La base teórica implícita del modelo biomédico, compartida en buena medida por la epidemiología convencional y el sanitarismo en lo general, corresponde a un naturalismo (en el sentido biologicista y materialista), fundamentado en el individuo, que opone lo sano a lo patológico como estados antípodas, donde solo tiene validez lo evidenciable objetivamente y la enfermedad se concibe como desviación de una norma estadística o por criterios exclusivamente biológicos de distinto nivel, que se fundamentan cada vez menos en la evidencia clínica y cada vez más en métodos tecnológicos de diagnóstico, todo esto bajo una visión ontológica o esencialista de las enfermedades

como entidades téticas o autorreferenciales, en detrimento del contexto (una visión que olvida del legado hipocrático el que «no existen enfermedades sino enfermos»). Su tesis básica es considerar la salud y la enfermedad como estados naturales, libres de condicionantes normativos o simbólicos, de acuerdo con la cual alguien es saludable si, y solo si, su funcionamiento se encuentra en el mismo o por encima del nivel determinado estadísticamente para el grupo de organismos de la misma clase de referencia (Hesslow, 1993; Boorse, 1997).

Varios autores han planteado la necesidad de teorizar en epidemiología desde un punto de vista público o colectivo para explicar aspectos que son eminentemente sociales y culturales (Krieger y Zierler, 1996; Savitz, 1997), que tienen que ver con las condiciones de vida, el gradiente social, el género, la discriminación y el lugar de residencia, entre otros factores que han venido conformando un campo de evidencias en las últimas décadas, conocido como «determinantes de la salud y la enfermedad», entre los cuales destacan los producidos por la epidemiología social a partir de la publicación del *Black Report* (Evans, Barer y Marmor, 1994). A pesar de su enfoque supuestamente poblacional, la epidemiología convencional se fundamenta en el individualismo, por su nítida tendencia a responsabilizar a los individuos de la ocurrencia de las enfermedades y la atribución de responsabilidades frente a los llamados factores de riesgo, a través de la noción de estilos de vida (Menéndez, 1998). Los factores económicos, sociales y culturales son minimizados o reducidos a variables complementarias y las relaciones entre política y salud tienden también a ser menospreciadas. Esto en buena parte evidencia una crisis de la epidemiología en su relación con la salud pública, en la medida en que testimonia la inadecuación de gran parte del conocimiento producido por la epidemiología y su relativamente pobre aplicación a escala colectiva para la prevención, incluso en el marco de las enfermedades infecciosas (Farmer, 2001).

Puede argumentarse que quizás una de las dificultades asociadas al reduccionismo epidemiológico y biomédico es consecuente al hecho de privilegiar el monismo metodológico de las ciencias naturales, soslayando la doble adscripción que mantiene el objeto salud respecto a los aspectos biológicos y socioculturales. En su práctica profesional la epidemiología conlleva una serie de etapas, la primera de las cuales constituye una observación de hechos y su sistematización

en datos (epidemiología descriptiva), que suele considerar solamente factores aceptados por el paradigma biomédico, con omisión de modelos explicativos que surgen desde otros enfoques. En un segundo momento (epidemiología analítica), elabora hipótesis de explicación de estos hechos sobre la base de los paradigmas imperantes (como la «plausibilidad biológica»); y en un siguiente paso intenta validar las hipótesis sometiéndolas a verificación estadística. La disciplina incluye un amplio rango de procedimientos que van de las observaciones de campo a la sistematización descriptiva de casos, y en ocasiones al diseño de experimentos³. Sin embargo, tanto la estimación de daños como la medición del impacto de intervenciones pocas veces se realiza desde perspectivas holísticas o integradoras, y sus mediciones se reducen a ámbitos discretos que no evalúan la calidad de vida de la población, sino solamente los cambios en la incidencia o prevalencia de determinadas condiciones patológicas.

El reduccionismo epidemiológico se evidencia así mismo en el desarrollo privilegiado y casi exclusivo de procedimientos estadísticos (regresión logística, análisis multivariado, aplicación de modelos estocásticos y teoría de juegos). Aun cuando se registren variables sociales o culturales, ya sea mediante su incorporación en las encuestas o mediante el complemento de técnicas cualitativas, es factible observar el uso instrumental y reduccionista de los conceptos. Así sucede con la reducción de la cultura a variables como el nivel de escolaridad o la religión, o cuando la etnicidad se equipara al color de su piel o el habla de una lengua distinta. Por este motivo, la epidemiología constituye para algunos autores (Fox, Hall y Elveback, 1970; Lilienfeld, 1978; Luque, 2006) más bien un método antes que una disciplina científica, que demuestra sus limitaciones al intentar dar respuesta o soluciones a problemas complejos de índole social y poblacional.

No obstante, para otros la crisis de la epidemiología estaría más bien fundamentada en sus bases epistemológicas de raíz positivista,

³ Para algunos autores (Miettinen, 1989), el paradigma metodológico de la epidemiología convencional lo constituye el ensayo clínico aleatorio, desarrollado inicialmente en epidemiología y actualmente característico de las ciencias biomédicas. Los estudios epidemiológicos abarcan además estudios transversales, de casos y controles y de cohorte (prospectivos y retrospectivos); así como los llamados estudios ecológicos, cuya validez ha sido a menudo puesta en tela de juicio, aunque hoy se tiende a revalorizarlos ante la crisis explicativa de la epidemiología moderna (Díez Roux, 1998).

que surge como una forma de legitimar el estudio científico del ser humano, tanto individual como colectivamente. Tiene como características, además del monismo metodológico de las ciencias físico-naturales ya comentado, el supuesto de la neutralidad axiológica del conocimiento científico, la pretensión de explicar causalmente los fenómenos por medio de leyes generales y universales, y el atomismo y el fiscalismo como base filosófica. Un hecho centinela es la ausencia de reflexión epistemológica, no solo en los estudios epidemiológicos usuales, sino en la estructura curricular de la mayoría de programas de posgrado, los cuales siguen siendo fieles transmisores de un dogma positivista. En ellos, individuos y residencias son concebidos como entidades separadas (y a veces homogéneas) en el interior de espacios absolutos, cuya única vinculación entre sí es por una relación causal que se percibe como perteneciente al individuo, sin tomar en cuenta otros factores de orden interno que son de orden condicional o relacional en el proceso salud-enfermedad, cuya factura resulta ser social en diversos niveles. La ciencia y su producto, el conocimiento, se ven fragmentados por la imposición del criterio instrumental que los dirige, donde las técnicas substituyen al método, es decir «la eficacia sustituye a la verdad» (Samaja, 2003).

*Salud colectiva, epidemiología sociocultural y convencional:
saberes en competencia*

Frente a la posición hegemónica de la biomedicina y de la epidemiología moderna o convencional han surgido diversas propuestas críticas (medicina social, higienismo, medicina preventiva, medicina comunitaria, atención primaria a la salud, etcétera) que debaten los términos en los que debe abordarse la salud pública. Y aunque estas propuestas se han considerado alternativas al modelo hegemónico de la biomedicina, puede señalarse que comparten la perspectiva objetivista y biologicista en su visión teórica y epistemológica. Por otra parte, encontramos en las últimas décadas el desarrollo de propuestas emergentes que intentan ir más allá del marco positivista. Desde fines de la década de 1970, en Brasil surgió una propuesta que adoptó el nombre de *saúde coletiva* para referirse a «un campo de conocimiento de naturaleza interdisciplinar cuyas disciplinas básicas son la epidemiología, la planeación/administración de salud y las ciencias

sociales en salud» (Paim y Almeida-Filho, 1998); es decir, un conjunto complejo de saberes y prácticas relacionadas con el campo de la salud, que abarcan desde organizaciones de atención a la salud poblacional hasta instituciones de enseñanza, investigación y organización de la sociedad civil, concebida como un campo de conocimiento que utiliza conceptos y categorías de diversas disciplinas: epidemiología, biología, administración, sociología, antropología, filosofía y economía, entre otras (Barreto, 1998). Por otra parte, desde la década de 1980 diversos autores, principalmente desde el ámbito «latino» (Argentina, Brasil, España, Francia, Italia, México, Quebec), han venido utilizando el término de «epidemiología sociocultural» para referirse a la necesidad de integrar en los estudios de salud poblacional enfoques epidemiológicos de tipo cuantitativo con acercamientos etnográficos o cualitativos, incidiendo en la pertinencia de abordar tanto los aspectos biológicos y ambientales como también los aspectos sociales, culturales y políticos (Menéndez, 1990a, 2008; González y Hersch, 1993; Bibeau y Corin, 1995; Haro *et alii*, 1998; Romaní, 1999; Osorio, 2001).

Tanto desde un plano teórico, como también a partir de investigaciones específicas, ha sido planteada la necesidad de integrar estos niveles en el análisis de los problemas de salud, aunque resulta —no obstante— aún emergente la propuesta de construir una epidemiología que se nutra tanto de los saberes científicos procedentes de la biomedicina y la epidemiología, como también desde las diversas ciencias sociales, especialmente de la antropología, por su énfasis holístico y su enfoque etnográfico y cualitativo. Al mismo tiempo, tanto la salud colectiva como la epidemiología sociocultural inciden en recuperar la mirada de los sujetos (sanos, pacientes y sufrientes) para incidir en la definición y gestión de los problemas sanitarios, mencionando la necesidad de tomar en cuenta lo que serían los aportes de una etnoepidemiología o epidemiología popular (Pereira, 2003; Zolla, 2003)⁴.

⁴ En este sentido, ambas propuestas incorporan desarrollos surgidos en el campo de la sociología y la antropología médicas relativos a la explicitación de la medicina como un sistema de control social y no solamente como un instrumento de cuidado de la salud y curación o prevención de la enfermedad. Al respecto destacan numerosos aportes que señalan, por ejemplo, el trato diferencial y discriminatorio a las minorías étnicas por parte de las instituciones médicas, el uso de la autoridad médica como expresión de relaciones patriarcales de poder, las bases normativas del diagnóstico médico y sus decisiones, el papel de los factores culturales, las representaciones sociales

Ambas propuestas coinciden en dos aspectos que interesa aquí destacar: 1) la crítica a la insuficiencia de la epidemiología convencional para lograr elevar el nivel de salud de la población, y 2) la necesidad de construir una nueva práctica epidemiológica desde bases teóricas, epistemológicas, metodológicas y de relación con los saberes populares y de otros actores sociales. Corresponden a planteamientos que se encuentran en proceso de discusión, debate y definición, pero que son, sin duda, sintomáticos de un cambio de paradigma que se avecina para la disciplina epidemiológica, consecuente con el avance del conocimiento en el campo de la salud que se ha registrado desde abordajes ciertamente distintos y muy dispares: los de la investigación biomédica y sus múltiples caminos, así como el conocimiento producido en diversas ramas de las ciencias sociales, las de la conducta y la investigación-acción.

Tanto la epidemiología sociocultural como la salud colectiva propugnan una ampliación del marco epistémico y teórico de la disciplina epidemiológica, patente en la necesidad de superar por un lado la dicotomía mente/cuerpo para replantear el campo de la salud desde una perspectiva no biologicista ni reduccionista de la salud poblacional. Esto implica considerar que lo social debe entenderse como algo mucho mayor que la aglomeración de individuos, comprendiendo la relevancia del ámbito relacional, donde lo cultural y lo político poseen fuerte influencia en la forja de lo psíquico, impactando a su vez el ámbito de lo biológico, tal y como plantean ciertas corrientes emergentes desde el campo médico, como la neuroinmunoendocrinología y la endobiogenia, o la epidemiología social en la interfase de las ciencias de la salud con las ciencias sociales, entre las cuales se encuentran numerosas propuestas sobre la importancia para la salud pública de los factores del ambiente físico y social. Desde el punto de vista epistemológico existe además el interés por reflexionar sobre los factores extracientíficos que inciden en el proceso de conocimiento, despojando a la disciplina de posiciones objetivistas y natura-

y los modelos explicativos en la gestión de los problemas de salud. La relevancia de las redes sociales, el papel del estrés y los procesos laborales, los efectos del racismo y la discriminación son otros elementos ampliamente trabajados desde las ciencias sociales y la psicología de la salud.

listas sobre el objeto salud, lo que constituye una diferencia relevante con respecto a propuestas alternativas desarrolladas con anterioridad.

En el caso de la fundamentación de una nueva teoría y práctica epidemiológicas, resulta importante ampliar y profundizar el ámbito de la salud sin distanciarse necesariamente de los hallazgos de investigaciones biomédicas, sino con la capacidad de integrarlos con resultados obtenidos desde las ciencias sociales. No obstante, hay que señalar que esto implica el reto de conciliar visiones disímiles e incluso antagónicas sobre la salud y la enfermedad, estando aún pendiente una discusión sobre cuáles son los aspectos que cabría incluir dentro de una nueva mirada epidemiológica y cómo cabría conceptualizar la relación entre distintos niveles de expresión que se manifiestan en el objeto salud. Al respecto, bien pudiera señalarse que en el plano metodológico esta «nueva» epidemiología no solamente implica cambios relevantes en la formación de nuevos recursos humanos, sino también la integración de habilidades y campos de conocimiento que hasta ahora se han desarrollado de forma separada.

La necesidad de una perspectiva etnológica en salud, interpretativa de los aspectos culturales, ha sido mencionada desde la propuesta de salud colectiva y también desde diversas corrientes en antropología médica, en el sentido no solamente de incluir en la visión epidemiológica los llamados «síndromes de filiación cultural» en forma complementaria, sino en alimentar las teorías de causalidad y la clasificación de entidades prevenibles y factores de riesgo con la visión de los actores locales, dentro de una teoría general de la salud mucho más sofisticada que la actual, capaz de integrar conceptos sistemáticos y causas interdependientes que reconozcan la historicidad del proceso salud-enfermedad y de sus determinantes (Almeida-Filho, 1992; 2001).

De forma análoga, la propuesta de una epidemiología sociocultural representa el interés de profundizar en el estudio de los factores de riesgo con un enfoque preventivo «estructural» (social), considerando a la biología y al ambiente físico en íntima relación con la cultura y las relaciones sociales y políticas. Su eje teórico radica en asumir que su objeto de estudio está constituido por un proceso dinámico que nunca se expresa en la forma de una «historia natural de la enfermedad», dado que esta es siempre social, y por lo tanto cultural; por lo que su estudio debe incluir la respuesta a este proceso y ser conceptualizado como salud/enfermedad/atención (p/s/e/a) (Menéndez, 2000). Otra

consideración de importancia es que este proceso está siempre mediado simbólicamente, y que mantiene connotaciones culturales y políticas que pueden resultar tan importantes como los factores biológicos, en tanto expresan relaciones, conflictos, intereses y valores cuya raigambre es política y cultural. La tercera de las premisas señala la necesidad de adoptar una perspectiva holística e integral en el marco de observación, mediante el estudio del contexto y de los diferentes factores que intervienen en el p/s/e/a, lo que reclama necesariamente el concurso de la interdisciplinariedad y la conjunción de métodos cuantitativos y cualitativos, siendo su integración —en los problemas específicos a investigar— una parte medular de la propuesta⁵.

Desde esta perspectiva, puede plantearse que el enfoque epidemiológico sociocultural ha sido apenas incipientemente desarrollado sobre todo en América Latina, donde abundan aportes empíricos y teóricos que son aplicables a la propuesta, pero con escasos ejemplos concretos de aplicación. Se aprecia, por una parte, un teoricismo que escasamente ha sido respaldado con trabajos empíricos, y por otra, valiosas aportaciones que inciden en relacionar lo sociopolítico (generalmente llamado «estructural») con lo epidemiológico, o esta última dimensión con lo ideológico, sin documentarse apenas desarrollos que combinen las tres dimensiones desde una perspectiva crítica, y que den cuenta de que la tarea científica está lejos de ser una empresa políticamente neutral. Una excepción a esto son ciertos trabajos desarrollados en México, donde, gracias a la labor de Eduardo L. Menéndez, desde la antropología médica se han impulsado investigaciones que articulan las dimensiones epidemiológica y sociocultural mediante la triangulación metodológica, la inclusión de las visiones de los actores

5 En palabras de Eduardo L. Menéndez (2008: 6-7): «considero que la epidemiología sociocultural se caracteriza por varios rasgos, pero en particular por tres. En primer lugar, por plantear la necesidad de incluir [...] no solo los aspectos sociales, sino también los culturales y los económico-políticos, junto, por supuesto, a los biológicos y ecológicos. Subrayo que estos aspectos deben ser tratados no como variables epidemiológicas, sino sobre todo como procesos socioculturales y bioecológicos. En segundo lugar, por proponer un tipo de trabajo que realmente utilice y articule las aproximaciones estadística y cualitativa. Y tercero, por la aplicación de un enfoque relacional que incluya no solo los diferentes factores que operan respecto a un problema determinado, sino que incorpore el conjunto de actores sociales significativos que viven, sufren y actúan respecto de dicho problema».

relevantes, con el señalamiento del papel activo que debe jugar el investigador en la problematización de su objeto de estudio⁶. Otros desarrollos notables para la propuesta son contribuciones teóricas, metodológicas e investigaciones aplicadas realizadas especialmente en Brasil, Canadá, Ecuador, Italia, Argentina, Estados Unidos, Francia y España⁷.

*Retos para la integración interdisciplinaria
en epidemiología sociocultural y salud colectiva*

Tanto en salud colectiva como en epidemiología sociocultural, bien podemos considerar que el principal reto estriba actualmente en analizar y atender los problemas de salud poblacional desde una perspectiva integradora, entendiendo por ello por una visión que sea capaz de contender con los factores determinantes del estado poblacional que resultan ser relevantes desde una perspectiva comprensiva, relacional y contextual, con interés tanto cognoscitivo como también de gestión de los problemas sanitarios con un enfoque eminentemente preven-

6 En México es posible situar algunos trabajos de epidemiología sociocultural en los que se aborda la configuración de lo biológico con lo político y lo sociocultural, con la consideración que juegan las representaciones sociales y su articulación con la estructura socioeconómica y política, en conjugación con la descripción del perfil epidemiológico. Un ejemplo de esto lo encontramos en los estudios sobre alcoholismo de Menéndez (1990b) y Menéndez y Di Pardo (1996), en los estudios sobre salud indígena en Yucatán de Menéndez (1981) y de Ramírez (1980); los estudios de la mortalidad materna emprendidos por Freyermuth (2003) y por Sesia (2007), la investigación sobre cuidados maternos y padecimientos infantiles de Osorio (2001), los trabajos sobre salud reproductiva de Mendoza (2004) y de Ortega (1999), las investigaciones de Bronfman sobre mortalidad infantil y redes sociales (2000) y de Castro en representaciones sociales del enfermar (2000). Finalmente, una serie de investigaciones desarrolladas en el Centro de Estudios en Salud y Sociedad de El Colegio de Sonora: Denman y Haro (1991), Haro (1998), Aranda y Castro (2008) y Denman (2008). Desde luego, existen otras investigaciones notables que abarcan estos criterios, en campos como la sociodemografía, la historia, la sociología médica y los estudios de género; que aquí no he incluido por razones de espacio y por centrarme especialmente en lo producido desde la antropología médica.

7 Sin ánimo exhaustivo, destacan aportaciones de Seppilli (1959), Bibeau (1981), Comelles y Martínez-Hernández (1993), Alves y Minayo (1994), Massé (1995), Bibeau y Corin (1995), Romaní (1999), Farmer (1999, 2003), Fassin (2005), Trostle (2005), Nichter (2008) y Ramírez Hita (2009).

tivo. En este tenor, y como hemos antes señalado, equivale a construir un nuevo modelo conceptual sobre el objeto salud, que no abandone radicalmente las posiciones biologicistas, clínicas y biomédicas, sino que más bien sea capaz de elaborar una nueva visión sobre lo que son la salud, la enfermedad y su atención desde una perspectiva integradora, pero con interés social y colectivo, que comprenda el amplio conocimiento desarrollado en las ciencias biomédicas, sociales, conductuales y ambientales sobre distintas problemáticas sanitarias⁸. En ambos casos el objetivo alude al desarrollo de un diálogo interdisciplinario, que por la complejidad que representa apunta más bien hacia la conformación de equipos de trabajo en torno al estudio y gestión de problemas colectivos de salud concretos, área esta de colaboración en la que se ha comenzado a transitar a partir de varias experiencias pioneras, donde incluso un campo tan tradicionalmente acotado a la visión biomédica, como el de las enfermedades infecciosas, tiene hoy a ser actualizado y repensado considerando la emergencia de entidades antes controladas, como también debido a la aparición de nuevas enfermedades y epidemias (Farmer, 2003). La construcción de esta visión interdisciplinaria requiere de un conocimiento desde cada área de conocimiento, no solamente sobre los resultados de las investigaciones producidas por otras disciplinas, sino también de las teorías producidas y sus debates, sus enfoques epistémicos y metodológicos, lo cual debería conducir a su vez hacia la construcción conjunta de nuevas teorías, conceptos y categorías de confección común, la cual es una tarea pendiente dentro de la tradición académica que anima cada disciplina que hoy se reconoce en el concurso del objeto salud.

En este sentido, nos atrevemos a señalar que, a diferencia de lo que sucede actualmente en salud pública y en ciertas corrientes epidemiológicas sanitaristas, sociales y «de campo», la nueva visión epidemiológica (que aquí llamamos sociocultural y que se perfila como la epidemiología que reclama el campo de la salud colectiva) requiere de la construcción de un nuevo campo de saberes y prácticas para la gestión de la salud poblacional que vaya mucho más allá de una incorporación mecánica de los métodos cualitativos como formas com-

8 Como señala Silva Ayçaguer, «bajo ningún concepto se está desdeñando el poder esclarecedor de la estadística; lo que se rechaza es la extendida ilusión de que ella puede aportar explicaciones por sí sola» (2005, 41: 319).

plementarias a la estadística. En nuestro parecer, lo que se requiere es aprender a relacionar los hallazgos biomédicos, epidemiológicos y etnográficos, entre otros, en relación a problemas de salud específicos, elaborando esquemas explicativos que den cuenta de los determinantes que cada problema sanitario muestra y la correspondiente estructura social que los sustenta en poblaciones específicas. Un aspecto clave en este acotamiento, y en el que coinciden ambas propuestas, lo constituye el hecho de recurrir al conocimiento local y la participación social como ejes a los que es necesario acceder para entender y atender mejor las diferentes causas de enfermedad, considerando que las «miradas profanas» son imprescindibles en su concurso frente a la complejidad que denotan los distintos problemas del ámbito de la salud. Todo esto representa una tarea difícil de implementar en la práctica, debido a la tradición elitista en la que se han desarrollado históricamente las disciplinas académicas; sin embargo, bien puede decirse que las experiencias participativas y de investigación-acción constituyen una veta muy relevante que merece ser recuperada críticamente.

Los esfuerzos de integración transdisciplinaria pueden plantearse de forma escalonada, distinguiendo diversos grados en su forja⁹. En un primer plano ubicamos el diálogo entre disciplinas, susceptible de ser abordado con la realización de encuentros propiciatorios y la edición conjunta de materiales reflexivos. Un segundo paso sería la elaboración de estados del arte del conocimiento de problemas de salud que tomen en cuenta las realizaciones y desarrollos no solamente empíricos, sino también teórico-metodológicos, de las disciplinas que actualmente inciden en el ámbito de la salud. El tercer momento lo ubicaríamos en la conformación interdisciplinaria de grupos de investigación, y un cuarto en el diseño de programas integrales de

9 Para Almeida-Filho-Filho (2005), la multidisciplinaria implica compartir un objeto de estudio, desde las bases de cada disciplina; en cambio la pluridisciplinaria supone una yuxtaposición de disciplinas que crean relaciones entre sí. Por otra parte, la interdisciplinaria alude a una axiomática general compartida con una plataforma conjunta de trabajo, en la cual hay transferencia de métodos de una disciplina a otra. Y que en su forma radical se transforma en transdisciplinaria, la cual se basa en un sistema de varios niveles, con objetivos diversificados y una finalidad común, con tendencia a la horizontalización de las relaciones de poder. Implica la creación de un campo nuevo que desarrolle autonomía teórica y metodológica.

capacitación, en los cuales se incluya el manejo combinado de herramientas tanto epidemiológicas como antropológicas y de ciencias sociales, bajo un objetivo de desarrollo transdisciplinar.

En el caso de la necesaria inclusión de la mirada de los actores identificamos así mismo diversas fases en su consideración: desde el uso de estrategias etnográficas para recuperar la opinión de los sujetos hasta distintos mecanismos de participación y deliberación colectiva. Implica en todo caso la revaloración en epidemiología de la experiencia de campo desde una perspectiva fundamentalmente dialógica y contextual. Esto equivale ciertamente a sustentar una perspectiva contrahegemónica, donde a la biologización e individualización del objeto de la salud que caracterizan actualmente como tendencia tanto la biomedicina como la actual epidemiología (incluso subindividualización, como sucede en epidemiología genética y medicina molecular), debe oponerse una visión humanística y social, como la que propugnan tanto la salud colectiva como la epidemiología sociocultural. Al respecto consideramos que es en Latinoamérica donde las bases de esta nueva visión epidemiológica transdisciplinaria se han venido sustentando en las últimas décadas.

Bibliografía

- ALMEIDA-FILHO, Namor de (1992) «Por una etnoepidemiología (Esbozo de un nuevo paradigma epidemiológico)». *Cuadernos Médicos Sociales*, 61: 43-47.
- (2000) *La ciencia tímida. Ensayos de desconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar.
- (2001) «For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes». *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (4): 753-779.
- (2005) «Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde». *Saúde e Sociedade*, 14 (3): 30-50.
- ALVES, Paulo Cesar y MINAYO, M. Cecilia (Org.) (1994) *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Río de Janeiro: Fiocruz.
- ARANDA, Patricia y CASTRO, Ma. del Carmen (2008) «Para una epidemiología sociocultural en el estudio del cáncer cérvicouterino: experiencias de investigación». *Región y sociedad*, 20 (número especial 2): 93-126.

- AYRES, José Ricardo (2005) *Acerca del riesgo. Para comprender la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar.
- BARRETO, Mauricio (1998) «Por uma epidemiologia da saúde coletiva». *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1 (2): 104-130.
- BIBEAU, Gilles (1981) «Préalables à une épidémiologie anthropologique de la dépression». *Psychopathologie Africaine*, 18 (1-3): 96-112.
- y CORIN, Ellen (1995) «Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique: les systèmes de signes, de sens et d'actions en santé mentale». En TRUDEL, Françoise; CHAREST, Paul y BRETON, Yvan (dirs.). *La construction de l'anthropologie québécoise, Eloges offerts à Marc-Adélar Tremblay*. Sainte-Foy: Les Presses de l'Université Laval, pp. 105-148.
- BOORSE, Christopher (1997) «A rebuttal on health». En HUMBER, James M. y ALMEDER, Robert F. (Eds.) *What is disease?* New Jersey: Humana Press, pp. 1-134.
- BRONFMAN, Mario (2000) *Como se vive se muere: familia, redes sociales y mortalidad infantil*. México: CRIM-UNAM.
- CASTRO, Roberto (2000) *La vida en la adversidad. El significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca: CRIM-UNAM.
- COMELLES, Josep M. y MARTÍNEZ HERNÁEZ, Ángel (1993) *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Madrid: Eudema.
- DENMAN, Catalina A. (2008) *Mujeres, maquila y embarazo. Prácticas de atención de madres-trabajadoras en Nogales, Sonora, México*. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- y HARO, Jesús A. (1991) *Evaluación de la atención primaria a la salud en la frontera sonorensis: el caso de Nogales. Informe final de Investigación*. Hermosillo: Línea de Salud y Sociedad, El Colegio de Sonora.
- DÍEZ-ROUX, Ana V. (1998) «Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis». *American Journal of Public Health*, 88 (2): 216-22.
- EVANS, Robert; BARER, Morris y MARMOR, Timothy (eds.) (1994) *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. Nueva York: Aldine de Gruyter.
- FARMER, Paul (2001) *Infections and inequalities. The modern plagues*. Berkeley: University of California Press.

- FARMER, Paul (2003) *Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press.
- FASSIN, Didier (2005) *Faire de la santé publique*. Rennes: Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique.
- FOX, John; HALL, Carrie E. y Lila R. ELVEBACK (1970) *Epidemiology. Man and disease*. Nueva York: MacMillan.
- FREYERMUTH, Graciela (2003) *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. México: Centro de Estudios e Investigaciones Superiores en Antropología Social, Instituto Nacional de las Mujeres, Comité por una Maternidad Voluntaria y Sin Riesgos en Chiapas, Miguel Angel Porrúa.
- FROST, Wade Hampton [1927](1977) «Epidemiology». En MAXCY, K. F. *Papers of Wade Hampton Frost, M.D. A contribution to epidemiological methods*. Nueva York: Commonwealth Fund.
- GONZÁLEZ, Lilian y HERSCH, Paul W. (1993) «Aportes para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural de una comunidad rural». *Salud Pública de México*, 35: 393-402.
- HARO, Jesús A. (coord.); LARA, Blanca E.; PALACIOS, María R.; SALAZAR, Vidal y SALIDO, Patricia (1998) *El sistema local de salud Guarijío-Makurawe. Un modelo para construir*. Hermosillo: El Colegio de Sonora, Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, Conaculta, Universidad de Sonora, Instituto Nacional Indigenista.
- HESSLOW, Germund (1993) «Do we need a concept of disease?». *Theoretical Medicine*, 14: 1-14.
- KRIEGER, Nancy (1999) «Questioning epidemiology: objectivity, advocacy and socially responsible science». *American Journal of Public Health*, 89 (8):1151-1153.
- y Sally ZIERLER (1996) «What explains the public's health? A call for epidemiologic theory». *Epidemiology*, 7 (1): 107-109.
- LAST, John M., (Ed.) (1988) *Dictionary of Epidemiology*. Nueva York: Oxford University Press.
- LILIENFELD, David (1978) «Definitions of epidemiology». *American Journal of Epidemiology*, 107 (2): 87-90.
- LONG, Andrew F. (1993) *Understanding health and disease. Towards a knowledge base for public health action*. Leeds: University of Leeds.

- LUQUE, M. Ángel (2006) «Epidemiología: disciplina o método». *Gaceta Sanitaria*, 20: 412-413.
- MASSÉ, Raymond (1995) *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Boucherville: Gaetan Morin.
- McMAHON, Brian, y Thomas F. PUGH [1970] (1976). *Principios y métodos de epidemiología*. México: la Prensa Médica Mexicana.
- McMICHAEL, Anthony J. (1995) «The health of persons, populations and planets: epidemiology comes full circle». *Epidemiology*, 6: 633-636.
- MENDOZA, Zuanilda (2004) *De la casa del nene al árbol de las placentas. Proceso reproductivo, saberes y transformación cultural entre los triquis de Copala en la Merced*, Tesis doctoral, México: CIESAS.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (1981) *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: Ediciones de la Casa Chata.
- (1990a) «Antropología médica en México. Hacia la construcción de una epidemiología sociocultural». En *Ibíd. Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. (Cuadernos de la Casa Chata 179). México: CIESAS, pp. 25-49.
- (1990b) *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Conaculta, Alianza Editorial Mexicana.
- (1998) «Estilos de vida, riesgos y construcción social». *Estudios Sociológicos*, 46: 37-67.
- (2000) «Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos». En PERDIGUERO, Enrique y COMELLES, Josep M. (eds). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* Barcelona: Bellatera, pp. 163-188.
- (2003) «Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas». *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8 (1): 185-207.
- (2008). «Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades». *Región y Sociedad*, 20 (número especial 2): 5-50.
- y René DI PARDO (1996) *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México: CIESAS.

- MIETTINEN, Olli S. (1989) «The clinical trial as a paradigm for epidemiologic research». *Journal of Clinical Epidemiology*, 42: 491-496.
- MORRIS, Jeremiah N. (1975) *Uses of Epidemiology*. Londres: Churchill Livingstone.
- NICHTER, Mark (2008) *Why cultural perceptions, social representations, and biopolitics matter*. Tucson: The University of Arizona Press.
- ORTEGA, Judith (1999) *Proceso reproductivo femenino: saberes, géneros y generaciones en una comunidad maya de Yucatán*. Tesis doctoral. Zamora: El Colegio de Michoacán.
- OSORIO, Rosa María (2001) *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: CIESAS-INI-INAH.
- PAIM, Jairnilson S. y ALMEIDA-FILHO, Naomar de (1998) «Saúde coletiva: uma ¿nova saúde pública? Ou campo aberto a novos paradigmas». *Revista de Saúde Pública*, 32 (4): 299-316.
- PAYNE, Anthony M. (1962) «The scope and methods of epidemiology». *American Journal of Public Health*, 52 (9): 1502-1504.
- PEREIRA, Rita C. (2003) «Una lectura sobre a perspectiva etnoepidemiológica». *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8 (3): 765-774.
- RAMÍREZ, Martha (1980) *Dinámica y conceptos sobre la salud-enfermedad en Ticul, Yucatán*. Tesis de Licenciatura. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- RAMÍREZ HITA, Susana (2009) «La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí». *Salud Colectiva*, 5 (1): 63-85.
- ROMANÍ, Oriol (1999) *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- ROTHMAN, Kenneth J. y GREENLAND, Sander (1998) *Modern epidemiology*. Filadelfia: Lippincott-Raven.
- SALVAT (1974) *Diccionario médico*. Barcelona: Salvat.
- SAMAJA, Juan (2003) «Desafíos a la epidemiología (Pasos para una epidemiología Miltoniana)». *Revista Brasileña de Epidemiología*, 6 (2): 105-120.
- SAVITZ, David A. (1997) «The alternative to epidemiologic theory: whatever works». *Epidemiology*, 8: 210-212.

- SEPPILLI, Tullio (1959) «Il contributo dell'antropologia culturale all'educazione sanitaria». *Educazione Sanitaria e Promozione alla Salute* (Perugia) 4 (3-4): 325-341.
- SESA, Paola *et alii* (2007) *Salud Materna en el Programa Oportunidades: Alcances y Limitaciones del Programa en Municipios indígenas de Oaxaca. Resumen Ejecutivo*. México: Instituto Nacional de Desarrollo Social.
- SHY, Carl M. (1997) «The failure of academic epidemiology: witness for the prosecution». *American Journal of Epidemiology*, 145: 479-487.
- SILVA AYÇAGUER, Luis (2005) «Una ceremonia estadística para identificar factores de riesgo». *Salud Colectiva*, 1 (3): 309-322.
- SUSSER, Mervin (1991) *Conceptos y estrategias en epidemiología. El pensamiento causal en ciencias de la salud*. México: Secretaría de Salud y Fondo de Cultura Económica.
- SYME, Leonard (1991) «La investigación sobre la salud y la enfermedad en la sociedad actual: la necesidad de una epidemiología más relevante». *Antropos*, 118-119: 39-46.
- TAUBES, Gary (1995) «Epidemiology faces its limits». *Science*, 269: 164-169.
- TROSTLE, James A. (2005) *Epidemiology and Culture*. Cambridge: Cambridge University Press.
- ZOLLA, Carlos (2003) «Sobre las relaciones de la medicina tradicional indígena en los sistemas de salud». *América Indígena* LXI (2): 69-82.

USOS Y DESUSOS DEL MÉTODO ETNOGRÁFICO. LAS LIMITACIONES DE LAS NARRATIVAS EN EL CAMPO DE LA SALUD¹

Susana Ramírez Hita

*Departamento de Antropología. Universidad de Tarapacá, Chile
Profesora del máster de Antropología Médica y Salud Internacional
(MAMSI), URV
susanaramirez@hotmail.com*

Resumen: Actualmente, gran parte de las investigaciones socioantropológicas se llevan a cabo en el marco de la cooperación internacional y los programas de desarrollo. En este artículo se analizan algunas de las limitaciones que presentan estas investigaciones, que, basadas casi exclusivamente en las narraciones de los pacientes y clínicos, se destinan a futuras intervenciones con la expectativa de concretarse en programas y políticas de salud. Mi reflexión surge a partir de la observación de las incoherencias metodológicas que se presentan en los diversos usos y desusos del método etnográfico no solo por parte de los clínicos, sino de los propios antropólogos que trabajan tanto en el ámbito de la cooperación como en el académico.

Palabras clave: antropología, método etnográfico, salud.

Abstract: Most current socio-anthropological research is carried out within the framework of international cooperation and development programmes. In this paper, we analyse the limitations of this research, which is almost exclusively based on patient and doctor narratives and which is aimed at future interventions in the hope that these become formal health policies and programmes. My reflections are based on the observation of methodological

¹ Trabajo presentado en el X Coloquio de la Red de Antropología Médica. *De la evidencia a la narrativa en la atención sanitaria: biopoder y relatos de aflicción.* Tarragona, España, 2010.

incoherencies in the various uses and misuses of the ethnographic method, not only by doctors but also by anthropologists working in the ambits of cooperation and academia.

Keywords: *anthropology, ethnographic method, health.*

Las limitaciones de las narrativas en el campo de la salud

Actualmente, gran parte de las investigaciones socioantropológicas se llevan a cabo en el marco de la cooperación y los programas de desarrollo —a través de consultorías—, y muchas de ellas se basan en las narrativas registradas a través de las técnicas de entrevista y grupo focal. La reapropiación de las técnicas cualitativas desde la década de 1960 por parte de los clínicos ya ha sido desarrollada por diversos autores (Menéndez, 2001; Allue *et alii*, 2006; Ramírez Hita, 2009, 2011; Romaní, 2010; entre otros). Fueron científicos sociales que trabajaban en los proyectos de desarrollo los que incentivaron la utilización de técnicas cualitativas que se concretaron en los RAP (*rapid assessment procedures*) —procedimientos de asesoría rápida— como estrategia metodológica acorde a los tiempos y necesidades institucionales, fundamentalmente de las agencias de desarrollo y del sector salud. A mediados de la década de 1980, bajo este tipo de estrategias de abordaje de la realidad se comenzaron a concretar estudios de entre 8 y 10 semanas de duración, incluidas la iniciación y la intervención del programa o proyecto (Scrimshaw y Hurtado, 1987; Bentley *et alii*, 1988; entre otros). Una de las áreas de la antropología que más RAP desarrolló fue la de la antropología médica², que creó

2 Algunos de los manuales más conocidos y utilizados para recoger y analizar datos en periodos cortos son los siguientes:

Scrimshaw, Susana y Hurtado, Elena (1987). *Rapid assessment procedures for nutrition and primary health care: anthropological approaches to improving programme effectiveness*. Los Angeles: UCLA. Latin American Center Publications, University of California.

Scrimshaw S., Gleason G. (eds.) (1992). *Rapid anthropological procedures: qualitative methodologies for planning and evaluation of health-related programs*. Boston: International Nutrition Foundation for Developing Countries.

WHO/SAB (1998). *The Rapid Assessment and Response Guide on Substance Use and Sexual Risk Behaviour*. Geneva: WHO/SAB.

la necesidad de incorporar la investigación antropológica previa a los diagnósticos y a las evaluaciones de programas y proyectos para la futura intervención, y colocó el aspecto cultural como cuestión central en los programas de intervención sanitaria que no funcionaban. En la última década el número creciente de estudios que se denominan «etnografía rápida» comienza a ser preocupante³.

Estos estudios son realizados, en ocasiones, por antropólogos que con su participación reafirman ante las ciencias de la salud que pueden ejecutarse investigaciones en periodos cortos, previos a la intervención de programas o proyectos. Justifican, de esta manera, que son expertos en antropología médica, con lo cual se les considera portadores de un saber que los habilita para realizar los RAP. Dichas investigaciones manejan los datos como decisivos y no como información que debe ser contrastada y profundizada. En esa medida, la calidad de información que sustenta las propuestas y estrategias de intervención en el campo de la salud de muchos proyectos es cuestionable⁴. Es frecuente que en estos estudios el antropólogo sea el coordinador de la recolección y el análisis de la información, mientras otras personas,

John Waterlow, Schürch (1992). *Rapid Assessment Procedures (RAP) -Ethnographic Methods to investigate Women's Health*. International Nutrition Foundation for Developing Countries (INFDC). Boston, MA., USA.

Existen varios manuales sobre VIH/SIDA, entre ellos se encuentran las encuestas de vigilancia del comportamiento. Véase: *Family Health International* (2000). Encuestas de Vigilancia del Comportamiento. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones de riesgo al VIH. USAID, DFID, FHI. Disponible en: <http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/guide/res_bssspanish.htm>.

³ Uno de los campos que más ha desarrollado este tipo de aproximaciones ha sido el del VIH/SIDA. Véase, por ejemplo, *Family Health International* (2001). *Rapid Ethnography of Male to Male sexuality and sexual Health*, sobre la situación en Nepal. Hay que tener en cuenta que cada vez se ofertan mayor número de cursos virtuales sobre investigación etnográfica impartidos en periodos cortos. Por ejemplo, «Curso virtual de herramientas teórico-metodológicas para la investigación etnográfica». Se impartió en 2010 desde la plataforma del Centro Boliviano de Estudios Multidisciplinarios. Su duración fue de 7 semanas, que incluían una semana introductoria para el manejo del campo virtual. El curso lo impartió un sociólogo. De esta manera se posibilita la expansión de la etnografía rápida necesaria para las consultorías actuales.

⁴ Entre los años 2005 y 2010 revisé más de cien informes de consultoría realizados en el ámbito de la salud (en Bolivia) por distintas organizaciones e instituciones nacionales e internacionales, donde constaté las deficiencias metodológicas de la mayoría de los estudios (véase Ramírez Hita, 2011).

en ocasiones clínicos, estudiantes, sujetos «capacitados» que forman parte activa del problema que se investiga —como puede ser el caso de «acompañantes par» en la problemática del VIH/SIDA—, recopilan la información de campo. A menudo el antropólogo queda al margen de la recolección del dato y este es un elemento que contradice los presupuestos epistemológicos del método etnográfico, en donde el investigador se considera a sí mismo como el elemento de observación por excelencia (Malinowski, 1922; Mead, 1959; Taylor y Bogdan, 1975; Peltó y Peltó, 1978; Hammersley y Atkinson, 1983; Reeves, 2000; entre otros).

El método etnográfico implica una manera específica de acercamiento a la realidad para obtener información en profundidad sobre la temática que se desea abordar. Ello conlleva, por un lado, un tiempo prolongado de convivencia con el grupo social que se decide investigar y, por otro, una relación con los sujetos de estudio que trasciende la de observador/observado, para pasar a una relación entre observación y transformación (Denman y Haro, 2000). Partiendo de esta interacción entre observador/observado, entenderemos el hecho de que los valores del investigador influyan en la investigación (Guba y Lincoln, 2000), y si consideramos esta premisa nos preguntaremos: ¿cómo se trasladan los valores de un investigador a otro si quien obtiene el dato es un investigador y quien analiza y escribe la investigación es otro?

En la convivencia prolongada con un grupo determinado, el dato no es impersonal como cuando se utiliza la técnica de encuesta, en donde no interesa el sujeto en sí, sino el dato que aporta. Los sujetos, en la información obtenida a través del método etnográfico, pasan a constituir el elemento central, no el dato abstraído de la realidad; de esta manera, los datos construidos a partir de la vida cotidiana en la que está inserto el etnógrafo son más ricos y complejos que aquellos que se han descontextualizado de sus marcos de origen. Los sujetos están inmersos en contextos complejos de relaciones múltiples que no pueden ser abordados exclusivamente con la técnica de entrevista en inmersiones espaciadas y sin permanencia constante en campo. La manera de cuestionar lo observado, de ver y construir más allá de lo evidente, es garantizando una buena recolección de información que involucre no solo el discurso sino también las prácticas (Ramírez Hita, 2009a).

Según Zemelman (2005:87) deberíamos partir de la duda previa al discurso, formulándonos la pregunta: «¿Cómo podemos colocarnos ante aquello que queremos conocer?»; y ese «colocarnos» en el plano de la etnografía nos llevará a la construcción de pensamiento que nos ayude a problematizar el tiempo, la permanencia prolongada y continua, para obtener un compromiso con la realidad y con los sujetos sociales con los que trabajamos, e incorporar en la construcción de conocimiento a actores reales.

No todas las investigaciones efectuadas con metodología cualitativa están realizadas a través de la etnografía, a pesar de que algunos antropólogos utilizan estos términos como equivalentes, lo que se ha naturalizado hasta casi alcanzar un consenso en algunos ámbitos académicos. Debido a numerosos factores —el más importante, sin duda, la oferta laboral—, la etnografía se está convirtiendo cada vez más en una suma de técnicas cualitativas utilizadas en períodos de tiempo tan cortos que no deberían denominarse como tal.

Convivir con los grupos en estudio permite obtener no solo una mejor calidad en la recolección del dato (calidad entendida como fiabilidad del dato registrado), sino que también permite al antropólogo entender con mayor profundidad por qué suceden los hechos de una cierta manera. En definitiva, el método etnográfico posibilita dar cuenta de las articulaciones que se dan entre las representaciones y las prácticas, ya que una cosa es lo que los sujetos sociales *dicen hacer* y otra es *lo que hacen*. La observación de las prácticas pasa a ser la mejor manera de obtener el dato; y sin duda la técnica a través de la cual el registro de los datos es más fiable es la de la observación participante, con la que el antropólogo participa del día a día del grupo que desea estudiar (Ramírez Hita, 2009a).

Habitualmente la etnografía implica una relación con el *Otro* que va más allá del tiempo específico de la investigación. Los investigadores suelen quedar unidos a los grupos de estudio, en ocasiones a través del compadrazgo, padrinzago u otro vínculo familiar o de amistad; este elemento incide en una relación que sobrepasa el ámbito científico para pasar al ámbito cotidiano, familiar, que comúnmente no termina cuando finaliza la investigación. En este contexto, la calidad en la recolección del dato no solo es más fiable, sino que el compromiso que se establece entre el investigador y la población que se investiga otorga un lugar especial al trabajo de campo, ya que involucra la

conciencia de cómo puede repercutir la información extraída en el grupo estudiado. Los que utilizamos este tipo de método conocemos cuáles son aquellos hechos que no pueden ser nombrados, narrados o descritos, puesto que perjudicarían a las poblaciones con las que nos hemos comprometido. Este es un aspecto central en la investigación que no suele ser percibido por los investigadores que analizan información recogida por «otros».

Mi preocupación no es solo la apropiación por parte de los clínicos del método etnográfico, que necesita de formación académica y, sin duda, de tiempo suficiente para una correcta aplicación; sino que la preocupación central de este artículo gira en torno a las investigaciones basadas exclusivamente en lo que los sujetos sociales «dicen», registrado en espacios fuera del contexto etnográfico. Y ello creo que debe ser reflexionado desde la perspectiva de la intervención.

Como plantea Miguel Bartolomé (2004: 87), «para que la observación etnográfica sea posible y legítima es necesario convivir con la gente y no solo relacionarse con unos cuantos ‘informantes’».

Entiendo, entonces, la etnografía como una estrategia metodológica de acercamiento a la realidad que implica una convivencia prolongada con el grupo o los sujetos de estudio, por un periodo de trabajo de campo no menor a un año, donde el investigador pasa a formar parte del día a día del *Otro*, en todos sus quehaceres cotidianos. Este método implica un rompimiento del objeto/sujeto para pasar al sujeto/sujeto, en ocasiones a partir de la creación de lazos familiares que vinculan al investigador de por vida con los sujetos de estudio. La etnografía no se restringe exclusivamente al campo, sino a la construcción y problematización constante de categorías en el plano empírico y teórico, indisociables en todo el proceso de la investigación.

Las narrativas sobre enfermedad, aflicción, sufrimiento, condiciones laborales, etc., pueden ser construidas a través de lo que los sujetos dicen, expresan, narran; sin embargo, es importante la observación de la práctica. En el año 2004 realicé una investigación de dos años a través del método etnográfico en la ciudad de Potosí, Bolivia, para conocer cuáles eran las problemáticas de salud más importantes. En el discurso, los habitantes (en su mayoría indígenas quechuas) y el personal sanitario expresaban solo una parte de los problemas de salud. Uno de los elementos que encontré cuando conviví con las familias mineras fue la importancia de los varones en la salud familiar —algo

que no aparecía en los discursos—, así como la violencia doméstica, los suicidios y las violaciones intrafamiliares, datos que eran excluidos de las narraciones de los profesionales sanitarios y de la población⁵.

El hecho de basarse solo en narrativas influye en la calidad de la investigación y en las intervenciones que se llevan a cabo en el campo de la salud. Existen limitaciones en este tipo de abordaje. Según Menéndez: «Las propuestas de los interpretativistas consideran que el actor siempre dice la (su) verdad o que su perspectiva es la correcta respecto de ‘su’ realidad, pero frecuentemente sin observar ni describir que su punto de vista puede ocultar, negar o desconocer algunos de los procesos que generan consecuencias más negativas para su propia realidad» (Menéndez, 2001: 34).

Otro ejemplo reside en las investigaciones *at home* y los problemas que aparecen en los estudios sobre migración que se realizan sin el conocimiento de los contextos de origen. Para tener una visión holística, conocer la cultura de origen debería constituir el punto de partida, aunque se investigue puntualmente una patología o cualquier problemática relacionada con algo muy concreto, sobre todo con inmigrantes de primera generación. Si se trabaja el proceso de salud y migración exclusivamente a través de narraciones «en» los países de destino y se ignora la cultura de origen, el análisis será sesgado al no poder aproximarse a la dimensión real de lo sociocultural. El discurso en la migración puede modificarse en función de los códigos de la nueva cultura a la que está expuesto el sujeto. Y la modificación del discurso solo se puede interpretar contrastando la nueva información con los significados de la cultura original.

Otro de los ejemplos que puede ilustrar esta cuestión es una investigación de metodología cualitativa que realicé en 2007 y 2008, sobre calidad de atención en los servicios de salud pública del altiplano boliviano. La obtención de la información fue diseñada para realizarse a través de las técnicas de entrevistas y observación en los servicios de salud pública con enfoque intercultural. Después de concretar 50 entrevistas, a mitad del trabajo de campo quedé ingresada en el hospital de Potosí y tuvieron que realizarme una intervención quirúrgica. El hecho de realizar observación participante en el interior de un

5 Véase Ramírez Hita (2009a).

hospital público implicó conocer información que no había sido verbalizada en las narrativas de los pacientes ni del personal sanitario. Esto fue de suma importancia para conocer el motivo por el cual había un número elevado de muertes hospitalarias en ese centro, reconocido reiteradamente por las consultorías como ejemplo de uno de los programas exitosos de salud intercultural. Observé que uno de los mayores problemas en el hospital era la higiene, tanto del personal sanitario como de los materiales que se usaban, los baños destinados a los pacientes, la comida, etc. La internación no solo me permitió observar, sino también padecer, las carencias de las prácticas higiénicas y sanitarias. A los tres días de mi internación solicité asistencia para ir al baño. Mi estado físico me impedía caminar y una estudiante de enfermería me trasladó en silla de ruedas al único baño disponible para las 20 mujeres ingresadas en la sección en la que me encontraba. Eran las tres de la madrugada. Esa noche el sanitario se encontraba regado de sangre. Pedí a la estudiante que por favor llamara a la señora de la limpieza. Así lo hizo. Ante mi sorpresa, la señora tomó la fregona del suelo, toda sucia, y la pasó por el sanitario intentando sacar la sangre. Inmediatamente después la estudiante de enfermería me levantó de la silla de ruedas, como si las condiciones del mismo fueran las óptimas para ser utilizado. Este fue solo un episodio de los muchos que registré a lo largo de mis 12 días de internación. A partir de ahí comencé a indagar sobre el motivo por el cual no aparecía ese dato en las narraciones, y llegué a la conclusión de que la falta de higiene era una práctica normalizada hasta el punto de no considerarla un problema. Estos ejemplos muestran las limitaciones del uso exclusivo de narrativas para interpretar o explicar situaciones relacionadas al ámbito de la salud, la enfermedad y la atención.

Las etnografías disfrazadas de realidad

Una de las características más importantes de la antropología, no ya médica, sino de cualquiera de las ramas de esta disciplina, es la manera como se investiga. La antropología se diferencia del resto de las ciencias sociales básicamente por la utilización del método etnográfico y, por tanto, por el desarrollo de un tipo de metodología que puede dar cuenta de excelentes estudios microsociales, ciertamente insuperable por otras disciplinas afines. Este método implica un tiempo

prolongado de convivencia con el grupo que se estudia⁶. Sin embargo, el problema aparece cuando la etnografía deja de ser utilizada por los propios antropólogos como manera de aproximarse y conceptualizar la realidad del *Otro*. Existe un gran número de informes, artículos y libros —correspondientes en su mayoría a trabajos de consultorías— que se refieren al uso o al deseo de utilizar la etnografía como método de abordaje de la realidad, que se expresan en los siguientes términos: Se ha realizado «acercamiento etnográfico», «enfoque etnográfico», «orientación etnográfica», etc. Estos términos suelen ser utilizados por antropólogos que no han convivido con el grupo de estudio, sino que, en la mayoría de los casos, simplemente han utilizado una metodología cualitativa a través de la técnica de entrevista, grupo focal y, a veces, la observación. No obstante, dejan entrever que han realizado etnografía. Estas prácticas se encuentran plasmadas en estudios para proyectos de organizaciones no gubernamentales (ONG), agencias de desarrollo y en el propio ámbito académico. También es común encontrar estudios en los que se menciona la utilización de la observación participante, aunque en realidad sea una indagación corta en el interior de alguna institución sanitaria o la utilización de la técnica de entrevista «dentro» de una unidad doméstica o en un servicio de salud. Existe una confusión que, si bien es entendible en las ciencias de la salud, no se justifica dentro de las ciencias sociales.

Uno de los mayores problemas lo encontramos en la formación académica de nuestra disciplina. En algunos países no es requisito un trabajo de investigación final que exija una etnografía como estrategia de aprendizaje. En algunas universidades la asignatura de metodología es impartida por profesores que no utilizan el método etnográfico en sus investigaciones. Si bien existe un énfasis en la importancia de la etnografía en nuestra disciplina, lo que se transmite como enseñanza es cómo utilizar fundamentalmente la técnica de entrevista. De tal modo

⁶ Sean las investigaciones efectuadas en zonas rurales o urbanas. Hago esta aclaración ya que es frecuente encontrar estudios antropológicos realizados en zonas urbanas que se mencionan como etnografías sin serlo. A veces se confunde que el antropólogo viva en la misma ciudad en la que realiza la investigación con la convivencia con el grupo de estudio. Por ejemplo, se puede vivir en una ciudad y realizar una investigación en un barrio gitano, donde el investigador va y viene cada día, pero es distinto vivir en el barrio gitano «con los gitanos», en donde el etnógrafo permanecerá mañana, tarde y noche, y donde su convivencia con el grupo será realmente en el contexto etnográfico.

que la etnografía queda dentro del campo académico en el discurso, sin reflejarse en la práctica de cierta antropología contemporánea. Y pareciera que por el hecho de hacer antropología *at home* el antropólogo estuviera eximido de convivir con el grupo de estudio con el que trabaja.

Según Menéndez (2001: 9), «la aplicación de las técnicas cualitativas [...] [*no solo*] han modificado negativamente algunos de sus usos, sino que han conducido a una creciente incongruencia entre los marcos teóricos y metodológicos [...] tanto en términos de investigación como de intervención». Respecto a los sesgos que presentan en nuestra disciplina las corrientes tanto teorícista como empiricista: «La primera se expresa a través de autores que solo reflexionan teóricamente sobre la metodología y especialmente sobre los aspectos teóricos de la misma, y que frecuentemente es realizada por autores que no han hecho investigación. Desde hace años, autores que han tenidos notoria influencia entre nosotros, como Giddens o Habermas, ejemplifican esta orientación. La segunda tendencia se caracteriza por no darle importancia a la reflexión teórica, y reducirla a la producción y análisis de la información, al trabajo de campo [...] que conduce a muchos a ver a la teoría como una limitante de la investigación» (Menéndez, 2001:15-16), y lamentablemente estos dos extremos son los más comunes de encontrar en la antropología contemporánea.

Existen varios motivos por los cuales las narrativas son registradas en periodos cortos. Sin duda, el más importante es la escasa oferta laboral para investigaciones realmente comprometidas con la realidad. Este tipo de estudios no solo los encontramos en ONG, agencias de desarrollo o cooperación, sino también en los ámbitos universitarios, que cada vez exigen acortar más los plazos de las investigaciones, debido a los recortes en los presupuestos. Y ello lleva a incentivar a las universidades a ser económicamente productivas, por lo que se deben realizar numerosas investigaciones en poco tiempo, incluso simultáneamente. Los organismos financiadores terminan marcando las líneas de investigación que, en ocasiones, no representan las necesidades más importantes de salud de las diversas poblaciones, como sucede con los estudios financiados por la Comisión Europea —en Europa o Latinoamérica—, o en el caso de América Latina, trabajos financiados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), agencias de desarrollo y

diferentes cooperaciones. Entre ellos se encuentran, por ejemplo, los trabajos realizados sobre salud intercultural en América Latina o sobre VIH/SIDA en el caso de los gitanos en Europa⁷.

Esta reflexión debería formar parte de los ámbitos académicos junto con los recortes en la utilización de técnicas que implican exclusivamente recolección de datos y en donde el dato en sí pareciera ser el objetivo final de la investigación, ya que se está tendiendo a proponer estrategias de cambio y acción sin suficiente construcción teórica.

A propósito de las universidades, Zemelman (2005: 64) reflexiona sobre los problemas de la formación: «Al no tomar en cuenta esta dificultad en la formación de los científicos sociales, corremos el riesgo de que ellos estén pensando ficticiamente, es decir, que —aun cuando existan excepciones— estén pensando sobre realidades inventadas».

En investigaciones cortas y basadas exclusivamente en entrevistas aparece la necesidad del consentimiento informado como manera de justificar las intervenciones rápidas y limpiar la conciencia del investigador (alegando que ha sido consentida la información del *Otro*) sobre el uso que se hará del dato. En el contexto de la etnografía, el consentimiento informado carece de sentido ya que la confianza establecida con el *Otro* otorga una confidencialidad explícita mutua (sujeto/sujeto), que no requiere ser concretada en la firma de un documento, ya que la confidencialidad hace que el investigador —basado en principios deontológicos— sepa lo que puede o no desvelar y qué deberá guardar como *secreto de familia*.

La recolección del dato y su escritura

Las cuestiones epistemológicas que condicionan tanto la investigación empírica como la construcción del texto antropológico llevan a problemas que comúnmente pasan desapercibidos. Según Cardoso de Oliveira (1996), estos conceptos suelen quedar exentos de la problematización dentro de nuestro quehacer antropológico, ya que pareciera algo simple y familiar y, por lo tanto, no se cuestiona cómo se mira, cómo se escucha y cómo se escribe.

⁷ Véase sobre gitanos Ramírez Hita (2007), y para el caso de salud intercultural, Ramírez Hita (2011a).

Cuando pienso en la acción de escuchar no me refiero exclusivamente a la técnica de entrevista o a los grupos de discusión, sino a aquella información que aparece en la vida cotidiana de los grupos y sujetos sociales. La única manera de acceder a esa información más íntima o más genuina que no aparece normalmente en la entrevista es a través de la etnografía, mediante la utilización de la técnica de observación participante y en la convivencia prolongada con el grupo o con los sujetos sociales objeto de estudio.

La técnica de la entrevista posee algunas limitaciones cuando se utiliza en una metodología cualitativa, fuera de la etnografía. Quiero enfatizar la diferencia entre *metodología cualitativa* y *método etnográfico*; éste se encuentra incluido dentro de lo que se denomina metodología cualitativa, pero la primera no es exclusiva del método etnográfico ni son equivalentes. Algunos investigadores, por el solo hecho de utilizar técnicas cualitativas como entrevistas y observación fundamentalmente, ya consideran que están haciendo etnografía. Esta es una de las grandes confusiones de los profesionales que dicen hacer etnografía sin convivir con los sujetos sociales.

Cuando el investigador va puntualmente a realizar entrevistas, pasa unas horas y vuelve a casa. ¿Dónde quedó la información de todo el tiempo que no estuvo presente?

Esto limita el registro del dato, lo que se verbaliza en la escena que se crea en el contexto de la entrevista; así, el entrevistado y el entrevistador se colocan en una posición escénica que difiere de lo cotidiano —aunque la entrevista sea realizada en el interior del hogar o en la iglesia, o dentro de una institución sanitaria—, de tal modo que la relación no es realmente dialógica, en las mismas condiciones de diálogo. La sensación de alguien que interroga y otro que contesta está implícita en la técnica de entrevista. Existe una extensa literatura sobre la relación entre entrevistador y entrevistado (Whyte, 1953; Junker, 1960; Garfinkel, 1967; Glaser y Strauss, 1967; Dean *et alii*, 1967; Dexter, 1970; Geertz, 1973; Taylor y Bogdan, 1975; Bourdieu *et alii*, 1975; Zimmerman y Wieder, 1977; Rabinow, 1977; Hammersley y Atkinson, 1983; Bourdieu y Wacquant, 1992; entre otros). Aquí no me dedicaré a desarrollar el tema, aunque sí apuntaré a la desigualdad del acto de preguntar y escuchar.

Lluís Mallart (2008, 2009), en uno de sus artículos, nos habla del trabajo de campo que realizó durante más de seis años continuados

entre los evuzok, un grupo beti del África. En su desarrollo sobre qué significa la etnografía utiliza la expresión *saber perder el tiempo* como algo fundamental de la práctica antropológica. Puntualiza que, paradójicamente, la *pérdida de tiempo* —interactuando con el grupo de estudio— implica una ganancia de información. Conseguir un espacio y lugar dentro de la comunidad o el grupo que se investiga es imprescindible y ello solo puede darse con un tiempo prolongado en campo. El antropólogo catalán señala, además, que deberían ser eliminados los trabajos de campo que no sobrepasan los tres meses, que son, sin duda, los tiempos más comunes de encontrar en la antropología contemporánea.

La mejor información aparece cuando no existe la grabadora y cuando en lugar de hablar de entrevistas —que parece ser la técnica por excelencia de la metodología cualitativa— propiciamos *conversaciones*. Es en la *conversación*, no en la *entrevista*, donde obtenemos una relación de diálogo más simétrica, más comprometida con los sujetos. No deberíamos entrevistar —en el sentido de interrogar—, sino *conversar*. Bourdieu plantea que se ha de privilegiar la entrevista, y yo considero que se ha de priorizar la *conversación*. En la *conversación* no solo se pregunta, sino que se cuenta sobre uno mismo, sobre los miedos, sufrimientos y alegrías del propio investigador. Esta es la única manera de conseguir una información simétrica basada en la confianza que se genera no solo cuando se acepta al investigador sino a la persona; es ahí donde el dato comienza a fluir auténticamente. Bourdieu, en *La Misère du Monde* (1993), decía que un buen sociólogo no es necesariamente un buen encuestador; yo considero que un buen antropólogo sí debe ser un buen trabajador de campo, ya que parto de que quien obtiene el dato es fundamental para escribirlo, analizarlo, interpretarlo o explicarlo. Aquel que vio, escuchó, escribió e interactuó sobre la realidad que narra, por último intenta repercutir en el ámbito social, académico y político.

El trabajo de escritura, de construcción de los textos antropológicos, no es solo narrativo, sino político y epistemológico, y su base es la obtención del dato. Aquí reside la importancia indiscutible de obtener la información en las mejores condiciones, sobre todo cuando ello repercute en la intervención de programas o políticas.

Los datos los construye el investigador desde el momento de la descripción (Cardoso, 1996). El problema aparece cuando la informa-

ción del diario de campo, de las entrevistas, de todo aquello que ha sido escrito, se traslada fuera del ámbito de origen y es analizado por otros antropólogos, diferentes de los que recolectaron la información. Cada vez es más común encontrar a investigadores que envían a estudiantes o profesionales a recoger datos para ser analizados después por ellos. Esto conlleva problemas epistemológicos y repercute no solo en el texto final sino en los propios actores con los que se trabajó e investigó. Estos problemas no se suelen explicar en los trabajos y no se problematizan en la investigación, lo que constituye un punto central en la calidad y los desajustes metodológicos que encontramos en ciertos trabajos antropológicos.

Cuando el antropólogo hace etnografía conoce cuáles son los elementos que puede escribir y los que deben ser guardados en el diario de campo y no deben ser desvelados. Cuando un diario de campo llega a manos de otro investigador que no estuvo en el campo, que no realizó la etnografía, que no pasó el frío o el calor, el aburrimiento, la pobreza, la enfermedad o el sufrimiento de aquellos que investigan en su propia piel, no percibe qué puede ser escrito y qué no. La sensibilidad que aporta la convivencia y el permanecer el día a día con el grupo que se investiga —me refiero a permanencias mínimas de un año continuado— otorgan una calidad y percepción del dato que va mucho más allá de la que se obtiene con la simple entrevista o la observación parcializada de algunas situaciones de la vida cotidiana en periodos cortos, aunque estos periodos sumados representen uno, dos o más años.

En consecuencia, se observa que se concede más importancia al texto construido que al proceso de cómo se construyó, quién sacó los datos, cómo los obtuvo y quién escribió el documento, a pesar de que estos elementos son centrales para hablar transparentemente sobre narrativas antropológicas y entender muchos fracasos de programas sanitarios incentivados por antropólogos médicos⁸.

⁸ Por ejemplo, los programas de salud intercultural impulsados en América Latina. Véase Ramírez Hita (2011a).

Los usos y desusos del método etnográfico

Como vengo apuntando, los diversos usos del método etnográfico han tomado en la actualidad lineamientos contrarios a cómo se concibieron y pensaron, hasta llegar al extremo de las etnografías denominadas rápidas, las que poseen una mayor financiación por lo frecuentes que se han vuelto en la cooperación internacional. Se utiliza el nombre de «etnografía» para estudios hechos en periodos cortos y, además, para hacer comparaciones entre diversos países sobre problemáticas de salud. Son trabajos orientados al diagnóstico previo a la intervención o a la evaluación posterior a la ejecución de programas sanitarios.

La etnografía ha aportado diversos matices para distintas corrientes teóricas, desde las interpretativas a las críticas, llegando a los actuales debates sobre *performance ethnography*.⁹ Para los interpretativistas, el análisis de la enfermedad se realiza como símbolo o texto, y la etnografía se dedica a interpretar los significados. Mi reflexión se acerca, entonces, a este punto. ¿Cómo se pueden interpretar los significados y otorgarles importancia sin cuestionar cómo han sido extraídos? ¿De dónde proviene el dato? ¿Quién obtuvo el dato y cómo lo obtuvo? Es frecuente encontrar excelentes análisis de narraciones en trabajos que suelen obviar escribir sobre cómo se obtuvo el relato o hallar interpretaciones de entrevistas concretadas en periodos espaciados de tiempo; durante los fines de semana, una vez al mes, en las vacaciones académicas y un sinfín de combinaciones que entrevén la desvinculación entre lo dicho y lo que ocurrió en el transcurso del tiempo que el antropólogo no estuvo en campo. Y aquí hay que considerar que la discontinuidad temporal afecta la relación con los sujetos de estudio; por tanto, a la calidad del dato que se obtiene y a la disposición de los sujetos de estudio para compartir o dar información al investigador.

Creo que esas narraciones realizadas en contextos rápidos o prolongados, pero sin continuidad y sin convivencia con los sujetos sociales de la unidad de análisis que se investiga, no deberían llamarse etnografías. El análisis sobre lo que un sujeto verbaliza en periodos

⁹ Sobre *performance ethnography*, véase Denzin (1996, 2003) y Jones (2002), entre otros.

cortos o largos, cuando el investigador no forma parte del proceso de estudio en un contexto etnográfico, lleva a un dato que debe ser sometido a cuestionamiento y problematizado por el rigor metodológico.

Dar cuenta del punto de vista del actor implicaría no solo las narrativas de los actores sino la utilización de la etnografía en el sentido que vengo apuntando, en donde el sufrimiento y la aflicción son parte no solo de los sujetos de estudio sino también del investigador, y ello influye en el texto final. La experiencia, no solo del sujeto con el que se dialoga sino del propio antropólogo en relación con su informante, no debería limitarse al lenguaje. Si partimos de que la enfermedad es, entre otros elementos, el resultado de las condiciones sociales, éstas no deben restringirse al discurso. El discurso por sí solo, extraído muchas veces de lugares diferentes de los espacios en donde se desarrolla la vida cotidiana, puede encubrir realidades tras su descontextualización. Debemos apuntar al lenguaje que surge en el proceso de la etnografía, diferente al del contexto de la entrevista aislada y a veces hasta opuesto.

De todo lo expresado hasta el momento se desprende la importancia del tiempo continuo en campo y la necesidad de separar la actividad de docencia y la de investigación. La etnografía requiere de *una longue durée* que no puede ser compartida con otras actividades.

Mi propuesta apunta a reflexionar sobre la necesidad de realizar etnografías, sean fuera o dentro de la ciudad o comunidad en la que vive el antropólogo. Ello implica cambiar de vivienda si se realiza trabajo de campo en la misma ciudad de residencia del investigador, para pasar un tiempo largo inmerso en el grupo. En definitiva, el método etnográfico implica «tiempo» y un desprendimiento de las obligaciones de docencia y familiares durante el periodo de trabajo de campo.

Los antropólogos solemos realizar un permanente cuestionamiento de lo cuantitativo sin reflexionar lo suficiente sobre la manera en que se realizan las investigaciones cualitativas en la actualidad, cuando la información termina siendo tan cuestionable como la del dato extraído de su contexto de origen y trasladado a números.

Es importante reflexionar sobre el papel y la responsabilidad del profesor universitario en esta degradación de las investigaciones antropológicas, donde cada vez se da menor importancia a cómo se

recogió el dato, razón por la que hay menos etnografías realmente serias y sólidas.

Existe un problema tanto en ámbitos académicos como en las consultorías —que en ocasiones realizan los propios profesores universitarios— que tiene que ver con la rapidez en la recolección del dato y la simplificación del proceso de investigación, que no deja lugar al pensamiento. Sin la intención de generalizar, algunos académicos se conforman con la realización de consultorías o investigaciones dentro de los parámetros que marcan los financiadores, muchas veces alejados de las necesidades de los distintos grupos de población. Quedan, de esta manera, apaciguados con trabajo, pero sin el tiempo necesario para aportar con una producción crítica que provoque cambios en las realidades que se investigan.

Ahora bien, los investigadores (académicos y no académicos) tenemos una responsabilidad de la cual no podemos excluirnos ni excusarnos. Nuestras investigaciones deberían responder a las necesidades de los grupos de estudio más que a las institucionales o a las empresas financiadoras. Así pues, debería corresponder a los investigadores —no a las instituciones— determinar el tiempo y el método de investigación necesarios para concluir buenas investigaciones. Existe, por tanto, una necesidad de reflexionar y consensuar la práctica antropológica.

La pregunta que creo debemos hacernos es: ¿cuántas investigaciones académicas han repercutido realmente en cambios para los grupos estudiados? Y si no sirven nuestras investigaciones para mejorar las sociedades, ¿estamos realmente comprometidos con las realidades que estudiamos? El conformismo académico es preocupante, así como las cada vez menos voces disidentes sobre la calidad de las investigaciones actuales, donde el antropólogo queda reducido a ser un simple técnico. De seguir en esta línea nos dirigimos a la pérdida de la etnografía como práctica antropológica, y con ella, a la desaparición de la esencia de nuestra disciplina.

Considero que no es precisa la creación de otro método adaptado a las nuevas necesidades laborales, sino demostrar a través de investigaciones sólidas lo necesarias que son para las instituciones que se declaran trabajadoras de lo social, de las diferencias y de las desigualdades en salud.

Agradecimientos

Quiero agradecer las conversaciones con María Julia Castellón-Arrieta, que ayudaron a profundizar y enriquecer este documento, así como los comentarios que me hicieron llegar Lluís Mallart y Oriol Romaní, y a los evaluadores de este artículo por sus valiosas aportaciones.

Bibliografía

- ALLUÉ, Xavier; MASCARELLA, Laura; BERNAL, Mariola y COMELLES, Josep Maria. «De la hegemonía de la clínica a la etnográfica en la investigación intercultural en salud». En FERNANDEZ, Gerardo (comp.) (2006) *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI: 15-32.
- BARTOLOMÉ, Miguel (2004) «En defensa de la etnografía. Aspectos contemporáneos de la investigación intercultural». *Revista de Antropología Avá*, 5. Posadas-Misiones-Argentina: 69-89.
- BENTLEY, Margaret; PELTO, Gretel; STRAUS, Walter; SCHUMANN, Debra *et alii* (1988) «Rapid ethnographic assessment: Applications in a diarrhea management program». *Social Science and Medicine*, 27 (1): 107-116.
- BOURDIEU, Pierre; CHAMBOREDON, Jean-Claude; PASSERON, J.C. (1975) *El oficio de sociólogo*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- BOURDIEU, Pierre; WACQUANT, Loic J. D. (1992) *An invitation to Reflexive Sociology*. Chicago: Chicago University Press.
- BOURDIEU, Pierre (1993) *La Misère du Monde*. Le Seuil, Collection Libre Examen. France.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto (1996) «O trabalho do antropólogo: olhar, escutar, escrever». *Revista Antropologia*, 39:1. Publicação do Departamento de Antropologia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo: 13-37.
- DEAN, John; EICHORN, R.; DEAN, Lois (1967) «Fruitfull Informants for intensive Interviewing». DOBY (comp.) *And introduction to social Rebearch*. Nueva York: Appleton-Century-crofts.
- DENMAN, Catalina; HARO, Jesús (2000) «Introducción: trayectoria y desarvíos de los métodos cualitativos en la investigación social». En *Por los rincones*. El Colegio de Sonora. México: 9-55.

- DENZIN, Norman (1996) *Interpretive Ethnography: Ethnographic Practices for the 21st Century*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- (2003) *Performances Ethnography. Critical pedagogy and the Politics of Culture*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- DEXTER, Lewis (1970) *Elite and Specialized Interviewing*. Evanston, Illinois: Northwestern University Press.
- FAMILY HEALTH INTERNATIONAL (2001) «Rapid Ethnography of Male to Male sexuality and sexual Health». Nepal. URL disponible en: <http://www.who.int/hiv/topics/vct/sw_toolkit/ethnography_male_male_sexuality.pdf>.
- GARFINKEL, Harold (1967) *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- GEERTZ, Clifford [1973] (1990) *La interpretación de las culturas*. España: Gedisa.
- GLASER, Barney y STRAUSS, Anselm (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- GUBA, Egon y LINCOLN, Yvonna (2000) Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En DENMAN, Catalina y HARO, Jesús (comps.) *Por los rincones*. El Colegio de Sonora. México: 113-145.
- HAMMERSLEY, Martín y ATKINSON, Paul [1983] (1994) *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- JONES, Joni (2002) «Performance Ethnography: The Role of the Embodiment in Cultural Authenticity». *Theatre Topics* 12 (1):1-15.
- JUNKER, B. (1960) *Field Work*. Chicago, Illinois: University of Chicago Press.
- MALINOWSKI, Bronislaw [1922] (1995) *Los Argonautas del Pacífico Occidental*. Barcelona: Península.
- MALLART, Lluís (2008) «Reflexiones sobre la etnografía por el estudio de los sistemas médicos africanos». En FERNÁNDEZ, Gerardo; GONZÁLEZ, Irene y GARCÍA, Puerto (coord.) *La diversidad ante el espejo: Salud, Interculturalidad y contexto migratorio*. Quito: ABYA YALA: 187-196.
- (2009) «Esdevenir antropològic». *Revista Periferia*. Número 11, diciembre. <<http://antropologia.uab.es/Periferia/Articles/2-Mallart.pdf>>.

- MEAD, Margaret (1959) «Apprenticeship Under Boas». En: W. GOLDSCHMIDT. *The Anthropology of Franz Boas*. Washington, American Anthropological Association, Memoir 89: 29-45.
- MENÉNDEZ, Eduardo (2001) «Técnicas cualitativas, problematización de la realidad y mercado de saberes». Buenos Aires: *Cuadernos de Antropología Social*. Número 13: 9-51. Facultad de Filosofía y Letras-UBA.
- PELTO, Pertti; PELTO, Gretel (1978) *Anthropological Research*. Cambridge: Cambridge University Press.
- RABINOW, Paul (1977) *Reflections on Fieldwork in Morocco*. Berkeley: University of California Press.
- RAMÍREZ HITA, Susana [2005] (2010) *Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud de la ciudad de Potosí*. La Paz: Cooperación Italiana.
- (2007) *Entre calles estrechas: Gitanos: prácticas y saberes médicos*. Barcelona: Bellaterra.
- [2009] (2010) *Calidad de atención en salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechuas y aymaras del altiplano boliviano*. La Paz: OPS/OMS. URL disponible en: <<http://www.ops.org.bo/textocompleto/nca30643.pdf>>.
- (2009a) «La contribución del método etnográfico en el registro del dato epidemiológico. Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí». Buenos Aires: *Revista Salud Colectiva* 5 (1): 63-85.
- (2011) «Ética y calidad en las investigaciones sociales en salud. Los desajustes de la realidad». Santiago de Chile: *Acta Bioethica* 17 (1): 61-71. URL disponible en: <<http://www.actabioethica.cl/docs/acta23.pdf>>.
- (2011a) *Salud intercultural. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano*. La Paz: ISEAT.
- REEVES, Peggy (2000) «El paradigma etnográfico». En DENMAN, Catalina. y HARO, Jesús (comp.) *Por los rincones*. México: El Colegio de Sonora: 207-226.
- ROMANÍ, Oriol (2010) La epidemiología sociocultural en el campo de las drogas: contextos, sujetos y sustancias. En HARO, Jesús (coord.). *El planteamiento de una epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires: Editorial Lugar-El Colegio de Sonora: 89-113.

- SCRIMSHAW, S.; HURTADO, E. (1987) *Rapid assessment procedures for nutrition and primary health care: anthropological approaches to improving programme effectiveness*. Los Angeles: UCLA. Latin American Center Publications, University of California.
- TAYLOR, Steven; BOGDAN, Robert (1975) «Introduction to Qualitative Research Methods». New York: Wiley. [Trad. Cast.: 1992] *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- TROTTER, Robert; NEEDLE, Richard; GOOSBY, Eric; BATES, Christopher; SINGER, Merrill. (2001) «A Methodological Model for Rapid Assessment, Response, and Evaluation: The RARE Program in Public Health». *Field Methods* 13: 137-158. URL disponible en: <<http://fm.sagepub.com/cgi/content/abstract/13/2/137>>.
- WHYTE, William (1953) «Interviewing for Organizational Research». *Human Organization* 12:15-22.
- ZEMELMAN, Hugo (2005) *Voluntad de conocer. El sujeto y su pensamiento en el paradigma crítico*. Anthropos Editorial; México: Centro de Investigaciones Humanísticas. Universidad Autónoma de Chiapas.
- ZIMMERMAN, D.; WIEDER, Lawrence (1977) «The Diary: Diary-Interview Method». *Urban Life* 5 (4): 479-498.

TÉCNICAS CUALITATIVAS Y EPIDEMIOLOGÍA

Joan Guix Oliver

Profesor del máster de Antropología Médica y Salud Internacional (MAMSI)

Universitat Rovira i Virgili

Tarragona

joan.guix@gencat.cat

Resumen: La epidemiología, una ciencia y un método planteados para el conocimiento de la etiología de los fenómenos de salud, su descripción y la búsqueda de alternativas de intervención, ha utilizado habitualmente herramientas cuantitativas. Las metodologías cuantitativas constituyen una buena herramienta para abordar fenómenos objetivos y conocidos. Cuando nos enfrentamos a fenómenos como la multifactorialidad causal (social, cultural, política y conductual), las metodologías cualitativas son la solución. Actualmente no podemos pensar en un buen enfoque epidemiológico de los problemas de salud si no consideramos un abordaje metodológico complementario entre ambos métodos.

Palabras clave: epidemiología, metodologías cuantitativas, metodologías cualitativas.

Abstract: Epidemiology is a science and a method that emerged from the need to determine and describe the aetiology of health problems and to find alternative forms of intervention. It has traditionally used quantitative methodologies that have proven to be an effective tool for analysing objective and known phenomena. When dealing with phenomena such as multifactorial causation (e.g. social, cultural, political and behavioural causation), qualitative methods are the most effect tool available. Nowadays it is impossible to imagine a good epidemiological approach to health problems that does not involve a complementary methodological approach between both methods.

Keywords: epidemiology, quantitative methodologies, qualitative methodologies.

I. Salud y enfermedad

Jesús Ibáñez dejó escrito que «A nivel infrapersonal y bioquímico no hay diferencias. A nivel personal, hay diferencias. A nivel colectivo, hay sobrediferencias» (Ibáñez, 1979). El ser humano es muy complejo en cuanto a su biología, pero en los ámbitos colectivo y social, que son su forma real de existencia, la complejidad es infinitamente superior. El ser humano no es comprensible si lo aislamos de su contexto. Las conductas del ser humano no son comprensibles si las aislamos de su entorno social, cultural y económico.

Lo que en los seres humanos denominamos *salud* es un concepto muy complejo, compuesto de elementos objetivos, relacionados con el funcionamiento de los órganos, es decir, con la biología, pero también con otros elementos cognitivos (la propia percepción de la salud) y adaptativos (la capacidad personal de integrarse en el medio). Un enfoque exclusivamente objetivo, biológico, de la salud, siempre será incompleto y sesgado.

Freidson afirmó, con toda razón, que «cuando un veterinario diagnostica una enfermedad a una vaca, esta no modifica su conducta. Cuando un médico lo hace a una persona, esta sí que modifica su conducta» (Freidson, 1978). El concepto *enfermedad*, entendido ampliamente como la *no salud*, se corresponde, en la realidad, con un concepto estadístico. La enfermedad se interpreta más bien como una *desviación* de los valores estándar de la sociedad, como una desviación de la *norma*, que a su vez corresponde a los valores objetivos y subjetivos de la mayoría de la sociedad. Estar dentro de la norma es la *normalidad*, la *salud*. Estar fuera de la norma es la no normalidad, la *anormalidad*, la *enfermedad*. En esta línea, para Parsons estar enfermo es un trastorno en la condición normal del ser humano, tanto desde un punto de vista biológico como sociológico, e interpreta la enfermedad desde este último punto de vista como una forma de desviación, de anormalidad, entendiéndola como desviación cualquier acto o conducta que perturbe las normas de un sistema social determinado, las cuales reflejan expectativas sociales de una conducta determinada (Parsons, 1982; Guix, 2009).

En todo caso, salud y enfermedad no tan solo corresponden a concepciones biológicas y plenamente objetivas. Son fenómenos sociales, con una base biológica, ciertamente, pero con un importante

constructo de tipo social y cultural, sin el cual son imposibles de comprender ni de estudiar.

El idioma inglés, en este sentido, es más explicativo que las lenguas de raíz latina. Nuestra *enfermedad* en realidad comprende los conceptos anglosajones de *disease* (la enfermedad biológica, objetiva), *illness* (el cómo percibo yo, enfermo, mi propia enfermedad; la dimensión cognitiva) y *sickness* (el cómo ve e interpreta la sociedad mi enfermedad; la dimensión adaptativa, social). Si no consideramos en conjunto las tres dimensiones no podemos comprender el por qué la vaca no se altera y sí lo hace el ser humano ante un diagnóstico de enfermedad. Y si no comprendemos esto, no comprendemos qué es ni qué significa el fenómeno *enfermedad*, ni podemos estudiarlo.

II. Conocer la salud y la enfermedad

«La investigación comprende el trabajo creativo llevado a cabo de forma sistemática para incrementar el volumen de conocimientos, incluido el conocimiento del hombre, la cultura y la sociedad» (Frascati, 2000). Para investigar nos formulamos preguntas, basadas en el método científico, para poder responderlas de forma sistemática.

Al investigar en el terreno de la salud, y muy especialmente en el de la salud pública, utilizamos como metodología fundamental la epidemiología, que se ha definido de manera clásica como «un razonamiento y un método propios de trabajo objetivo en medicina y otras ciencias de la salud, aplicados a la descripción de los fenómenos de salud, a la explicación de su etiología y a la búsqueda de métodos de intervención más eficaces» (Jeniceck y Cléroux, 1987). No obstante, la definición de Kawakita es más explícita desde nuestro punto de interés: «La epidemiología es la rama de la salud pública cuyo propósito es describir y explicar la dinámica de la salud poblacional, identificar los elementos que la componen y comprender las fuerzas que la gobiernan, a fin de intervenir en el curso de su desarrollo natural» (Kawakita *et alii*, 1993).

En todo caso, la epidemiología pretende dar respuestas a preguntas del tipo de *quién tiene qué, cuándo, dónde y por qué*, y sus utilidades básicas se podrían resumir en (Hernández-Ávila, 2000):

- Identificación de la historia natural de las enfermedades.

- Descripción de la distribución, frecuencia y tendencias de la enfermedad en las poblaciones.
- Identificación de la etiología y los factores de riesgo para la aparición y desarrollo de las enfermedades.
- Identificación y explicación de los mecanismos de transmisión y diseminación de las enfermedades.
- Identificación de la magnitud y tendencias de las necesidades de salud.
- Identificación de la magnitud, vulnerabilidad y formas de control de los problemas de salud.
- Evaluación de la eficacia y efectividad de las intervenciones terapéuticas.
- Evaluación de la eficacia y efectividad de la tecnología médica.
- Evaluación del diseño y ejecución de los programas y servicios de salud.

El cambio del paradigma de morbimortalidad ocurrido en los países desarrollados en los años posteriores a la II Guerra Mundial, que substituyó un modelo predominante de enfermedades agudas y, generalmente, infecciosas por un nuevo contexto de enfermedades crónicas y degenerativas, comportó que modelos de relación causa-efecto relativamente lineales y simples —como el de Koch-Henle, el de Bardford-Hill o el de Evans (Gálvez Vargas y Rodríguez-Contreras, 1991), que podrían resumirse en que un efecto es causado específicamente por un solo factor y que esta relación se puede reproducir experimentalmente—, válidos a grandes rasgos para enfermedades infecciosas, ya no fuesen tan explicativos para las enfermedades crónicas y degenerativas. Surgió así un nuevo modelo explicativo de relación causal, el de Rothman, que comporta la posibilidad de la existencia de diversos elementos componentes en la causalidad del efecto y que introduce los conceptos de causa necesaria, causa suficiente y causa componente, junto con la existencia de factores predisponentes, factores facilitadores, factores desencadenantes, factores de riesgo y factores modificadores del resultado (antagonistas y sinérgicos). Este modelo de Rothman nos explica que:

- 1) Ninguna de las causas componentes es superflua;
- 2) No existe especificidad: un mismo efecto puede ser producido por distintas causas suficientes;
- 3) Una causa componente puede formar parte de más de una causa suficiente para el mismo efecto. Si una misma causa componente forma parte de todas las causas suficientes, la denominamos *causa necesaria*;
- 4) Una misma causa componente puede formar parte de distintas causas suficientes de distintos efectos; y
- 5) Dos causas componentes de una causa suficiente se considera que tienen una interacción biológica, es decir, que ninguna actúa por su cuenta. El grado de interacción puede depender de otras causas componentes (Gálvez Vargas y Rodríguez-Contreras, 1991).

Pero la multicausalidad no es solo de carácter biológico (De Almeida, 2007; Conde y Pérez Andrés, 1995). Desde los planteamientos de Dahlgreen y Whitehead (1991) y de Marmot (2008), y anteriormente de Lalonde, M. (1981), conocemos el impacto de los denominados *determinantes sociales y económicos de la salud*. El fenómeno salud-enfermedad está condicionado por una amplia y compleja serie de factores, de índole no tan solo biológica, sino social, cultural y económica, no siempre fácilmente cuantificables. En este paradigma, la metodología basada en la identificación de variables, de factores de riesgo, ya no es suficiente para comprender el binomio salud-enfermedad, tal como lo concebimos hoy en día.

La cuestión es si la epidemiología clásica, con su metodología centrada en los métodos cuantitativos, y especialmente en la estadística, es capaz de abordar adecuadamente estos nuevos parajes.

Las metodologías cuantitativas están concebidas para medir fenómenos. Pueden responder a preguntas del tipo *¿Cuánto?* o *¿Con qué fuerza?* o *¿Con qué frecuencia?*. No obstante, hemos admitido que los fenómenos salud y enfermedad no son comprensibles plenamente si no se interpretan en su contexto social y cultural. Sucede que la estadística, para trabajar, debe aislar al individuo del conjunto. Obtiene muestras, y para ello desagrega. Considera al individuo en solitario, de forma aislada de sus influencias exógenas. Por si fuese poco, en muchas ocasiones estandariza, establece mínimos comunes denominadores para objetivar más el análisis (Menéndez, 1988). Elimina la influencia del grupo. Seguramente puedo analizar el *disease*,

pero ¿cómo analizo el *sickness*, la interpretación de la sociedad sobre el enfermo y la enfermedad, por ejemplo? (Menéndez, 1998; Segura del Pozo, 2007, 2008).

Por otra parte, la epidemiología clásica suele centrarse más en el método que en la elaboración de la hipótesis, el discurso y la información (Segura, 2006). Se centra más en la enfermedad que en la salud y, para poderlos manejar estadísticamente, incluso cuando pretende abordar temas sociales, intenta reducir los *inputs*, la información, a datos, a factores desagregados, a elementos cuantificables, a factores de riesgo. Con ello no hace más que profundizar en el proceso de individualización y asocialización del análisis del binomio salud-enfermedad.

Sin embargo, si desconozco un fenómeno, no puedo medirlo. Para poder medir debo conocer aquello que deseo medir. Para conocer un fenómeno ignorado debo plantear preguntas del tipo ¿qué? o ¿por qué?. Para responder a estas preguntas la metodología adecuada es la cualitativa (Conde y Pérez Andrés, 1995). Por otra parte, al basarnos en la estadística, significa que deberemos reducir la información a cuestionarios, bases de datos, tablas y gráficos, con lo cual el exceso de información existente en los agentes del fenómeno, en las personas, se perderá. Se excluye todo lo no mensurable. En un cuestionario solo se responde a lo que se pregunta, y se responde teniendo en cuenta las respuestas planteadas por el investigador. Como decíamos, si el investigador desconoce, no puede preguntar.

Si nos movemos en un entorno multicasual, en el que la causalidad no descansa exclusivamente en lo biológico, sino en los determinantes sociales y en las interrelaciones, existe una contradicción evidente entre el objetivo teórico y las metodologías empleadas.

III. Las metodologías cualitativas en la epidemiología

Etimológicamente, la palabra *epidemiología* deriva del griego *epi* ('acerca, sobre') y *demos* ('pueblo, sociedad'). Es decir, se trata del *estudio de lo que le pasa a la sociedad*. Se trata de algo mucho más amplio que la pura singularidad aislada del individuo que forma parte de la muestra. Hablamos de influencias, de interferencias, de relaciones.

Algunos autores afirman, con razón, que los hábitos y las conductas no son responsabilidad del individuo, sino del entorno social,

económico y cultural en el que se desenvuelve el individuo (Dahlgren y Whitehead, 1991). Un nuevo enfoque epidemiológico ha intentado abordar el problema: la epidemiología social. No obstante, al continuar basándose en la estadística, reduce las variables, como hemos mencionado anteriormente, a factores de riesgo, con lo cual nuevamente el foco recae sobre el individuo, obviando la utilización de series históricas largas con la finalidad de garantizar e incrementar la fiabilidad de los datos. La llamada *epidemiología crítica* intenta dar un paso más allá: «La epidemiología crítica, uno de los ejes de la salud colectiva, se refiere tanto al análisis riguroso de la argumentación y del método, como al análisis de las relaciones entre las condiciones de regulación social, desigualdad y poder» (Breilh, 2002).

Si el nuevo paradigma explicativo de los fenómenos de salud y enfermedad reside en el terreno de lo social, lo político, cultural o económico (Muntaner y Gómez, 2003), la cuestión no puede ser *metodología cuantitativa* o *metodología cualitativa*. Las dos son necesarias. Nos hallamos ante una nueva epidemiología que debe utilizar todas las herramientas disponibles, tanto cuantitativas como cualitativas. Es el imperio de la ya llamada por algunos *epidemiología mestiza* (Segura del Pozo, 2007).

El papel de las metodologías cualitativas en el terreno del análisis epidemiológico se restringió clásicamente a una función complementaria. Se acepta la metodología cualitativa en epidemiología cuando existe un déficit en el conocimiento de los antecedentes (*background*) de las conductas individuales o colectivas, para adquirir conocimientos sobre temas inabordables cuantitativamente, y como herramientas para la generación de hipótesis (Muntaner y Gómez, 2003).

Popay (2003) habla de un *modelo de mejora* y un *modelo epistemológico* de las metodologías cualitativas en los estudios de salud pública. En el *modelo de mejora*, el papel fundamental de la metodología cualitativa es complementario, como generador de hipótesis, como ayuda para la identificación y como constructor de medidas más sofisticadas acerca de los fenómenos sociales, o como explicación de los resultados inesperados de los estudios cuantitativos en epidemiología. En el paradigma del *modelo epistemológico*, la metodología cualitativa desempeña su papel en la investigación de hechos que el resto de metodologías no pueden interpretar, para profundizar

en la comprensión de realidades y acercar al investigador a la realidad de la enfermedad o el problema investigado.

El epidemiólogo, al afrontar una investigación, tanto en el terreno de la investigación epidemiológica de campo como en la social, procede con una secuencia determinada, utilizando determinadas técnicas para cada uno de sus diversos escalones. Podríamos resumir el esquema de las diversas fases de un estudio epidemiológico en:

- Etapa descriptiva
 - Identificación de un problema.
 - Confirmación de la homogeneidad de los hechos.
 - Recolección de datos de todos los hechos.
 - Identificación de las características de los hechos.
 - Estudio de las formas de aparición y de las tendencias.
- Etapa analítica
 - Formulación de una hipótesis.
 - Análisis del material en función de la hipótesis.
- Etapa experimental
 - Verificación de la hipótesis por observación o ensayo.
- Interpretación
 - Producción de resultados.
 - Redacción del informe.

En la etapa descriptiva, tanto en la identificación del problema como en la identificación de las características de los hechos y en el estudio de las formas de aparición, técnicas cualitativas como la observación etnográfica, la entrevista (abierta, semiestructurada o estructurada) o, incluso, el grupo focal, desempeñan un papel esencial. En muchas ocasiones, al investigar problemas de base social o histórica, el análisis del discurso tiene una utilidad insustituible.

Así mismo, al formular hipótesis en la etapa analítica, o al interpretar hallazgos en la fase de interpretación, las técnicas de consenso (Delphi, *brainstorming*, grupos nominales, etc.) pueden proporcionar una ayuda inestimable en la generación o la comprensión de hechos o hallazgos, que limitándonos a las metodologías cuantitativas sería imposible.

Afortunadamente, esta visión de la ya mencionada *epidemiología mestiza* o *etnoepidemiología* se está extendiendo entre los epidemiólogos. Las potencialidades son tantas que es absurdo ignorarlas.

Por otra parte, justo es reconocer que incluso los mismos epidemiólogos de campo, aquellos cuya labor es más concreta y más cuantitativa, quizás de forma no siempre consciente han utilizado la metodología cualitativa en sus estudios. ¿O es que es factible estudiar un brote de intoxicación alimentaria, por ejemplo, sin observar o sin preguntar? Incluso a los mayores detractores de las herramientas cualitativas en epidemiología cabría recordarles el gran descubrimiento del burgués gentilhomme de Molière. Resulta que siempre hemos hablado en prosa, sin saberlo. Siempre hemos utilizado metodología cualitativa sin saberlo. Otra epidemiología no es posible.

Bibliografía

- BREILH, J. (2002) *Epidemiología crítica: hacia un paradigma emancipador e intercultural de la ciencia y el conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- CONDE, F.; PÉREZ ANDRES, C. (1995) «La investigación cualitativa en salud pública». *Rev Esp Salud Pública*. 69: 145-149.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of Futures Studies.
- DE ALMEIDA, N. (2007) «Por una epidemiología con (más que) números: cómo superar la falsa oposición cuantitativo-cualitativo». *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 3 (3), Sept.-Dic.: 229-233.
- FRASCATI, M. (2000) *Propuesta de Norma Práctica para encuestas de investigación y desarrollo experimental*. Accesible en <http://www.fecyt.es/publi_fecyt.asp>. Fecha de consulta: 30-03-2010.
- FREIDSON, E. (1978) *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península.
- GÁLVEZ VARGAS, R.; RODRÍGUEZ-CONTRERAS, P. (1991) «Teoría de la causalidad en epidemiología». En PIEDROLA GIL, G. *Medicina preventiva y salud pública*.
- GUIX, J. (2009) «Drogodependencia y rol del enfermo». *Salud 2000*. 122: 9-12.
- HERNÁNDEZ-ÁVILA, M. (2000) «Diseño de estudios epidemiológicos». *Salud Pública de México*. 2:144-154.
- IBÁÑEZ, J. (1979) *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: teoría y crítica (Sociología y política)*. Madrid: Siglo XXI.

- JENICECK, M.; CLÉROUX, R. (1987) *Epidemiologia*. Barcelona: Salvat Editores.
- KAWAKITA, Y.; SAKAI, I.; OTZUKA, M. (1993) *History of epidemiology*. Tokio: EuroAmerica Inc. Publishers.
- LALONDE, M. (1981) *A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document*. Canadá: Ministry of Supply and Services. Accesible en <<http://www.fundadeps.org/Observatorio.asp?grupoRec=Todas%20las%20edades&tiporecursoAct=Documentos%20/%20Estudios&tematicaRec=Promoci%F3n%20y%20Educaci%F3n%20para%20la%20Salud,Salud%20P%FABlica&titulo=Informe%20Lalonde&codrecurso=132>>. Fecha de consulta: 01-04-2012.
- MARMOT, M. (2008) *CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
- MENÉNDEZ, E. (1998a) «Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significación diferente». *Estudios Sociológicos*, XVI: 46. 1998. Accesible en http://www.hemerodigital.unam.mx/ANUIES/colmex/estud_soc/ene-abr98/estud46/sec_15.html. Fecha de consulta: 25-02-2010.
- (1998b) «Modelo médico hegemónico y atención primaria». *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires. Accesible en <<http://www.chubut.gov.ar/salud/capacitacion/imagenes/eje1,%20enc.1,%20Modelo%20M%E9dico%20Hegem%F3nico%20y%20APS,%20E.Menendez.pdf>>. Fecha de consulta: 01-04-2012.
- MUNTANER, C.; GÓMEZ, M. B. (2003) «Qualitative and quantitative research in social epidemiology: is complementarity the only issue?». *Gac Sanit*, 17 (Supl 3): 53-57.
- PARSONS, T. (1982) *El sistema social*. Madrid: Alianza.
- POPAY, J. (2003) «Qualitative research and the epidemiological imagination: a vital relationship». *Gac Sanit*, 17 (Supl 3): 58-63.
- SEGURA DEL POZO, J. (2008) «Los métodos cualitativos en Epidemiología (1ª parte): métodos o miradas diferentes». Accesible en <http://www.madrimsd.org/blogs/salud_publica/2008/07/02/95963>. (Fecha de consultado: 25-02-2010).

- (2007a) «Epidemiología mestiza (Hybrid epidemiology)». *Gac Sanit*, 21(1): 88-89.
 - (2007b) «La política de los grandes números» de Alain Desrosières: una historia y sociología de la estadística (1.ª parte). Accesible en <http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2007/06/29/68972>.
- SEGURA, J. (2006) «Epidemiología de campo y epidemiología social». *Gac Sanit*, 20(2): 153-158.
- SUSSER, M. (1991) «What is a cause and how do we know one? A grammar for pragmatic epidemiology». *Am J Epidemiol*, 133: 635-648.

II
DISTINTAS EXPERIENCIAS DE INVESTIGACIÓN

EVALUANDO EL SISTEMA DE ALCANTARILLADO. LA EXPERIENCIA
DE LÍDERES Y VECINOS SOBRE UNA INTERVENCIÓN
DE SANEAMIENTO AMBIENTAL¹

Cristina Larrea Killinger

Profesora titular de Antropología de la Universidad de Barcelona (UB)

Profesora visitante del Instituto de Saúde Coletiva de la Universidade

Federal da Bahia (ISC-UFBA)

larrea@ub.edu

Resumen: En este artículo se presenta una reflexión antropológica sobre la experiencia de líderes y vecinos de un barrio marginal de Salvador de Bahía, denominado Nova Constituinte, ante la implantación de una red de alcantarillado. El objetivo principal es analizar cómo vivieron los actores sociales el proceso de construcción, instalación, conservación y mantenimiento de un sistema de alcantarillado, para comprender cómo valoraron sus efectos y percibieron los cambios en salud que se dieron durante y después de esta intervención. Las evaluaciones cualitativas que tienen en cuenta la experiencia de los sujetos permiten profundizar sobre conocimientos y acciones desarrolladas difícilmente mensurables. La etnografía facilitó la observación de la dinámica de esta intervención y los efectos que percibieron los actores sociales. Desde un punto de vista metodológico, se tuvo en cuenta el análisis de los discursos procedentes de entrevistas en profundidad, así como las notas de observación etnográfica dentro de un contexto de investigación intensiva en el barrio que se inició en el año 1997 y finalizó en 2008. A pesar de contar con datos de observación durante todos los años comprendidos en este período, destacan los datos et-

¹ Este artículo es una versión traducida de un capítulo escrito en portugués, compilado por Barreto, Rego y Larrea en el libro *Avaliando o impacto na saúde de um programa de saneamento ambiental. Fundamentos teórico-metodológicos e resultados de uma pesquisa interdisciplinar* (en prensa).

nográficos recogidos en períodos más intensivos: el primero, antes y durante la construcción de la red de alcantarillado, entre 1997 y 1998; el segundo, dos años después de la previsión inicial de entrada en funcionamiento del sistema (2002); el tercero, después de que comenzaran las conexiones intradomiciliares y se pusiera en marcha definitivamente el sistema; y por último, en 2007, cuando se filmó un documental, a petición de la comunidad, como parte del proceso de devolución de los resultados de la investigación. Por último, se comparan los resultados procedentes de una parte del barrio donde hubo intervención y de otra donde no se construyó la red de alcantarillado.

Palabras clave: saneamiento ambiental, clientelismo político, percepciones y prácticas sobre la salud, evaluación cualitativa, etnografía de larga duración.

Abstract: This article is an anthropological reflection on the experiences of community leaders and inhabitants regarding the installation of a sewer system in the marginalized Nova Constituyente neighbourhood in Salvador de Bahía. The main objective is to analyze how these people lived through the process of building, installing and maintaining a sewer system and to understand how they rated its effects and perceived the changes in their health during and after the construction process. Qualitative evaluations of the subjects provide in-depth detail of knowledge and actions that are difficult to measure. The dynamics of the construction work and its effects on inhabitants were observed using ethnographic techniques. The methodology involved the analysis of in-depth interviews and ethnographic notes taken during intensive research conducted in the neighbourhood from 1997 to 2008. Although ethnographic data were obtained for each year of the period under study, the most interesting data come from the most intense periods. The first of these was from 1997 to 1998, that is, before and during the construction process; the second was 2002, that is two years after the sewer system began to function; the third was after the system had come fully on line and homes had started to be connected to it; and the fourth was 2007 when a documentary was filmed, at the request of the community, as

part of the process of informing them of the results of the research. Finally, the results from one part of the neighbourhood where the sewer system was installed are compared with those from another part where the system was not built.

Keywords: *environmental sanitation, political clientelism, health perceptions and practices, qualitative evaluation, long-term ethnography.*

Introducción

Esta reflexión parte de los resultados de una investigación cualitativa en el marco de un proyecto interdisciplinar centrado en la evaluación epidemiológica de un programa de saneamiento ambiental² en la ciudad de Salvador de Bahía y el entorno de la Bahía de Todos los Santos (Barreto *et alii*, 2007). Desde una perspectiva antropológica³ se analizan las experiencias locales relacionadas con estas nuevas intervenciones de saneamiento y la producción de significados socioculturales que vincularon estas acciones de desarrollo a la salud, antes y después de su aplicación en dos barrios de la ciudad de Salvador de Bahía (Larrea-Killinger y Barreto, 2001). A partir de una etnografía extensa y en colaboración, la descripción densa (Geertz, 1989) de los significados y de las acciones locales en torno al desarrollo de este programa se centran en lo que respecta al sistema de alcantarillado.

2 A pesar de que el saneamiento se define como un conjunto de acciones que incluyen el alcantarillado, el suministro de agua potable, la recogida de basuras y el drenaje pluvial, en este programa ambiental, conocido como *Bahía Azul*, se excluyó la construcción de drenaje pluvial por ser competencia de los ayuntamientos. El Estado Federal de Bahía era el organismo responsable de la gestión del resto de infraestructuras. Por esta razón, este proyecto interdisciplinar contempló el estudio de las intervenciones de alcantarillado, mejoras en el suministro de agua potable y ampliación del servicio de recogida de basuras.

3 Los proyectos fueron los siguientes: «Acompanhamento das mudanças das percepções da população resultantes das ações do programa de saneamento Bahia Azul» y «Práticas de auto-atenção em saúde infantil: estudo antropológico das doenças diarreicas», integrados en los siguientes proyectos interdisciplinares coordinados por el profesor Maurício Barreto: «Projeto de avaliação epidemiológica do Programa de Saneamento Ambiental Bahia Azul», financiado por el Departamento de Recursos Hídricos e Habitação do Estado de Bahia, y «Diarréia Infantil: Epidemiologia ambiental e molecular e repercussões no desenvolvimento físico e mental», financiado por el programa PRO-NEX del CNPq (num: 661086/1998-4), y coordinado por el profesor Maurício L. Barreto, del Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

En este artículo se pretende explorar mejor cuáles fueron las representaciones sociales de los beneficios en salud obtenidos y las relaciones políticas entre el mundo local y global (Gledhill, 2000). Como el sistema de alcantarillado representó una gran inversión económica (fondos públicos, privados e internacionales) en la ciudad, siguiendo las prioridades indicadas por Naciones Unidas en la década de 1990 para el desarrollo de obras en saneamiento con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, lo que se busca en este texto es proponer algunas reflexiones antropológicas sobre el impacto local (Okongbu y Mencher, 2000) de esta nueva política global en el Estado de Bahía⁴.

La evaluación cualitativa⁵ es un método de investigación poco utilizado para el estudio de intervenciones en salud (Minayo *et alii*, 2008). Mientras que la evaluación se ha concebido usualmente como un instrumento de medida de proyectos de intervención, la cualificación de los conocimientos y acciones relacionadas con las transformaciones que acarrearán estos proyectos ha sido poco explorada. Por eso, resulta necesario realizar estudios de evaluación cualitativa que tengan en consideración el análisis de los discursos y de las prácticas de los sujetos relacionados con estas intervenciones para comprender cómo se percibe una innovación desde el punto de vista de los que se benefician.

La evaluación cualitativa de un programa de saneamiento y, en este caso, de instalación de una red de alcantarillado, contempló el uso de la etnografía como método para investigar su efectividad. Tuvo en cuenta la percepción social de los procesos de intervención y comparó las expectativas de cambio que las personas del barrio de

⁴ Souza (2003) alerta sobre la falta de estudios de investigación en políticas públicas en Brasil. La falta de diálogo entre investigadores y la ausencia de cierta unidad metodológica conduce a este campo a una trayectoria bastante difusa. El principal desafío es adquirir suficiente autonomía científica, pues existen investigadores que colaboran con los órganos gubernamentales que financian este tipo de investigaciones, así como saber controlar la agenda de investigación sin depender de los temas de interés de la administración y de los recursos.

⁵ Antes de la evaluación cualitativa se encuentra la investigación cualitativa. Lo que diferencia a una de la otra es que la primera se centra más en la comprensión de los procesos de transformación a través de la triangulación de métodos que en la solución de problemas y toma de decisiones.

Nova Constituyente⁶ tuvieron desde el inicio de la obra hasta la puesta en marcha del sistema. Al comparar la situación anterior y posterior a la instalación de la red, la investigación cualitativa consiguió analizar y diferenciar las percepciones y acciones sociales vinculadas al proceso de modernización de la higiene pública. Este cambio sociohistórico fue percibido en el barrio de modo discontinuo y más o menos intenso según los eventos que con ella se relacionaron. Dado que los procesos de transformación no fueron constantes y progresivos, al existir variaciones temporales de éxito y fracaso de la intervención, los actores sociales percibían de manera discontinua la implantación del sistema de alcantarillado. Al seguir procesos de aceleración, estancamiento o regresión, los actores sociales tendían a aceptar, resistir o rechazar distintas fases de intervención.

Wolf (1987) mostró que no existe un desarrollo homogéneo de una sociedad en línea ascendente como si se tratara de una historia moral de éxito. Este autor se interesó por demostrar que los cambios son procesos sociales múltiples e interconectados, complejos y heterogéneos, que vinculan aspectos de la vida social como la economía, la política y la cultura, y cuya comprensión solo es posible a través del estudio de estas dinámicas de la vida en su conjunto. A pesar de que existe una asentada idea de que la infraestructura que simboliza un modelo universalista de ciudad higiénica es la existencia de un eficiente sistema de alcantarillado, resulta fundamental interpretar la diversidad de significados socioculturales que se producen a partir del estudio de las adaptaciones, contradicciones, conflictos y resistencias locales en este tipo de programas de desarrollo. La contribución de la antropología responde al análisis de la crítica del fenómeno sociocultural que representan los programas y políticas de desarrollo desde una perspectiva dialéctica, comparando la producción de discursos de las instituciones y las agencias con los desarrollados por los actores sociales que participan de estas intervenciones (Bretón, 2010).

Este estudio permitió conocer este proceso de transformación de las condiciones higiénicas en la ciudad a partir de una intervención en saneamiento dentro de un programa de modernización urbana

⁶ Nova Constituyente fue uno de los barrios que formó parte de la investigación antropológica. Una caracterización más reciente del barrio la encontramos en Larrea-Killinger y Barreto (2006).

con miras a mejorar la situación de salud e incentivar el desarrollo de nuevas infraestructuras para estimular la inversión económica y el turismo. Como el sistema de alcantarillado combinaba una tecnología doble, de ramal convencional con ramal condominial (Lobo, 2003), siendo este último una innovación brasileña para reducir los costes económicos, extender la cobertura de red e incorporar la participación social en el proceso de mantenimiento, resulta significativo observar cómo se implantó y desarrolló este modelo tecnológico para comprender mejor cómo se articularon las relaciones sociopolíticas entre las instituciones, las asociaciones y los habitantes del barrio.

En este texto se analizan siete acontecimientos relacionados con las experiencias sociales más intensas del cambio que supuso esta intervención⁷. Estos períodos de mayor intensidad se analizan teniendo en cuenta las dimensiones urbana y sanitaria, así como su relación.

El primer aspecto tratado es el proceso de construcción de la red de alcantarillado, que solamente benefició a una parte del barrio⁸; el segundo es la formación de síndicos y subsíndicos, escogidos por Embasa (compañía de aguas y saneamiento) para actuar como mediadores voluntarios en el barrio y difundir los conocimientos necesarios para un buen uso del sistema; el tercero tiene que ver con el proceso de conservación del sistema, las acciones concretas de los síndicos y el panorama que hubo antes de la instalación de las conexiones intradomiciliares a la red condominial; el cuarto empieza con la instalación de las conexiones intradomiciliares a partir del año 2003; el quinto trata del mantenimiento del sistema; el sexto de la experiencia de los vecinos sin sistema de alcantarillado; y el último, de las relaciones entre saneamiento y salud.

7 Para profundizar en la percepción social de las intervenciones en saneamiento se recomienda consultar el artículo de Avannar (2008), donde se desarrolla un modelo conceptual de aproximación al saneamiento que incluye la percepción, las sensaciones y las prácticas individuales relacionadas con la disposición de las heces y la orina. Compara diversas sociedades y civilizaciones históricas para desentrañar la aproximación individual del saneamiento según las influencias psicosocioeconómicas, y considerando cuatro factores: los tipos de asentamiento humano (urbano o rural), el ambiente natural, la religión y la cultura (doctrinas religiosas, orden social, miedo y superstición) y la sociedad (salud, riqueza, tecnología, género y seguridad personal).

8 El barrio contemplaba dos áreas diferenciadas, una donde se instaló el sistema y otra donde no se construyó la red de alcantarillado (Larrea-Killinger y Barreto, 2006). Dentro del área saneada había una parte que hasta el año 2010 funcionaba precariamente y otra parte que funcionaba bien.

Metodología

El proceso de construcción, conservación, instalación y mantenimiento del sistema de alcantarillado se evalúa de manera cualitativa según el punto de vista de los actores sociales. Se parte de un análisis crítico de los discursos y observaciones etnográficas sobre conocimientos y prácticas de líderes, síndicos, subsíndicos y vecinos del barrio de Nova Constituyente. La antropología facilita la aplicación de una perspectiva holística y comparada situando la producción del lenguaje en el contexto de la experiencia del mundo, es decir, de la manera en que este proceso fue vivido (Das, 1998).

Los datos analizados fueron recogidos en cuatro momentos muy específicos dentro de una etnografía que abarcó una década (1997-2008), con diversas etapas de investigación. Una primera etapa antes y durante la construcción de red de alcantarillado entre 1997 y 1998, que incluye entrevistas y observaciones de 15 unidades domésticas y entrevistas a 11 líderes. Una segunda etapa intensiva de campo entre los meses de octubre y diciembre del año 2002, que incluye entrevistas semiestructuradas a 6 síndicos (3 hombres y 3 mujeres), 4 subsíndicos (3 hombres y 1 mujer) y observaciones etnográficas centradas en las acciones y conocimientos sobre el saneamiento. En la tercera etapa se llevó a cabo un taller participativo con síndicos, subsíndicos y líderes para la devolución de los resultados, cuya experiencia fue registrada en noviembre del año 2005 (Larrea, 2007). Esta experiencia fue muy importante, ya que constituía la primera oficina participativa que agrupó a 3 síndicos, 1 subsíndico, 1 subsíndica y 4 mujeres líderes, que hicieron una evaluación colectiva sobre la eficiencia del sistema de alcantarillado en presencia de 1 epidemiólogo, 2 antropólogas y 1 antropólogo. Una cuarta etapa fue realizada el mes de octubre del año 2007, como resultado de una filmación para la elaboración de un documental social requerido por la propia comunidad, que incluye entrevistas a 27 moradores del barrio (15 mujeres y 12 hombres), 6 síndicos (5 hombres y 1 mujer), 1 mujer agente de salud y 1 enfermera del centro de salud del propio barrio. Entre estos moradores había 8 que vivían en el área del barrio que no recibió ninguna intervención.

La construcción de la red de alcantarillado

Profundizar en el discurso sobre el proceso de construcción de una infraestructura urbana permite reflexionar sobre las relaciones de poder internas y su vinculación con las fuerzas políticas e institucionales en el desarrollo de la política local. Como las prácticas de clientelismo político estructuran todo el juego democrático en el barrio de Nova Constituinte, el valor de intercambio entre los votos y las infraestructuras adquiere un valor simbólico central con el alcantarillado, por ser una obra de gran impacto. El hecho de que los proyectos de mejora urbana (infraestructuras y servicios) se inicien normalmente en los barrios periféricos en período electoral constituye un ejemplo de que el rendimiento político es percibido por parte de la población como previo al beneficio social finalmente alcanzado (Larrea-Killinger, 2003). Una obra de gran envergadura, como fue la construcción del sistema de alcantarillado, movilizó votos al inicio de la obra e intensificó las relaciones entre líderes, vecinos y candidatos a concejales, mucho antes de que los pretendidos beneficios en salud e infraestructura llegaran. Esta movilización fue perdiendo intensidad después de finalizada la obra y se desactivó cuando la puesta en funcionamiento del sistema se retrasó.

¿La red de alcantarillado, una infraestructura poco visible al permanecer subterránea, podía llegar a tener suficiente rendimiento político? ¿Qué percepción había entre los vecinos sobre los beneficios a corto, medio y largo plazo del sistema de alcantarillado? ¿Cómo actuaron los vecinos durante el largo proceso de intervención del sistema de alcantarillado?

El caso de la intervención del programa de saneamiento ambiental *Babia Azul* agrupó un conjunto de acciones para la mejora de abastecimiento de agua, alcantarillado, recogida de basuras y educación ambiental. De todas estas acciones la construcción de la red de alcantarillado capitalizó los mayores recursos económicos y concentró las opiniones más diversas. Como el beneficio iba a ser enorme, en términos sanitarios y urbanísticos, al pasar de una cobertura del 26% de la población al 80%, la obra fue motivo de grandes expectativas, pero al mismo tiempo de grandes críticas. Se organizó una plataforma popular de fiscalización social llamado *Fórum de Controle Social* que denunciaba el desvío de recursos, el trabajo esclavo, la mala calidad

de los materiales, la falta de conclusión de algunos trechos de obra, etc., de la constructora OAS y de otras empresas también relacionadas (Borja y Moraes, 2011).

Al principio de la construcción, que comenzó en 1998, las opiniones y acciones de la plataforma contrastaron con la euforia política y económica que los principales medios de comunicación difundían sobre esta gran inversión para beneficiar el desarrollo de las infraestructuras, las mejorías de las condiciones en salud y ambientales, y la atracción del turismo.

Los síndicos y subsíndicos del barrio que fueron entrevistados en el año 2002, cuatro años después de la construcción de la red, evaluaron la eficacia de la misma teniendo en cuenta los trastornos que estaban sufriendo en ese momento porque las previsiones iniciales del año 2000 para que el sistema entrase en funcionamiento habían sido aplazadas. En ese momento la red presentaba problemas de conservación. Eso incitaba a los vecinos desconfiar de las instituciones públicas y a sospechar de la mala calidad de los materiales, por ser pobres y vivir en una ocupación informal.

Gramsci (Crehan, 2004: 121-122), que consideraba que la cultura subalterna estaba «históricamente a la defensiva», analizó cómo el sentido de subordinación condicionaba a las clases subalternas el modo particular de observar su mundo. El hecho de que los vecinos de este barrio fueran grupos sociales marginales favorecía que las administraciones públicas y los políticos ejercieran sobre ellos su fuerza hegemónica no solamente por coerción y explotación económica, sino también por el «consentimiento voluntario de los dominados». En las relaciones de poder se observaba una interdependencia entre la fuerza de coerción directa y otra de consentimiento voluntario, pues los intereses personales de los líderes y los intercambios de favores entre ellos y la élite política local condicionaban las fortalezas y fragilidades del consentimiento.

En opinión de este líder, el «consentimiento voluntario» de los habitantes de Nova Constituinte en creer en el discurso ideológico de las élites políticas locales sobre las mejorías del barrio fue colocado en suspenso, tal como vemos en la siguiente narrativa. Aparece la autoridad directa del Gobierno Federal como institución encargada de la gestión de la obra.

O povo está cansado da demagogia de político. Chega aqui promete que vai fazer e não faz. Agora perto da eleição cai todo o mundo encima. Cada qual diz que mandou fazer. Ninguém mandou fazer nada... Quem fez foi o próprio governo com dinheiro do Governo Federal (Pedro⁹, 2007).

A pesar de que los representantes políticos son quienes ejercen la hegemonía social a partir del «consentimiento histórico» de las clases subalternas, la idea del Estado aparece en momentos de crisis de autoridad. Que este líder observe el discurso de las élites políticas locales como un instrumento de apropiación indebida de las reformas urbanas significa que cuestiona la hegemonía de las élites políticas locales y devuelve al Gobierno Federal su autoridad como ejecutor directo de las reformas.

Los principales problemas detectados fueron la falta de cualificación de los trabajadores, la secuencia de la obra, los trastornos ocasionados durante el proceso de construcción, el lugar de colocación de las alcantarillas y los pozos de visita (PV), los accidentes de los vecinos por falta de señalización, el desperdicio de los tubos cuando tenían que rehacer alguna parte de la red, así como el diámetro del tubo; su menor dimensión, comparada con el utilizado para el abastecimiento de agua, se consideraba que facilitaba la obstrucción. La falta de drenaje pluvial y la recogida irregular de basuras proporcionaron la infiltración de basura en la red, sobre todo durante la época de lluvias; se reventaron tubos y se desbordaron las alcantarillas. Todas estas situaciones comprometieron y amenazaron la conservación de la red.

El resultado de estos trastornos y sufrimiento por la mala conservación de la obra era percibido, sobre todo, como consecuencia del aplazamiento que Embasa había llevado a cabo sin previo aviso. Las grandes expectativas iniciales fueron desapareciendo para algunos vecinos, que ya habían perdido la esperanza y la paciencia. Esto incidió en falta de colaboración y, en algunos casos, en destrucción de la obra.

Olha, sinceramente, no começo foi muito bom, foi gratificante, a gente participava das reuniões, estava tudo bem encaminhado, mas de repente aquela coisa foi enfraquecendo, a gente via que já não tinha mais aquele

⁹ Todos los nombres originales fueron cambiados para mantener la privacidad de los informantes.

interesse, começou a colocar as caixas, a botar os tubos. Vieram e depois pararam por aí (refere-se a Embasa), não voltaram mais, deram o caso como encerrado. Inclusive os próprios moradores não colaboram, roubam os tubos. Aqui por baixo mesmo não tem mais nenhum, roubaram todos. Então a gente foi criando aquela esperança.» Quando é que vai ter de novo?» Não procuram as pessoas nem nada, nem telefone pra contato. Aí a gente acabou, vamos dizer assim, desiludido, decepcionado com aquilo tudo que parecia tão bonito, uma coisa criativa, a gente participava. De repente aquela coisa foi morrendo, morrendo e ficou no que tá. Não vi mais nada, não se comenta mais nada, placas de Bahia Azul destruídas. Agora eu vejo lá embaixo o pessoal dando um bom adiantamento na obra lá de Praia Grande, a Bacia de Periperi. Só vejo aquilo ali com relação à periferia assim, lugares mais bem pobrezinhos, a coisa é meia braba. Não estou vendo nada indo pra frente, tudo aí parado. Pelo contrário, eu estou vendo é sumindo. As coisas das caixas o pessoal quebra, enfim (Marta, 2002).

La decepción de los vecinos al contemplar cómo una obra inconclusa y defectuosa causaba inundaciones y malos olores aumentó con la falta de drenaje pluvial y la ausencia de pavimentación. La falta de coordinación de las instituciones públicas a la hora de programar acciones secuenciales de la infraestructura llevó a que en grandes partes del barrio la red, las alcantarillas y los pozos de visita acabasen aflorando expuestos a la rotura y obstrucciones.

La desconfianza y sospecha contra Embasa aumentaron cuando el sistema fue aplazado sin que los síndicos llegaran a ser nunca informados. El proceso de construcción, demorado, ineficiente y de mala calidad, causó diversos accidentes. La obra acabó considerándose como un mero fin lucrativo para las constructoras.

Eu sei, o que eu tenho a dizer, é que foi um desperdício de dinheiro. Quem lucrou com isso foi a empresa que fez o serviço. A empresa que fez o serviço, a empreiteira foi que fanou esse dinheiro aí, e deixou o abacaxi aí, pra amanhã ou depois se existir uma nova verificação, ser novo dinheiro gasto, pra fazer nova revisão. Eles faz uma obra mal feita hoje, para reviver depois e ganhar outro dinheiro [...]. E como é que aqui, é em diversos locais que foi passado esse Bahia Azul, muita gente se queixa, muitos locais se queixam, muitos interiores que ela foi realizada, não fizeram nada que preste (Moisés, 2002).

La percepción de que las obras mal hechas rinden más económicamente era paralela a la idea de que la situación de pobreza en la que se encontraban generaba un discurso utilizado como instrumento de rendimiento político. El poder económico y político explotaban estos barrios para continuar manteniendo la reproducción de su hegemonía. Como se observó anteriormente, la subalternidad ejercida por la dominación de las élites políticas locales y el Gobierno Federal colocaba a los vecinos de Nova Constituinte en un estado de subordinación que llevaba, por un lado, a consentir las reformas percibidas como positivas, y al mismo tiempo sospechar que el objetivo final de esta intervención fuera la eficacia de reproducción de la hegemonía.

La formación del síndico para la conservación del sistema

En el año 1999 las trabajadoras sociales de Embasa llevaron una carta de invitación para que los residentes asistieran a una reunión en la que iban a escogerse, entre ellos mismos, los síndicos y subsíndicos. El síndico era un morador voluntario, con preferencia líder del barrio, que tenía funciones de supervisión para la conservación de la red. El subsíndico, también voluntario, contemplaba las funciones de secretario y de sustitución en las reuniones en caso de ausencia del síndico. Fueron invitados a participar durante 6 meses a un curso de educación ambiental una vez al mes. El objetivo principal consistió en explicar el programa de saneamiento ambiental *Babia Azul* y en facilitar estrategias formativas, educativas y comunicativas para que los participantes actuaran como multiplicadores entre sus vecinos con el fin de conservar el sistema de la red condominial y de que aconsejasen a los moradores no tirar basura a la calle.

La resistencia inicial de los síndicos y subsíndicos en responsabilizarse por el control de las conexiones y el mantenimiento de la red a través del trabajo comunitario fue superada por los educadores mediante el uso del método pedagógico participativo. Este método estimuló tanto a los participantes que permitió abrir nuevas perspectivas personales y experiencias de sociabilidad centradas en las amistades, en el ocio y en la voluntad de volver a estudiar. Fue un curso bien aceptado y gratificante.

Agora de um objetivo eu gostei: fiquei dez anos sem estudar, a gente fazia muita coisa de criatividade que ela ajudava a gente [...] E aí eu dizia assim pra ela: «Ah, eu vou voltar», e ela dizia: «Meu marido não vai deixar eu voltar pra sala de aula», mas a gente ficou empolgada, a gente ficou empolgada nesse negócio de Bahia Azul. Quando tinha Bahia Azul era um dia tranquilo. Todo mundo queria ir pra aprender mais um pouquinho, todo mundo perguntava, ela botava as perguntas, dava uns folhetos, a gente lia. «Hoje a gente vai fazer uma criatividade, hoje tem uma brincadeira», sempre uma coisa assim, mas dentro do assunto Bahia Azul. Ela explicou onde é que a água ia chegar, que ia chegar até alto mar, e que ia ter aquela filtração, ia passar pela bacia pra filtrar, separar toda a sujeira, o lixo e a água ia correr normal. Aí só faltava a compreensão dos moradores pra colaborar. Aí depois teve uma reunião lá pra fazer o encerramento na Escola Monteiro Lobato, a gente foi, foi uma maravilha! Teve até festival de acarajé! Agora a gente fica com saudade dessas pessoas que foram ótimas pessoas. A gente não vê mais. «[...] Ah voltei. Estive dez anos sem estudar, retornei a estudar por causa do Bahia Azul. Que ela deu conselho que a gente não parasse, se alguém tivesse algum objetivo, que corresse atrás desse objetivo, e que não esquecesse (Marta, 2002).

Hubo problemas de información y canalización de las quejas, por obstrucción de los PV y conexiones clandestinas; por la ausencia de coordinación entre las instituciones relacionadas con el programa *Bahia Azul*, así como por la falta de aplicación de los conocimientos adquiridos en el curso de educación ambiental.

A Embasa diz que é com a Bahia Azul, a Bahia Azul não se acha mais. Eu perguntei o pessoal daqui de uma obra e: «Ah, tá lá na Boca do Rio, foram embora pra lá». A OAS saiu, entrou outra companhia, disse que ia melhorar, ia refazer o trabalho, mas ficaram poucos meses, foi embora pra Boca do Rio e ficou tudo como está, tudo à toa, abandonado. Tem setor que já está ligado aos esgotos por aí afora, em Periperi, mas aqui não, aqui nós estamos abandonados em relação à Bahia Azul. De modo que eu peço que volte a reparar o serviço, o que precisa ser feito, pra poder a rede de esgoto funcionar. O que aconteceu foi que nosso curso ficou inválido! Como é que pode trabalhar? Não tem como atuar. Eu andei em muitas casas no setor que me pertence, como os panfletos orientados como ia fazer, a parte deles, os cuidados após ligar, mas não adiantou nada. Está o serviço parado. Aí eu quero que volte a melhorar, é isso que eu desejo (Manuel, 2002).

Después del curso de educación no hubo continuidad formativa ni atención a los síndicos y subsíndicos sobre el programa de saneamiento *Babia Azul*. Embasa nunca llamó para informar del aplazamiento ni para notificar sobre el inicio de las conexiones intradomiciliares. El programa de formación de síndicos no tuvo continuidad. Fueron totalmente olvidados por la compañía y rechazados por los vecinos.

La resistencia a actuar como fiscalizadores tenía que ver con los valores morales de respeto y privacidad que los síndicos mantenían con sus vecinos. La costumbre de evitar entrar en el patio sin permiso, por tratarse de un espacio privado, inhibió a muchos síndicos a la hora de inspeccionar la alcantarilla cuando estaba obstruida.

Muitos não aceitavam. Era difícil dialogar com eles e entrar em acordos e dizer a eles o que favorecia. Muitos logo após começar a fazer a rede, começaram a interligar as suas casas nas redes (gerais). Coisas que não podia fazer porque ainda não estava concluída. Entao se estorava esgoto em qualquer lugar. Muitos também depois de estar funcionando o sistema mesmo precariamente, tapavam, obstruíam, cimentavam. Não deixavam que a aquela rede passasse pelo fundo dos seus quintais ou que passasse por debaixo de suas casas. Muitas das redes passaram por debaixo de casas porque eles aceitaram que as redes passassem pelo fundo de suas casas, mas depois eles resolviam construir alguma coisa naquele lugar que antes era vazio. O que acontece? A rede ficava restrita ali embaixo. Ficava embutida. Nos não podíamos fazer inspeção. Eles não deixavam entrar mais nos fundos dos quintais para inspecionar a rede. Não aceitavam a forma em que estavam conduzidos aqueles trabalhos. Muitos têm suas privações. «Tem suas coisas dentro de casa e não querem deixar pessoas estranhas estar passando por dentro» (Luis, 2006).

La resistencia y falta de colaboración de los vecinos terminó aislando completamente a los síndicos. Tuvieron en numerosas ocasiones que optar por desobstruir las alcantarillas sin ayuda de los vecinos y, por eso, la mayoría decidió abandonar esta función.

*La conservación de la red antes de la entrada
de funcionamiento del sistema*

La construcción del alcantarillado comenzó en el año 1998. Muchos vecinos empezaron a conectarse en el año 2000, cuando la obra todavía no había sido liberada. Una gran mayoría no tuvo en cuenta las recomendaciones que los síndicos hicieron para esperar a conectarse cuando fueran avisados por Embasa. La conexión ilegal provocó quiebra de tubos y, en consecuencia, el derramamiento de aguas residuales a través de las alcantarillas. Esto afectó, sobre todo, a las casas situadas en las partes más bajas. En la red de alcantarillado se acumulaba basura (papel higiénico, absorbentes, restos de plásticos, etc.) por falta de drenaje pluvial o porque la población la arrojaba directamente. Por esa razón las alcantarillas, los tubos y los PV se rompían con frecuencia, además de la persistencia de derramamiento constante de aguas residuales. Esto provocó muchos conflictos entre los vecinos: hubo peleas, cierre y destrucción de alcantarillas, desvíos de la red e incluso cambios de casa debido a los problemas de inundaciones. En las áreas más bajas del barrio había algunas calles donde el sistema continuaba inconcluso y otras donde las inundaciones de alcantarillado aumentaron por ser un sistema que actuaba por declive.

Concretamente se observaron cuatro tipos de soluciones realizadas por los vecinos para afrontar esta situación: 1) colocación de tubos alternativos a la red de alcantarillado, con ayuda de los políticos, por robo, rotura o sustitución de tubos de mayor diámetro; 2) mantenimiento del desbroce en las cloacas a cielo abierto por parte de los síndicos con el trabajo colectivo de algunos vecinos (*mutirão*); 3) acciones particulares de conservación de la red o a través de la *mutirão*; 4) sellado de las alcantarillas con cemento para evitar la acumulación de basura.

La situación se agravó por el robo de algunos tubos de alcantarillado, que algunos vecinos trataron de evitar cimentando algunas partes de calle para, de ese modo, dificultar su extracción. Todas esas soluciones aumentaron el conflicto entre vecinos y elevaron los gastos familiares para resolver estos problemas.

Quer dizer, nós não estamos usando por causa que nós estamos apertado pra colocar o vaso, pra poder utilizar e poder sair desse negócio aí, porque toda hora é um dinheiro e eu não tenho condição de dar dinheiro todo dia não. Toda hora é dez, é vinte, é tubo, é isso é aquilo [...] E o rapaz que pede as pessoas que está nessa linha aí, pra poder ajudar, pra poder fazer outras coisa, melhorar, fazer o tampão, tampar direito pra não ficar os menino destampando, pra não jogar lata, não jogar isso (Rosa, 2002).

Algunas personas se conectaron clandestinamente a la red de alcantarillado para beneficiarse particularmente del sistema. Esta práctica también ocasionó muchos trastornos y peleas entre los vecinos. Uno de los síndicos, que había sido perjudicado por la inundación de aguas residuales delante de su casa, decidió colocar un tubo y cimentar parte de la calle para evitar el robo de tubos; según una de las subsíndicas, el síndico vivía el problema de esa manera. Esa experiencia era presentada como ejemplo de las dificultades que los síndicos y subsíndicos tenían para relacionarse con la comunidad.

Só tem um vizinho que desce, aí quando ele abre a boca que fala, porque a pessoa não vai ficar suportando fezes na porta dele. Ele está errado? Ele diz mesmo, «eu não estou suportando mais: água, fezes, tudo aqui na minha porta». Ele tá certo, a pessoa só sente quando passa pelo problema, quando nego não passa, por aquele problema acha que não é nada demais não. Como ele diz: «pessoal tem muita falta de compreensão». Por isso ele tá em reunião agora, para botar uma nova tubulação, porque ele não quer mais na porta dele. Porque quando entope, só tem aqui o marido de M., e o daqui ou se não, o menino que tá em casa, daquela casa ali, que pega e desentope. Então são coisas que criam problemas. E não gosta que ele fale, mas ele tem que falar mesmo. São coisas que... é por isso que eu sempre disse, principalmente aqui você não pode falar. Eu dizia que ia participar e ia. Eu gostei, mas eu imaginaria abrir a boca para dizer assim: «O fulano cuide de sua caixa, pra não criar problema, transtorno pra outros vizinhos, que se a caixa estiver entupida vai prejudicar os vizinhos», mas aí é capaz de nego querer até bater, sabia? [...] Eu não fico de mal com ninguém, eu não gosto disso. E nem gosto de ficar batendo boca com vizinho, eu também não gosto disso porque cria confusão [...] Ela deu até o telefone para contato. Eu dizia mesmo, que se dependesse de mim, eu ia pra Embasa, mas eu falar? Eu tenho medo. [...] Eu vejo que muita besteira aqui cria problema, e eu não estou a fim de problema, porque eu já tenho muito problema na minha vida. Ainda mais aqui que qualquer coisa nego quer até matar! Eu não tenho minha vida pra tá perdida por aí

não, por causa de besteira que pode se resolver [...] Então eu acharia isso, que devia ter pessoas competentes na Embasa para vir fazer a verificação, porque eles sendo os próprios verificadores dentro da Embasa, ninguém vai dizer nada, ninguém vai ofender ninguém, e fica tudo resolvido, porque sabe que é um cargo mais elevado, uma autoridade maior dentro da Embasa, então fica tudo quites [...] (Maria, 2002).

El problema de inundación por aguas residuales se resolvió con la ayuda de algunos vecinos, pues compraron parte de los tubos y el resto lo consiguieron con ayuda de un político.

Las dificultades con la comunidad se resolvían de dos maneras distintas: a través de la fiscalización de Embasa o a través de la unión de los vecinos. Los que defendieron la primera opción opinaron lo siguiente:

[...] O que deveria ser feito é uma verificação, ter uma fiscalização geral, verificando onde é que tá os defeitos pra reconstruir alguns lugar que esteja danificado. E isso que deveria ser feito, pelo contrário não tem mais solução não. Eu acho. Deveria ser uma verificação pra tentar reconstruir o que estiver danificado. E a única solução que deveria ser feita, que do contrário não tem nada que dê certo (Paulo, 2002).

Los que defendían la segunda opción deseaban la unión de los moradores para aliviar la constricción y el desespero por las obstrucciones:

E essas pessoas que usam também roda e vira, entope lá embaixo, porque jogam lixo à toa, não tem onde descer e aí chega lá embaixo e entope. Aí começa aquele desespero, é gente brigando, discutindo, porque não pode tá errado, mas uma decisão ninguém toma, ninguém toma a frente. Porque até os próprios moradores poderiam se unir e comprar as tubulações e fazer alguma coisa pelo menos pra aliviar. Mas ninguém faz isso. Ficam esperando que caia do céu. Essas coisas não acontecem. Se a gente não correr atrás, se não fizer pela gente mesmo, ninguém faz (Rosa, 2002).

Los síndicos adolecían de falta de autoridad frente a los vecinos que se conectaban clandestinamente y se sentían impotentes y abandonados por la compañía a la hora de controlar la situación.

Outro dia, o rapaz estava fazendo a ligação da casa dele, eu disse: O rapaz —subindo aqui— como é que você estava fazendo a ligação da casa dele, eu disse: «O rapaz- subindo aqui. Como é que o vê tá fazendo isso aí, rapaz, não tem ordem de ligação», «Ah, me deixa em paz! Eu vou ligar minha fossa aqui e não quero nem saber!» Aí subiu os dois rapaz que estavam fazendo e falou para ele: «Rapaz, não pode ligar não», «Não pode por que?», «Por que não pode?», «Pode sim, já tá pronto o serviço e vou fazer», ligou e foi se embora. Eles não voltaram mais pra ver nada, não reclamaram nada, pronto, até hoje. Quando eu digo que foi um serviço que fizeram só para constar, como eu vejo de vez em quando na televisão, falando sobre esse dinheirão que foi gasto (Paulo, 2002).

En numerosas ocasiones, los síndicos se dedicaron a desembozar las alcantarillas, con apenas ayuda de otro vecino.

[...] essa semana roçando o quintal aqui, eu mais o rapaz aí, abrimos, estava entupido! Deu um trabalho danado para desentupir, Cheio de pacote, de saco plástico com sujeira. Arranquei tudo, limpei tudo. Destampeí a outra, a outra estava seca, lá embaixo, que não passava nada! Quando eu destampeí a de cá e a de cá, foi que começou a correr a água para cair pra lá. Estava entupido. A maioria entope aí pra cima, por onde passou a rede entope aí, jogam a sujeira dentro e aí, pronto, entope [...] (Paulo, 2002).

En 2002, Embasa no había comenzado todavía las conexiones intradomiciliares. El teléfono que dejaron para reclamaciones después del curso estaba por lo general desconectado. Cuando por fin consiguieron avisar del problema de las conexiones ilegales esperaron a que Embasa fuera a fiscalizar esa situación, pero nunca acudieron al barrio. La falta de fiscalización de la compañía aumentó los problemas entre síndicos y vecinos. A veces los síndicos fueron concebidos como fiscalizadores y acusados de percibir dinero de Embasa.

A raíz del aumento de las conexiones clandestinas y de robos la conservación del sistema se vio comprometida. Además, como una parte del barrio carecía de red los problemas se multiplicaron.

Fizeram a tubulação, fizeram caixa. Aqui mesmo eu destampeí três caixas essa que estavam entupidas. Eu tenho três caixas aqui na minha área do quintal e tá tudo entupida. Como tá os PV e outras coisas aí, tudo entupida. Os PV, chega chorar de tão entupido que está, que não tem ainda as... ainda não despede pra usina —que eles diz que é a usina acolhedora—,

ainda não está funcionando essas usinas que eles fizeram aqui. Em Peri-peri tem uma, não sei aonde mais tem outras aí, e isso não tá funcionando ainda. Só faz o dinheiro gasto da Nação. Só foi mais o prejuízo. O povo usa, mas não conserva. Não há uma conservação, não tem conservação. Se houvesse conservação, tinha que ter uma... verificar as caixas que tão entupida, fazer uma limpeza, botar o carro tanque pra fazer o evacuação das coisas. A maioria tá tudo entupido por aí.

E você acha por que entope? (investigadora).

Falta de cuidado [...] É, falta de cuidado do povo, dos mandantes, dos chefes, dos encarregados que hoje são responsável por essa... por esse tanto dinheiro gasto e não tá sendo beneficiado, não há um benefício. Não há uma verificação se estão funcionando. Se não ligaram nada ainda? Nunca foram ligadas as coisas, as obrigatoriamente permitidas, pra chegar no setor permitido pra ir pra lugar determinado. A ligação determinada não tão funcionando. Tem uma caixa lá embaixo que nunca termina o serviço. Nunca foi chegado determinado dia de dizer: «Bahia Azul vai fazer a verificação se tá todo mundo, se tá funcionando, se tá servindo aos moradores». Tudo entupido aí, tudo... a maioria das caixa já quebraram tudo, já jogaram as tampa fora, tudo dinheiro perdido que fizeram, uma tapingão pro povo. Isso é uma tapingão que fizeram pro povo (Paulo, 2002).

La falta de responsabilidad de la compañía y de los vecinos a la hora de conservar el sistema incidió en la economía familiar e intensificó nuevos conflictos sociales. El síndico se sentía impotente para superar esa situación y los vecinos buscaban soluciones alternativas a los problemas de falta de conservación.

Las conexiones intradomiciliares

Antes de la entrada en funcionamiento del sistema había cloacas llenas de basuras, aguas residuales y pluviales que corrían por todo el barrio. La situación era muy diversa y compleja. Los vecinos arrojaban las aguas residuales en cualquier lugar, aunque eran más cuidadosos con las heces, que enrollaban en sacos de plástico (*fazer balão*) y colocaban en vertederos clandestinos. Quienes poseían sanitario optaban por abrir una fosa, pero en caso de inundación, o del propio mantenimiento de la fosa, preferían colocar un tubo que condujese las aguas a las cloacas. También había quienes preferían arrojar las aguas fecales directamente a las cloacas.

En el año 2003 comenzaron las conexiones intradomiciliarias. En ese mismo año se construyó el centro de salud, se implantó el *Programa de Saúde da Família* (PSF) y se instalaron los contenedores de basura. Embasa facilitó la instalación de tubos desde el sanitario hasta la red condominial a través del trabajo de un técnico, cuyo cobro se realizaba a posteriori a través de una tasa parcelada en los recibos de agua. Los vecinos también podían realizar particularmente la instalación, teniendo solamente que avisar a Embasa para incluir el domicilio como beneficiado del sistema y, de ese modo, la compañía podía aumentar la tasa de alcantarillado en el recibo de agua (45% red condominial y 80% red convencional). Algunos vecinos que no tenían sanitario optaron por comprarlo y hacer la instalación. Otros, simplemente, rechazaron hacerla por no disponer de los recursos necesarios para la compra de la taza, o, simplemente, porque la red estaba embozada delante de su casa. Otros se sintieron amenazados por la compañía cuando Embasa comenzó a enviar cartas avisando a los vecinos de la necesidad de conectarse, ya que en caso contrario se aplicaría la ley de conexión obligatoria y, por lo tanto, una vez canalizada la denuncia al CRA (Centro de Recursos Ambientales) podría empezar a cobrarse la tarifa de alcantarillado. Ese vecino recibió una carta en la que era alertado de que si no se conectaba en el plazo establecido tendría que pagar una multa o sufrir el corte de suministro de agua.

Me deram um comunicado para que eu ligasse o esgoto dentro do prazo que estava estabelecido senão eu iria ser penalizado com uma multa ou até a suspensão da água, mas de ahi para. Ca eu fiz minha ligação e não apareceram mais. Muitos reclamam dos valores que pagam, entendeu? A água ela é cobrada como esgoto. Toda água de banho, de pia, de roupa. Toda água consumida ela é computada como esgoto, entendeu? Esse valor é cobrado do 40% ao 80% de acordo ao bairro, de acordo a classe das pessoas. Classe média alta, entendeu? Como aqui é um bairro que é considerado de baixa renda a cobrança é menor (Miguel, 2007).

Todas estas diversas opciones provocaron efectos urbanísticos variados. Los vecinos que optaron por la propia instalación utilizaron un diámetro mayor de tubo que el utilizado por Embasa. Hubo algunos que optaron por dejar la instalación superficial en el tramo que va del patio hasta la alcantarilla. Embasa se encontró con que muchas alcantarillas estaban anuladas porque la gente había ampliado sus ca-

sas en el lugar en que fue colocada previamente la alcantarilla, por lo que la inspección y colocación de la red intradomiciliar resultaban imposibles.

Aquellos vecinos con mejores condiciones, que tenían un lavabo con cerámica en el suelo, optaron por conectar el tubo ellos mismos para evitar que lo hiciera la compañía. Embasa rompía el azulejo y colocaba uno distinto. Esta situación provocó muchas quejas de los vecinos contra la compañía.

Embasa fue también responsable de la mala calidad de los materiales, de obras inconclusas y de la falta de fiscalización para la conservación de la red antes de iniciar el sistema. Casos graves de deterioro llevaron a que las aguas residuales hicieran reflujos en el lavabo e inundaran la casa de heces. Como en el caso de Vilma, tal como fue relatado por ella misma:

O banheiro foi o seguinte: choveu e as águas da outra rua desceram e entupiram a caixa de esgoto. Entao a água retornou por dentro do vaso e do vaso saiu adentro de casa. Alagou a casa toda. Quando eu cheguei da rua a casa estava toda alagada com fezes da caixa porque não voltou e estava dentro todo de casa. A Bahia Azul fez assim essa caixa aí, mas eu achei que foi uma caixa mal feita (Vilma, 2007).

El paisaje urbano ofrecía una variada trama de situaciones: tubos aéreos, alcantarillas rotas y embutidas, PV desbordados. La falta de pavimentación y la recogida irregular de basura facilitaban ese desolador escenario. La queja por el mal olor, a causa de la falta de aislamiento de las alcantarillas, era constante, lo que llevó a que algunos moradores, para sofocar el mal olor, colocaran dos tapas de cemento juntas. En caso de hedor constante e insoportable optaban por cimentar la tapa de la alcantarilla. Múltiples insectos, como mosquitos y cucarachas, así como ratas, aumentaron con la mezcla de basura y aguas residuales.

A partir del año 2003 el servicio de limpieza urbana mejoró, ya que se colocaron contenedores y el servicio de recogida pasó a tener frecuencia diaria. Los vecinos depositaban las bolsas de basura en las esquinas de las calles colindantes con la vía principal a la espera del camión. Esa mejora parcial quedaba comprometida por el tiempo transcurrido entre que se dejaba la bolsa en la calle y el camión de la basura pasaba. A menudo, durante las horas transcurridas los perros

hurgaban y rompían las bolsas, desparramando basuras por todas partes. En el año 2010 fue asfaltada la calle principal, como programa incluido dentro del *Programa de Aceleração do Crescimento* (PAC). La pavimentación fue acompañada de la reforma de la red central para que el barrio mejorase en su conjunto.

Durante el período de las conexiones intradomiciliarias hubo algunos líderes que recibieron tubos de los políticos para cambiar los existentes y ayudar a hacer la conexión. La mayoría usó la opción de Embasa para realizar esta conexión. Al poco tiempo de iniciarse la campaña de conexión intradomiciliar hubo un programa de distribución de inodoros (tazas sanitarias, picas, conexión, etc.) que benefició aproximadamente a 150 domicilios. Esta campaña institucional fue gestionada por el centro de salud de Nova Constituinte y fue garantizada por los agentes de salud comunitaria.

Al haber dos áreas beneficiadas, diferenciadas por el tipo de estado de conservación del sistema, los vecinos situados en las calles más elevadas tenían menos problemas de mantenimiento que los que vivían en áreas más bajas, pues sufrían inundaciones constantes de aguas residuales. El servicio funcionaba bien para quienes se encontraban cerca de la vía principal, ya que entonces el camión de Embasa podía acceder para desobstruir las redes. Sin embargo, los que vivían en las áreas más afectadas se quejaban de que la compañía tardaba entre una y dos semanas en realizar el servicio. El mal olor y la presencia de mezcla de heces y basura en las alcantarillas eran en esa área más intensos.

Llegó a formarse un barranco de más de 5 metros de profundidad en una de las calles que recibía un fuerte caudal de agua, tanto pluvial como residual. Debido al aumento de erosión las casas estaban en riesgo de derrumbe. Un improvisado puente de madera conectaba los dos lados de la calle, aunque no evitaba accidentes a los habitantes. En opinión de uno de los afectados, el origen del barranco fue consecuencia de la obra del *Bahia Azul*, al aumentar el caudal de agua pluvial y residual:

Antes do Bahia Azul tinha um pequeno esgoto não muito fundo. Agora porém quando chove a água tomou um rumo só e então se transformou nessa cratera. Nos termos que abandonar nossas casas. Inclusive tem várias casas aí que, 4 ou 5 casas aí que já foram abandonadas pelos moradores por causa do risco de cair no buraco (Damião, 2007).

Aparte del origen de este barranco hubo otro problema mayor, que fue el aumento del caudal del riachuelo que desembocaba en el río Paraguari, situado en la frontera del barrio de Nova Constituinte y Barreiro. En esa confluencia la fuerza de las aguas era más fuerte porque se unían las pluviales con las residuales mezcladas de basura.

El mantenimiento de la red de alcantarillado

Antes de la construcción de la red de alcantarillado y del inicio del sistema, la mayoría de los habitantes del barrio usaba el *balão* para depositar las heces. La falta de fosas y sanitarios facilitaba que las personas involucraran las heces en bolsas de plásticos y que las depositaran en vertederos clandestinos o terrenos yermos, e incluso que las enterrasen.

Cuando el sistema empezó a entrar en funcionamiento los problemas aumentaron. Inundaciones de aguas residuales invadieron las casas más bajas, diversos PV se desbordaron por exceso de agua y basura, y muchas alcantarillas reventaron por la mezcla de aguas residuales, pluviales y basura. Los vecinos asumieron diversas soluciones, como anular las alcantarillas para no tener que recibir alcantarillado de los vecinos y conectar la propia red a la red convencional situada en la calle principal. Evitaron la red condominial, sustituyeron los tubos de Embasa por otros de mayor diámetro y realizaron *mutirão* para arreglar el servicio que la compañía no hacía.

En diversas calles confluía el sistema de red condominial con la presencia de cloacas. Había casas que utilizaban la red y otras que no en un mismo trecho de calle, lo que provocaba mayores conflictos entre los vecinos. El mal olor continuaba persistiendo, y llegaba incluso a que algunas familias tomaran la decisión de desestimar la conexión. El afloramiento de alcantarillas, PV y tubos era chocante en la mayoría de calles con mayor erosión. La falta de pavimento y red pluvial facilitaron un deterioro más acelerado del sistema. Los vecinos tenían que estar arreglando constantemente el sistema. Esta situación fue empeorando durante el transcurso del tiempo.

En el año 2007 la mala conservación del sistema había empeorado. Los vecinos tuvieron que recurrir a la *mutirão* varias veces para arreglar problemas de la red, después de haber avisado a Embasa sin recibir respuesta. Estos trabajos colectivos solían hacerse un día de

domingo o festivo. La actividad era liderada por un responsable de recoger dinero entre los vecinos para la compra de comida y bebida, distribuidos entre todos los voluntarios. Con el mismo dinero se compraba parte de los materiales y el resto se trataba de conseguir a través de la solicitud de dinero a concejales y candidatos locales.

En el año 2010 el sistema había mejorado a causa de la pavimentación de la calle principal y las reformas de la red de alcantarillado y drenaje pluvial parcial del río Paraguari. Todavía faltaba arreglar el sistema en su totalidad y, sobre todo, finalizar el drenaje del río en el área más baja que colindaba con el barrio de Barreiro. Conflictos entre el Ayuntamiento y el Estado de Bahía en el proceso de indemnización de casas eran los que estaban comprometiendo la continuidad de la obra. Estas mejoras contrastaban con el olvido que las instituciones hicieron con parte del barrio donde entró el saneamiento básico. Eso provocó que los vecinos de esa área percibieran que estaban en peores condiciones que sus vecinos.

La zona del barrio sin saneamiento

En el área sin saneamiento los vecinos percibían que estaban siendo más perjudicados por no haber recibido la intervención de la obra. Aparte de que no existían diferencias significativas entre el área beneficiada con problemas y el área sin saneamiento, los últimos sentían el olvido de las instituciones y percibían que no llegarían a contemplar otros beneficios urbanísticos. La percepción de que la falta de infraestructura los excluía del barrio más de lo que ellos estaban en realidad no solo era sentida, sino también manifestada por los vecinos del área no saneada. Esta desigualdad interna se intensificó con una intervención externa, como fue la obra de alcantarillado.

En el año 2007 existían vecinos que consideraban que habían empeorado sus condiciones cuando se comparaban con el otro lado del barrio, y otros que opinaban que continuaba del mismo modo.

Aqui a situação é muito crítica porque não tem saneamento básico. Não tem rede de esgoto. Todo é pelo meio da rua. Eu quero melhoramento. Os vizinhos ficam num sufoco danado. Ai tem uma boca de lobo e a água sobe muito. Não tem como passar de jeito nenhum. O pessoal fica se sacrificando e fica passando por dentro da água. O nível de água que desce é muito e fica muito alto (Ana, 2007).

Cada dia que passa está ficando cada vez mais (pior). Antes era uma palafita, era um aterro, mas depois disso era normal. Depois de 10 anos começou inundação de água crescendo cada vez mais e as casas agravando cada vez mais chegando a essa situação de entrar até as 80 centímetros de água em cada casa de aqui, tanto nessa minha como nas dos vizinhos próximos (Luiza, 2007).

Mientras los vecinos situados en las zonas más bajas culpaban a la falta de saneamiento como causa principal de los riesgos de inundación, los habitantes que vivían en casas emplazadas en lugares más altos y de menor riesgo de inundaciones se quejaban del aumento de contaminación. En ambos casos, la percepción de que la falta de infraestructura urbana estaba relacionada con el abandono institucional intensificaba la imagen de una exclusión social en crecimiento. Cuando los vecinos sin saneamiento se comparaban con otras áreas y barrios próximos beneficiados por el sistema observaron que seguían empeorando.

A Embasa faz todos os esgotamentos sanitários que vem de la dos conjuntos de Vista Alegre que agora está jogando no rio, mas esse rio era tinha peixe, tinha várias coisas. O pessoal pescava, as crianças andavam por dentro dele e hoje em dia se encontra assim cheio de lixo. Aqui muitas pessoas se adoecem com essa tal da dengue. Muita muriçoca. De noite a pessoa não agüenta dormir nem nada por causa do rio (Miguel, 2007).

Quando cheguei aqui não tinha água encanada, não tinha reservatório, não tinha nada disso. Ai a gente tinha que buscar água na fonte. Tinha uma fonte de água limpa ai. Tinha que lavar todo no balde e jogava nesse rio ai. Fezes, a gente fazia no saco tipo um balão e jogava embaixo também, mas agora fez o banheiro e mais continua jogando embaixo também porque não tem rede de esgoto. Ainda não chegou saneamento básico na nossa rua e continua fazendo todo e jogando no rio a água do banheiro, água da pia, água de banho. Qualquer água de escoamento cai no rio (Denise, 2007).

De ese modo, una intervención que mejoró las condiciones sociales y de salud en el área opuesta del barrio, a pesar de ser parcial e insuficiente, era percibida por los no beneficiados de un mismo espacio social como un mecanismo de exclusión interna. El límite espacial que separaba a unos y a otros (calles, acceso, proximidad al

rió) se sumaba a una nueva frontera social: los beneficiados y no beneficiados del alcantarillado. Diversos cambios que acompañaban a esa intervención (aumento del precio del inmueble, nuevas infraestructuras, desarrollo de pequeños comercios, etc.) eran percibidos como una antesala a nuevas formas de exclusión social.

Saneamiento y salud

Las deplorables condiciones higiénicas de las calles contrastaban con el cuidado en la higiene personal. A pesar de la irregularidad del suministro de agua potable, las personas se organizaron para la recogida y almacenamiento de agua en toneles y vasijas para garantizar la organización de las actividades domésticas, la alimentación y la higiene. Las personas del barrio eran conscientes de las miserables condiciones sanitarias en las que vivían y conocían los mecanismos infecciosos que vinculaban la falta de saneamiento a la presencia de enfermedades infecciosas. Las enfermedades directamente ocasionadas por la contaminación, como las diarreas y las enfermedades respiratorias, eran frecuentes entre los niños.

Durante la etnografía se pudo constatar que los discursos sobre los conocimientos no se correspondían con las acciones desarrolladas en la vida cotidiana. Por ejemplo, reconocer que pisar basura era una actividad peligrosa para el niño no significaba que el niño dejase de jugar descalzo por la calle. Diversos factores podrían explicar por qué el niño continuaba jugando descalzo. Al observar mejor cómo y cuándo jugaba, vimos que dependía del modo en que la madre clasificaba los distintos niveles de riesgo de esa práctica a la hora de contraer una enfermedad. Las basuras en terrenos yermos y distantes de la casa eran consideradas más peligrosas que las depositadas en la calle delante de casa. Así, las diferencias entre la construcción social del espacio privado y público se tuvieron en cuenta en el proceso de interpretación de los significados de la basura¹⁰ (Rego *et alii*, 2002).

10 La percepción social del espacio privado era mucho más compleja y no podía restringirse solamente al domicilio. La calle de delante de casa u otros espacios del barrio eran lugares permitidos para que los niños jugaran, ya que había una dimensión simbólica privada mucho más extensa que la pública. Las diferencias convencionales

Los comportamientos de los niños eran factores que las madres atribuían como causa de la diarrea infantil, sobre todo el andar descalzo. Las mujeres se referían muchas veces a la relación de andar descalzo y *pegar vermes* (gusanos), pero el reconocimiento de esto no se corresponde con la práctica. Andar descalzo era más una costumbre extendida entre todas las clases sociales en Salvador que un hábito higiénico, a pesar de reconocerse los peligros de ese comportamiento. Ir calzado era un hábito social practicado cuando el niño tenía que ir al médico o a visitar a algún pariente fuera del barrio. La parasitosis (verminosis) era la principal enfermedad atribuida a ese comportamiento y la diarrea el principal síntoma. Además del comportamiento de los niños existe otro comportamiento, que se refería al cuidado que los niños reciben de los adultos.

La suciedad y el mal olor constituían mecanismos de transmisión de las enfermedades infecciosas y la base de su sistema clasificatorio. Una enfermedad como el dengue, originada por los huevos de los mosquitos *aedes aegypti* depositados en aguas limpias —cuestión bien conocida por las mujeres—, era percibida como una enfermedad más grave cuando los huevos se colocaban en agua sucia o cuando el mosquito portador había pasado cerca de una cloaca. Cuanta más suciedad y basura se acumulara en el barrio mayor era la percepción de que las enfermedades podían llegar a ser más virulentas. La presencia de ratas, cucarachas, mosquitos y serpientes contribuía a que los vecinos percibiesen la contaminación como uno de los principales elementos causales de las enfermedades infecciosas.

Durante la primera fase de investigación (1997-1998) las enfermedades diarreicas entre los niños eran más frecuentes. La mayoría sufrió alguna vez episodios de diarrea. Muchas madres habían tenido la experiencia de la muerte de algún hijo propio en el pasado o el recuerdo de algún niño vecino fallecido por diarrea (Nations y Rebhun, 1988). A la diarrea se la consideraba un síndrome, y el cuerpo el principio simbólico generador de significados. Diversos síntomas que acompañan a la diarrea pudieron asociarse a otras enfermedades, como catarro, fiebre, gripe o asma. Las madres priorizaban unos síntomas sobre otros sobre la base de criterios jerárquicos, según mayor

entre espacio privado y público no fueron útiles al inicio de la investigación epidemiológica, lo que llevó a desarrollar el concepto de *peridomicilio* (Rego et alii, 2002).

o menor gravedad, que se identificaban a partir de los cambios que presentaba el cuerpo del niño. Las enfermedades relacionadas con la diarrea eran las parasitosis, las infecciones intestinales y el *vento caído* (vientre caído), esta última una enfermedad cuyo tratamiento por una terapeuta popular (*rezadeira*) era particularmente habitual en el ámbito infantil.

Las mujeres diferenciaban la diarrea de la infección intestinal. La diarrea es un síndrome relacionado con el crecimiento normal del niño (nacimiento de los dientes), los problemas de alimentación (modo de preparación, suministro y conservación), las condiciones climáticas severas (exceso de calor), la falta de condiciones de infraestructura urbana (basura desparramada al aire libre y falta de alcantarillado) y el comportamiento de los niños vinculado a las malas condiciones urbanas (andar descalzo y jugar en la basura, etc.). La transmisión de esta enfermedad se percibe como infecciosa. Para los informantes, la infección procede principalmente de los alimentos, de la presencia de mal olor de basura y aguas residuales, y de vectores como los parásitos (gusanos). La diarrea es una enfermedad social, ya que tiene que ver principalmente con las condiciones económicas y los problemas de infraestructura urbana.

La diarrea no es contagiosa, pues no puede pasar de un niño a otro si no está en contacto con el principio que la provoca, sea la suciedad o la infección. La diarrea «*não se pega*», sino que se «*transmite*». La dimensión infecciosa se puede constatar en la mayoría de narrativas a través de la noción de suciedad y contaminación. Las causas más atribuidas por las mujeres son los cambios que el cuerpo sufre a través de la ingestión de alimentos estropeados o debido a la exposición a un ambiente contaminado por las aguas residuales y la basura. La percepción olfativa desempeña un papel fundamental cuando se identifica la presencia de suciedad y de contaminación.

El ambiente constituye un factor importante, entre otros, para explicar el origen de la mayoría de diarreas infantiles. Las narrativas que se refieren a ese factor se pueden organizar en tres grupos: uno relativo al clima caluroso que provoca la deshidratación del cuerpo, otro sobre los efectos de beber agua contaminada, y por último, otro sobre la presencia de aguas residuales y basura. Las enfermedades provocadas por la contaminación del medio ambiente tienen la particularidad de detectarse por el mal olor y por la mayor presencia de mosquitos y ratas.

- Existem doenças provocadas assim por o lixo? (investigadora)
- Existe sim! A diarreia, não é? Tem um tipo de diarreia que é provocado porque em tudo que acumula joga lixo a toa se dá muita mosca, mosquito. Ai a lama faz infiltração na própria rede de esgoto. Quanto tubo não tem aqui descolado! Aqui tem vários tubos descolados da Embasa. Então em tudo que se ajunta lixo e joga em lugar não adequado e que se empoça a lama, claro que vai trazer complicação, sem dúvidas.
- Como é a diarreia provocada pelo lixo?
- [...] da bactéria é com febre, é tipo uma infecção, e tem muita... é febre. A criança fica muito inquieta sentido cólicas.
- E diferente das outras diarreias? (investigadora)
- Eu não sei como ela é em si, a cor, a maneira como fica as fezes da criança porque graças a Deus a minha casa nunca houve, mas eu conheço pessoas... «A semana passada morreu um menino no Caribé (hospital do subúrbio), com esse tipo de diarreia e é da Fazenda Coutos» (Joana, 1998).

Entre los años 2003 y 2004 las mujeres entrevistadas consideraron la diarrea infantil como una enfermedad leve relacionada principalmente con el nacimiento de los dientes, el clima caluroso y los problemas de alimentación. La mayor presencia de enfermedades respiratorias, como neumonía, gripe y *cansaço*, antecedieron en importancia las enfermedades de piel (*catapora* y micosis). Contrastó la presencia de este tipo de enfermedades con la diarrea vinculada al nacimiento de los dientes. A pesar de que no se observaron diferencias entre el conocimiento (sistema de clasificación, síntomas) y los tratamientos de diarrea antes y después de la intervención, menor fue la experiencia sobre la morbilidad y mortalidad en diarrea. Un aumento de la causalidad atribuida a las malas condiciones de conservación de los alimentos, al comparar con el período anterior, representaba una mejoría relativa de las condiciones socioeconómicas. En la zona sin saneamiento las malas condiciones higiénicas continuaban siendo la principal causa de las enfermedades.

Antes da dengue houve a diarreia. Eles (meus filhos) tinham muito problema de diarreia antes de fazer o banheiro porque as vezes eles defecavam por trás da casa. A gente limpava, mas não ficava tão limpo quanto no banheiro e aí eles iam pisando tendo contato com coisas e botando na boca. Ai provocava a doença, a sujeira (Denise, 2007).

Años después de la intervención, la enfermera del centro de salud de Nova Constituinte explicó, en una entrevista concedida para la realización del video, que una disminución de la diarrea estaba vinculada a la introducción del saneamiento básico, a la capacitación de las agentes comunitarias en educación para la salud, y a la desaparición de los vertederos clandestinos en el interior del barrio. Se acordaba de que antes muchos niños morían por diarrea y desnutrición, opinión compartida por una agente comunitaria que también fue entrevistada. Esa percepción coincidía en parte con los resultados epidemiológicos (Barreto *et alii*, 2007), que mostraron que en general la prevalencia de diarrea infantil cayó un 33% y el de los parásitos intestinales un 50%. Las mujeres entrevistadas percibieron que las diarreas infantiles habían disminuido, mientras que las enfermedades de la piel habían aumentado. La causalidad ambiental que vinculaba la falta de saneamiento a las diarreas era bien conocida pero no exclusiva del universo clasificatorio.

A modo de conclusión

En un principio, las personas percibieron la construcción del sistema de alcantarillado como una obra de propaganda política basada en programas de mejoría urbana. El malestar por las obras a causa de accidentes, exceso de barro en las calles y colocación de tubos, alcantarillas y PV sin información previa a los vecinos, condujo a percibir la obra como una intervención problemática y poco efectiva. Años después de la instalación, cuando los problemas de conservación aumentaron debido a la demora de la entrada en funcionamiento del sistema, conexiones ilegales y robos, los tubos comenzaron a romperse y las alcantarillas y los PV a estropearse. Diversas quejas y conflictos entre vecinos convirtieron la obra en un problema que enfrentó a síndicos y habitantes, e incluso algunos vecinos tuvieron que cambiarse de casa a causa de inundaciones excesivas por obstrucción de la red de alcantarillado.

Las conexiones intradomiciliares dieron inicio a una nueva etapa. Hubo, por primera vez, la oportunidad de beneficiarse de una intervención que llevaba años acabada y que solamente había acarreado problemas de conservación. Diversas resistencias contra las conexiones se produjeron al inicio por recelo a causa del aumento de los

recibos de agua, el incremento de la tasa de conexión y la falta de interés por la ausencia de sanitario. Sin embargo, las conexiones vinculaban el mundo de la casa con el espacio de la calle, así como las casas entre sí, por la interconexión de las redes condominiales, lo que simbolizaba una tela subterránea de vinculaciones sociales sujetas a la eliminación de suciedad.

La percepción de la obra era positiva cuando la evacuación de suciedad era eficaz, pero cuando afloraban tubos y las alcantarillas y PV derramaban aguas residuales el alcantarillado, la obra pasaba a estar mal valorada. El hedor era insoportable y las aguas invadían las casas más bajas en época de lluvias. Aunque la intolerancia era mayor dentro de la casa, donde el orden moral residía en la higiene de los cuerpos, existía un vínculo entre la calle y la casa a través del hedor y la invasión de aguas residuales. Cuando la calle entraba dentro de casa, las quejas y acciones de resistencia eran más contundentes.

Por otro lado, la interconexión entre redes vecinales causaba resistencias cuando las relaciones entre vecinos no eran muy fluidas. La falta de limpieza y la obstrucción de alcantarillas reventaban las redes y producía trastornos entre los vecinos. El programa *Babia Azul*, que incluía la participación social a través de la limpieza de las alcantarillas, generó conflictos graves por parte de los vecinos. Muchos de ellos no se sentían responsables de limpiar las alcantarillas que recibían basura y heces de sus vecinos, lo que empujó a cimentar alcantarillas y desviar tubos a la red convencional que pasaba por la calle principal.

En las calles sin problemas de conservación y afloramiento de la red de alcantarillado hubo una mejoría notable de su estado general. Desaparecieron las cloacas y el hedor. Los vecinos conservaron mejor el sistema y cuidaron el estado de la calle. La introducción del sanitario fue poco a poco extendiéndose entre las familias del barrio. Por ejemplo, en el área saneada sin problemas la mayoría de los vecinos introdujo lavabos en sus casas y contribuyó a la conservación de la calle.

La producción de discursos que asociaban la experiencia de las enfermedades infecciosas infantiles con la falta de saneamiento fue resaltada con mayor profusión cuando la ineficacia del sistema era más sentida, vivida, experimentada. El aumento de una percepción de desorden de las condiciones «normales» del estado de las calles, como

el exceso de alcantarillado desbordado de las alcantarillas y PV, junto al aumento de basura en época de lluvias y de hedor por los problemas de conservación, intensificó la sensación de peligro del riesgo de contaminación.

La vinculación entre la salud y el saneamiento no puede estudiarse de forma aislada y separada de otros aspectos de la vida social que ayudan a tener una mayor comprensión del modo en que los actores sociales relacionan la vida económica, política y social con el universo de clasificación, transmisión y tratamiento de las enfermedades. Para evaluar cualitativamente una intervención en salud es importante llevar a cabo etnografías intensivas y en colaboración que analicen todo el proceso de desarrollo del sistema y sus efectos en las acciones y conocimientos relacionados con las transformaciones que representa. Por eso, proponemos continuar con estudios de evaluación cualitativa de larga duración que se centren en el análisis de discursos y prácticas sociales para contribuir a una mejor comprensión de los efectos de intervenciones en salud pública y ambiental.

Referencias bibliográficas

- AVVANNAR, S. M. (2008) «A conceptual model of people's approach to sanitation», *Science of The Total Environment*, 390: pp. 1-12.
- BARRETO, M. L. *et alii* (2007) «Effect of city-wide sanitation programme on reduction in rate of childhood diarrhoea in northeast Brazil: assessment by two cohort studies», *Lancet*, 370: 1622-28.
- BRETÓN, V. (2010) «Prólogo», en MARTÍNEZ MAURI, M. y LARREA KILLINGER, C. *Antropología social, desarrollo y cooperación internacional. Introducción a los fundamentos básicos y debates actuales*. Barcelona: Editorial UOC, pp. 11-18.
- CREHAN, K. (2004) *Gramsci, cultura y antropología*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- DAS, V. (1998) «Wittgenstein and Anthropology», *Annual Review of Anthropology*, 27: 171-95.
- GEERTZ, C. (1989) *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- GLEDHILL, J. (2000) *El poder y sus disfraces. Perspectivas antropológicas de la política*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- LARREA-KILLINGER, C. y BARRETO, M. L. (2006) «Salud ambiental urbana. Aproximaciones antropológicas y epidemiológicas de una inter-

- vención en saneamiento ambiental en un contexto de grandes desigualdades sociales», en LARREA KILLINGER, C.; MARTÍNEZ, A. (Comp.) «Antropología médica y políticas transnacionales. Tendencias globales y experiencias locales», *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*. Sèrie monogràfics, núm. 22. Barcelona: Institut Català d'Antropologia - Editorial UOC, pp. 71-99.
- (2003) «Respuestas locales al saneamiento urbano: análisis antropológico del impacto de un proyecto de construcción de la red de alcantarillado en un suburbio de la ciudad de Salvador de Bahía, Brasil», en PÉREZ GALÁN, B.; DIETZ, G. (eds.) *Globalización, resistencia y negociación en América Latina*. Madrid, La Catarata, pp. 231-246.
- (2001) «Health and sanitation. Environmental health and socio-cultural conditions in two *favelas* in the city of Salvador (Bahia)», en DONGEN, E. V.; COMELLES, J. M. (eds.), *Medical Anthropology and Anthropology*. Perugia, Fondazione Angelo Celli Argo, pp. 331-352.
- LOBO, L. (2003) *Saneamento básico: em busca da universalização*. Brasília: Ed. Do Autor.
- MINAYO, C.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (org.) (2008) *Avaliação por triangulação de métodos. Abordagem de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- BORJA, P. y MORAES, L. E. (2011) «Programa de saneamento ambiental da Bahia, Bahia Azul: características, resultados e análise crítica», en BARRETO, M. L.; REGO, R.; LARREA, C. (org.) (2011) *Avaliando o impacto em saúde de um programa de saneamento ambiental. Fundamentos teórico-metodológicos e resultados de uma pesquisa interdisciplinar* (en prensa).
- NATIONS, M. y REBHUN, L.A. (1988) «Angels with wet wings won't fly: maternal sentiment in Brazil and the image of neglect», *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 12, núm. 2, 141-200.
- OKONGWU, A. F. y MENCHER, J. P. (2000) «The Anthropology of Public Policy: Shifting Terrains», *Annual Review of Anthropology*, 29: 107-24.
- REGO, R.; BARRETO, M. L.; LARREA-KILLINGER, C. (2002) «O que é lixo afinal? Como pensam mulheres residentes na periferia de um grande centro urbano», *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 18 (6): 1583-98, noviembre-diciembre. São Paulo.

SOUZA, C. (2003) «Estado do campo» da pesquisa em políticas públicas no Brasil», *RBCS*, vol. 18, febrero, 51, pp. 15-20.

WOLF, E. (1987) *Europa y la gente sin historia*. México: Fondo de Cultura Económica.

TRABAJO DE CAMPO
EN COMUNIDADES VIRTUALES PRO SELF-HARM

Lina Cristina Casadó i Marín
Departamento de Enfermería, Universitat Rovira i Virgili
linacristina.casado@urv.cat

Resumen: El presente artículo surge de la necesidad de reflexionar sobre cuestiones de tipo metodológico y epistemológico con las que he tenido que lidiar durante el trabajo de campo en comunidades virtuales pro self-harm. El interés por este tipo de comunidades aparece durante el trabajo de campo de mi tesis doctoral sobre acciones autolesivas corporales sin ideación suicida entre gente joven. Aunque en un primer momento el objetivo de mi investigación era caracterizar las razones individuales que se esconden tras las acciones y contextualizar los datos que señalan el incremento de gente joven —sobre todo mujeres— que canaliza a través del cuerpo su aflicción, pronto percibí que para ser capaz de analizar este nuevo —o no tan nuevo, como trato de defender en mi tesis— fenómeno en toda su complejidad, era necesario efectuar una incursión en el ciberespacio, y este es exactamente el punto de partida de mi reflexión. De hecho, es en este escenario donde empiezan a surgirme dudas acerca de cuál debe ser mi posición en el campo, acerca de cómo proceder, sobre la validez de las entrevistas que obtenía en este medio, acerca del tratamiento de las historias recolectadas en foros y blogs, sobre la posibilidad de traspasar la barrera virtual para acceder a encuentros cara a cara, lo que, de algún modo, me obligó a posicionarme e ir asentando las bases para esta y futuras investigaciones en este ámbito.

Palabras clave: etnografía, ciberespacio, jóvenes, metodología, acciones autolesivas corporales.

Abstract: This paper arises from the need to consider certain methodological and epistemological questions that I faced while working with pro-self-harm virtual communities. My interest in these communities arose while working on my doctoral thesis about bodily self-harm without suicide ideation in young people. Although at first the objective of my research was to characterize the individual reasons hidden behind bodily self-harm and to contextualise the published quantitative data which highlights the increase in young people (especially women) who express their afflictions through their bodies, I soon realized that to be able to analyse this new (or not so new, as will be discussed in my dissertation) phenomenon in all its complexity it was necessary to make an incursion in cyberspace, and this is exactly the starting point of this reflection. Once I started working in this setting I began to have doubts about various issues and methodological questions regarding my position in the field, such as what procedure I should follow, how valid the virtual interviews were, how I should handle the stories collected through forums and blogs, and whether I could cross the virtual barrier and set up face-to-face meetings with those involved. These questions forced me to adopt a position and to prepare the ground for this and future research in this field.

Keywords: Ethnography, Cyberspace, Young people, Methods, Bodily self-harm actions.

Introducción

La difusión de Internet y la normalización en su uso han supuesto una transformación en la forma como configuramos nuestras relaciones y construimos nuestra cotidianidad, posibilitando nuevos marcos de referencia y nuevos espacios para el establecimiento de relaciones sociales inimaginables si nos remontásemos diez años atrás.

A pesar de la rapidez en su propagación y la naturalidad con la que hemos sido capaces de habituarnos a su uso, es importante tener en cuenta que la red representa no solo un nuevo espacio para la etnografía, sino una oportunidad para reflexionar acerca de las posibilidades del método etnográfico en este nuevo escenario (Hine, 2004).

Como aprendiz de antropóloga, cuando hace unos años empecé mis estudios estaba convencida de que toda buena etnografía empieza siempre con un viaje iniciático —a modo de rito de paso— a un lugar lejano y exótico. Me acuerdo sobre todo de las sobremesas y las tardes que pasé deleitándome en mi comedor con los clásicos: Malinowski en *Los argonautas del Pacífico occidental* (1975) y *La vida sexual de los salvajes del noroeste de la Melanesia* (1971); también, cuando supe de la publicación con carácter póstumo de su diario íntimo: *A diary in the strict sense of the term* (1967), no pude evitar la tentación de leerlo. O a Margaret Mead entre los samoanos: *Coming in age in Samoa* (1928) y *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas* (1981), a Clifford Geertz en Indonesia: *Peddlers and Princess* (1963) y Marruecos: *Islam Observed* (1971), entre tantos otros.

Poco a poco, y a medida que fui progresando en mis estudios en antropología, empecé a darme cuenta del viraje en cuanto a sujetos de estudio que nuestra disciplina tuvo que hacer —creo que más por necesidad (el progresivo proceso de colonización empezó a disipar lo que habían sido nuestros tradicionales sujetos de estudio) que por decisión propia— y así, de este modo, nuestra mirada se traslada de los *otros-exóticos* a los *otros-excluidos* en nuestro propio contexto, tratando, a partir de ese momento, de localizar al otro diferente o marginal *entre las esquinas* (White, 1943). Así, de esta forma, pasamos de andamanes, hopis y winnebagos a *jack rollers*, *hoboes*, *homeless*, inmigrantes, drogadictos, sectarios y prostitutas, entre otros colectivos. Los *otros* en nuestro propio contexto, por los que los antropólogos hemos profesado siempre cierta empatía. Este cambio de rumbo en cuanto a sujetos de estudio provocó un interesante cuestionamiento por parte de la disciplina de algunas dualidades que parecían bien asentadas desde los tiempos de la Escuela de Chicago; nos referimos aquí a las dualidades campo-ciudad, rural-urbano. Unidades hoy por hoy muy cuestionables sin un marco analítico e interpretativo que las encuadre globalmente.

En este contexto, cuando cinco años atrás finalicé los estudios en antropología se me ofreció la posibilidad de colaborar en un proyecto sobre trastornos de la conducta alimentaria¹ en el marco del Depar-

1 «Género, dieting y salud: un estudio transcultural de la incidencia de los trastornos del comportamiento alimentario entre las mujeres», financiado por el Instituto de

tamento de Antropología de mi universidad. A pesar de que en un primer momento empecé a hacer trabajo de campo en instituciones que albergaban a chicos y chicas diagnosticados de algún trastorno alimentario en unidades de psiquiatría infantil y juvenil especializada, a medida que progresábamos en nuestra investigación nos dimos cuenta de que el ciberespacio era un lugar de encuentro de muchas de nuestras informantes. Un lugar donde se intercambiaban *tips*, creaban foros a favor del autoayuno —carreras para perder peso—, se compartían fotos e imágenes de *thinspiration*, se ofrecían trucos para luchar contra el hambre y poder vomitar sin ser descubiertas, etc. De alguna manera se nos abrió todo un nuevo campo de análisis con el que a priori no contábamos. En las webs y foros a favor del autoayuno y del vómito inducido, encontramos que las alusiones a Ana y Mía como personalización de la categoría anorexia y bulimia eran —y son todavía— un referente. Se hablaba del autoayuno como el mecanismo que les permitía «llegar a ser princesas» e «ir camino a la perfección».

A finales del año 2005, y coincidiendo con la etapa en que finalizábamos la investigación, saltó la alarma del fenómeno «Ana y Mía» en los medios de comunicación españoles. Se empezó a infiltrar en los foros, blogs y chats *lurkers*, gente con identidades falsas que decía ser «anoréxica» o «bulímica» para establecer redes dentro de las comunidades y así poder seguir el hilo de estos grupos y atacar y censurar el problema de las páginas pro-ana y pro-mía de base.

A partir de ese momento muchas de aquellas páginas empezaron a ser perseguidas, en lo que fue una auténtica cacería de brujas; muchas fueron censuradas y otras clausuradas. Paralelamente a todo esto se crearon páginas web alternativas desde la asociación Protégeles y del Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid² que utilizaban simbología propia de las webs pro-ana y pro-mía (mariposas, ángeles, princesas, etc.) y que con el lema «porque tú eres más que una imagen» ofrecían apoyo online.

La persecución y clausura de páginas pro-ana y pro-mía todavía continua siendo hoy en día una realidad al amparo de la aplicación de

la Mujer y coordinado por la Dra. Mabel Gracia Arnaiz (I+D+I Exp. N.87/03) Código del proyecto: 008287 Orden 031.

2 <www.anymia.com> (todavía hoy sigue activa. Fecha última consulta: 04/06/2012).

la Ley de Protección del Menor en España, si bien esa persecución es mucho menor que entre los años 2005-2006.

Desde un punto de vista metodológico, cuando me propuse hacer el seguimiento de algunas de las comunidades pro-ana y pro-mía *online*, el primer problema con el que me encontré era la cuestión del acceso al campo. Estuve durante cierto tiempo (algo más de tres meses) haciendo observación flotante —entre bastidores— en tres foros. En estos tres meses no me atreví a entrar ni a participar, ni tampoco sabía cómo hacerlo. Sabía a ciencia cierta que los «investigadores fisgones» no eran muy bien considerados por las comunidades, y que si detectaban a alguno era expulsado del foro de inmediato. En el seguimiento pude ser testigo vivencial de la clausura de uno de estos foros y pude llevar a cabo el seguimiento de todo lo que supone una nueva puesta en marcha en otro dominio. Al respecto de mi preocupación por el acceso, frases del estilo: «Este es un espacio SOLO PARA ANAS Y MIAS. Y si vienes a juzgar ya puedes salir» o «Este será nuestro nuevo punto de encuentro: tuve que hacer una nueva página para todos aquellos necios que molestaban» corroboraban mi idea de que, o entraba con cierto ingenio, o caía en gracia, o inmediatamente me expulsaban.

El seguimiento de esos tres foros durante el tiempo que duró la investigación se quedó en eso: seguimiento y vaciado de la información de los foros. Nunca llegué a participar y nunca supieron aquellas chicas que el material que habían publicado en internet había sido utilizado en la investigación. Esto, desde un punto de vista ético, me situaba en una posición algo complicada y que de alguna manera me obligó a repensar mi papel. En un futuro no podía permitirme el lujo de seguir observando desde las trincheras, debía mojarme aunque aquello supusiese *contaminar* el campo haciéndome visible a sus ojos o arriesgándome a ser *baneada*³.

Este es un elemento sumamente importante en esta investigación, y de hecho es uno de los elementos que con más o menos fortuna he tratado de resolver a lo largo del proceso de elaboración de mi tesis. De hecho, considero imprescindible hacer referencia a las estrategias, reflexiones teóricas y técnicas utilizadas que me han sido de gran

³ Condición en la que se encuentra un usuario u ordenador cuando el gestor o moderador de un grupo prohíbe su entrada.

utilidad para el desarrollo de este trabajo. Lo que voy a presentar aquí es, a grandes rasgos, la síntesis de unos cuantos años de trabajo y las reflexiones que emergen de mi diario de campo fruto de la inmersión en algunas comunidades *pro self-injury* y *pro self-harm* virtuales.

Autolesiones corporales. El poder de la etnografía

La acción de autolesionarse —descrita aquí como la forma en que determinadas personas se cortan, queman o arañan su cuerpo sin que exista un deseo explícito de muerte⁴— ha tenido en los últimos años un impacto social importante. A pesar de que el hecho de lesionarse a uno mismo sin que exista una voluntad de muerte no es un fenómeno nuevo, la incompreensión del acto y el hecho de ser considerada una epidemia silenciosa que afecta sobre todo a mujeres jóvenes (Truth Hurts, 2006) ha contribuido a la creación de una mayor alarma social y ha dado lugar al surgimiento de trabajos (principalmente de corte cuantitativo⁵) centrados en concretar en cifras la magnitud del fenómeno e identificar comorbilidades y elementos *facilitadores* de la autolesión.

⁴ La revisión de la literatura nos muestra que existen multitud de términos para referirnos a la misma acción, tales como: conducta autolesiva, automutilación, auto-agresión, violencia autoinfligida, autodestrucción o parasuicidio. En inglés sucede lo mismo: se habla de *self-injury behaviour*, *self-harm*, *self-damage*, *self-aggression*, *self-destruction*, *self-mutilation* o *self-inflicted violence*. No existe consenso ni un criterio sólido a la hora de definir la autolesión corporal con la que trabajamos, es por esto que en la investigación en curso me inclino por el uso del término *acción autolesiva corporal*, por dos razones: en primer lugar porque considero que el uso del término «acto» o «acción» en lugar de «conducta» me ayuda a posicionarme fuera de los trabajos de corte psicopatológico existentes, y en segundo lugar porque creo que es necesario reivindicar no solo en el nivel más superficial de la precisión del término, sino también a nivel analítico, el papel del cuerpo en la acción, puesto que no debemos olvidar que el acto se realiza en el cuerpo, desde el cuerpo y para el cuerpo.

⁵ Para objetivar el boom de trabajos a este nivel, basta con efectuar una búsqueda en Medline con el descriptor *self-harm* y ver el número de entradas/año. De acuerdo con esta base de datos, entre 2000 y 2001 se publicaron 127 trabajos sobre autolesión corporal, entre 2003 y 2004, 172. Entre 2006 y 2007, 301, y entre 2008 y 2009, aparecen 387 entradas. El porcentaje trabajos cualitativos vs cuantitativos estaría establecido, para el último año (2008-2009), en una relación de 373 trabajos cuantitativos por 14 cualitativos.

Por dar algún dato, no relativo a España porque hay muy pocos trabajos y los que encontramos tratan sobre todo de población penitenciaria, en el año 2008, en la revista *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, se publicó un estudio transnacional coordinado por el psiquiatra de la Universidad de Oxford Keith Hawton, en el que, en una muestra de 30.000 adolescentes de entre 14 y 17 años de 7 países —Australia, Bélgica, Inglaterra, Hungría, Irlanda, Países Bajos y Noruega—, se comparaba las tasas de prevalencia de autolesión corporal (*deliberate self-harm*). Los resultados de su trabajo mostraron que, en general, la relación mujeres/hombres era de 3/1 (13'5 % mujeres vs. 4'3 % hombres). La tasa más elevada fue establecida entre las chicas australianas (17 %), seguidas de las inglesas (16'7 %) y las noruegas (16'4%).

Por citar otro trabajo cuantitativo que nos va a permitir enlazar con nuestro trabajo en comunidades virtuales, en el número de la revista *Injury Prevention* (15: 403-408) de diciembre de 2009 un grupo de investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Notre-Dame, en Sydney (Australia), publicaron un estudio basado en el trabajo llevado a cabo sobre una muestra de 1.618 adolescentes de 13 a 18 años de Guangdong, en el sudeste de China, sobre autolesiones y adicción a internet. Para valorar el grado de adicción a internet se les pasó el test de adicción a internet —*Internet Addiction Test*— y se concluyó, aportando datos estadísticos al respecto, que los adolescentes adictos a internet eran más propensos que los no adictos a autolesionarse. A mis ojos, sus conclusiones eran pura dinamita, y no porque dude de que la muestra no fuese correctamente seleccionada, ni porque fuese un trabajo hecho en China y no en España, ni porque el grupo de edad no fuese el acertado, sino porque su planteamiento inicial era erróneo, y creo que se podrían haber ahorrado mucho tiempo y esfuerzo —supongo que también dinero— haciendo un poco de trabajo cualitativo previo. Y es que a la luz de sus alarmantes conclusiones, se proyecta la idea de que la red es peligrosa y que si te enganchas, es muy probable que termines por autolesionarte.

Un poco por curiosidad, un poco a propósito, al terminar de leer este artículo decidí buscar el test de adicción a internet validado al español —lo encontré bastante fácilmente por la red. Era un cuestionario tipo *likert*, con 20 preguntas y 6 respuestas posibles. Lo rellené, y con un resultado de 83 —adicción severa—, de un máximo de 100,

se me recomendó que consultara lo antes posible con un psiquiatra. Por supuesto, el test no tenía en cuenta cuál era mi trabajo. La lectura crítica a todo esto, sin extenderme y aun siendo consciente de que planteo cuestiones que deberían ser más ampliamente discutidas, la podemos situar en un doble eje: en primer lugar cuestionando el gran abanico de tests y cuestionarios de orden «psi» que forman parte de nuestra vida diaria, integrándolos como enseres de nuestra cotidianidad, que nos obligan a estar pensándonos constantemente en clave de «normalidad-anormalidad»; y en segundo lugar, creemos que una aproximación cualitativa previa les hubiese ayudado a reorientar todo el trabajo posterior, puesto que hubiesen entendido que no es internet el origen del problema, sino que es el marco que les da cobijo, proporcionándoles un espacio, un campo construido por y entre iguales en donde no son juzgados ni etiquetados por su conducta. Metafóricamente, podríamos decir que internet adquiere una función de bosque de Sherwood virtual para nuestros jóvenes proscritos.

Que los límites entre lo normal y lo patológico, la locura y la cordura acostumbran a ser imprecisos y oscilantes es bien cierto y perceptible incluso en nuestro entorno más inmediato. De hecho, ya el historiador y filósofo Georges Canguilhem planteó en el año 1971 que «si lo que es normal aquí puede ser patológico allá, es tentador concluir que no hay frontera entre lo normal y lo patológico» (Canguilhem, 1971: 195). Sobre esto, si por un momento realizamos un ejercicio de abstracción y alcanzamos a pensar la autolesión corporal en clave fenoménica; es decir, reflexionamos sobre la acción tal y como se nos muestra a los sentidos y de forma descontextualizada, veremos que, efectivamente, más importante que la acción en sí es el significado que el contexto, y por supuesto el grupo, otorga a las acciones, y es que más allá de lo que Canguilhem plantea, más allá del «aquí» y del «allá», los sentidos y lecturas sobre una misma acción pueden llegar a ser de lo más dispares incluso pensando en situaciones que tienen que ver con uno mismo.

Por dar varios ejemplos, me sirvo en primer lugar del autocastigo ritualizado en la Semana Santa, considerado el *momento por excelencia* de los penitentes cristianos y que ofrece, a través de la exhibición pública de la mortificación carnal, la posibilidad de expiar pecados. Especialmente las procesiones de Jueves y Viernes Santo, en cualquier localidad de nuestra geografía, son un ejemplo bien visible de lo que

estoy apuntando aquí (ver Casadó, 2007, trabajo inédito para la obtención del DEA: los *empalaos* de Valverde de la Vera y los *picaos* de San Vicente de la Sonsierra serían un ejemplo de autolesión pública ritualizada). Otro ejemplo podríamos encontrarlo en calles y plazas, cuando vemos faquires que ponen sus cuerpos al límite clavándose cuchillos y agujas en sus cuerpos, rociando sus bocas con gasolina y escupiendo fuego. También, y sobre todo perceptible en trabajadores de la construcción en nuestro país, la autolesión —torceduras de tobillo, golpes y rotura de dedos, sobreinfección de heridas— ha sido la estrategia por excelencia cuando la situación en el ámbito laboral rozaba lo ilegal en cuanto a condiciones laborales. Igualmente como ya apuntábamos, en nuestras cárceles la autolesión deviene, o así es percibida, como el único mecanismo-instrumento de contestación y protesta posible.

Este ejercicio resulta útil para relativizar en clave cultural y social el síntoma, y nos sirve también como ejemplo para cuestionar el modelo que legitima la naturaleza patológica de la acción, emergiendo de esta forma a partir de nuestras reflexiones un paradigma alternativo que nos obliga a resituar la acción en términos de relatividad cultural.

La mayoría de mis informantes —casi todas mujeres jóvenes que se autolesionan o se han autolesionado—, tanto *off* como *online* están diagnosticadas de algún trastorno. Muchas se consideran *límites* —diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad—; otras se definen como Ana o Mía (anoréxica o bulímica), algunas sienten vergüenza y esconden sus lesiones, otras las exhiben como heridas de guerra. Tienen en común que casi todas son mujeres y que, excepto una, no tienen más de 25 años. Todas ellas acostumbran a autolesionarse en secreto, en su habitación o en el baño (Ester, 17 años), pero siempre en solitario. Los cortes que se producen pueden ser semanales o diarios, con periodos «en donde es más frecuente y otros en donde lo es menos» (Sandra, 19 años). Pueden recurrir también a quemarse en lo más superficial de su piel, golpearse, pero lo que hay de común en todas ellas es que no hay ideación suicida.

El sesgo en cuanto a sexo y edad que presentan todos los trabajos de corte cuantitativo son el marco que nos lleva a posicionar la etnografía como el instrumento metodológico que nos permite aproximarnos a la comprensión del síntoma desde adentro, como signo y expresión *de un padecimiento corporalizado —idiom*

of distress— que se ensaña particularmente en nuestras mujeres jóvenes. Este punto resulta especialmente interesante, puesto que nos permite recuperar, no con la profundidad con la que me gustaría pero sí al menos enunciar, la necesidad de trabajos de corte histórico que estudien en profundidad y cuestionen la naturaleza de determinados trastornos femeninos —y que, por qué no, podríamos situar dentro de un continuo—, como la histeria, la melancolía, los ataques de nervios o las neurosis —y creemos que en la misma estarían las autolesiones corporales— en todas sus acepciones, incorporando aquí también las conductas alimentarias autorre restrictivas severas y las autopurgativas que todos conocemos, como formas de locura adaptativa o resistente a patrones/modelos hegemónicos de mujer y de cuerpo. Para esto, el hecho de aproximarnos a su interpretación desde adentro, utilizando las categorías analíticas *experience-near* que ellas mismas manejan y su propio discurso corporal, nos abre las puertas a la obtención de un material que creemos interesantísimo y que también puede resultar muy útil porque emerge de los mismos discursos de sus protagonistas y no de manuales ni de discursos expertos.

Al hilo de lo que planteo, Burin *et alii* (1990) tienen publicado un trabajo sobre salud mental desde planteamientos feministas en el que defienden la tesis de que en el campo de la salud mental se tiende a patologizar los padecimientos y enfermedades cuya etiología se adjudica a los problemas emocionales. Para Burin *et alii* (1990), esta situación invisibiliza las causas más específicas de la queja de las mujeres debido a que orienta la búsqueda y los tratamientos hacia el campo de la psiquiatría y de la enfermedad mental en lugar de buscar el origen del padecimiento en la construcción misma de la identidad femenina. De acuerdo también con Mari Luz Esteban (2006), es preciso cuestionar la etiología de las enfermedades, especialmente aquellas que hacen referencia a la naturalización de las mujeres por el hecho de ser mujeres⁶, e implementar modelos multicausales que expliquen el origen y desarrollo de distintos malestares. Siguiendo con estos planteamientos, vemos que habría que buscar el origen de

⁶ Entendiendo por *naturalización* (Esteban, 2006: 11) la «percepción absolutamente esencialista y biologicista del cuerpo humano, sobre todo de ciertos cuerpos humanos, que afecta a distintos colectivos [...] y que lleva implícita su marginación social por razones biológicas y que anula toda posibilidad de cambio».

estos malestares en el ámbito sociocultural más que en la explicación dentro del paradigma médico. Una vez que seamos conscientes de que este tipo de prácticas no pueden reducirse al individuo, creo que nos será más fácil cuestionarnos no solo las relaciones de poder y subalternidad que se expresan en el cuerpo, sino también las lógicas de determinados procesos de reforma corporal que generan conciencia crítica y son interpretados de forma disonante. El hecho de que muchas de mis interlocutoras fueran mujeres y jóvenes creo que es bastante significativo. Lo cierto es que considero que el aumento en el número de acciones violentas autodirigidas no puede analizarse sin considerar hasta qué punto las construcciones de género y sus expectativas han entrado en crisis, ya que, en este sentido, las acciones violentas dirigidas hacia el propio cuerpo parecen expresar una oposición a un tipo de feminidad que restringe la expresión de sus emociones, y es a través del cuerpo, en oposición a un modelo de mujer concreto, que este tipo de prácticas pueden ser estudiadas como formas de resistencia.

Creemos que es precisamente esta lectura *comprendiva* que tratamos de captar con el uso de la etnografía la que nos permite también leer en clave crítica determinados trabajos, sobre todo de corte cuantitativo, muy centrados en el dato y que bajo nuestro punto de vista, no diré todos pero sí la mayoría, andan buscando titulares fáciles supuestamente legitimados por muestras representativas, tablas de incidencia y prevalencia significativas, llegando a establecer relaciones causales peligrosísimas.

De acuerdo con este planteamiento, el espacio virtual permite deslocalizar a estos *otros*, ubicándolos en un espacio en donde no son etiquetados por su conducta, y esto se traduce en la generación de movimientos sociales *online* —como las comunidades *pro self-injury* y *pro self-harm*— impensables por otro lado a escala real.

Comunidades virtuales. Viejos conceptos, nuevos escenarios.

As bricolers, online researchers are continually inventing or piecing together new research tools, fitting old methods to new problems (Mann y Steward, 2000: 5).

El concepto *comunidad* tiene, en ciencias sociales, dos orígenes: del alemán *gemeinschaft*, en el sentido otorgado por Tönnies a finales del siglo XIX, definido como «comunidad espontánea de intereses y sentimientos resultado de una experiencia vital compartida» (1957: 33), y *community*, del inglés, entendido como el marco donde se llevan a cabo las relaciones sociales que son imprescindibles para el ser humano. En cuanto a la precisión del término, se han dado muchas definiciones por parte de antropólogos, como por ejemplo la de George Murdock (1950), que define una comunidad como «el máximo grupo de personas que residen juntas en una asociación cara a cara», o la de Walter Arensberg (1965) que considera que «personas, espacio e interacción son los elementos básicos de la comunidad»; también Stanley Brandes (1975) habla de que «la identidad y cohesión de la comunidad son el producto de la relativa homogeneidad económica, social y cultural». En 1955 Hillery analizó 94 definiciones del término comunidad. De su análisis se desprende (Canals, 1994) que la comunidad debe entenderse como un grupo de personas que interactúan, que crean lazos que los unen y que comparten un espacio común al menos durante un tiempo determinado.

Como concepto, el término *comunidad virtual* fue creado por Howard Rheingold en 1993. Para ello utilizó el concepto «comunidad» e introdujo elementos que hacían referencia a la transgresión de fronteras y a su agrupación de acuerdo a intereses, de manera que el término evolucionaba hasta llegar a unas nuevas dinámicas sociales ya no restringidas a espacios geográficos concretos. Rheingold definió la comunidad virtual como: «agregaciones sociales que emergen de la red cuando un número suficiente de personas entablan discusiones públicas durante un tiempo lo suficientemente largo, con suficiente sentimiento humano, como para formar telarañas de relaciones personales en el ciberespacio...» (Rheingold, 1996: 20)

Para Rheingold la comunidad virtual se define como un ecosistema de subculturas y grupos espontáneos que se pueden comparar con cultivos de microorganismos que crecen en un laboratorio, y en donde cada uno es como un experimento social que nadie planificó pero que sin embargo se produce. En la metáfora de Rheingold el ciberespacio vendría a ser una especie de placa de *petri* social, la red el medio agar y las comunidades virtuales serían las colonias de microorganismos que crecen en estas placas de *petri*.

Aunque existe bastante consenso a la hora de reconocer a Rheingold su papel como *pater familia* del término, su definición ha sido bastante cuestionada. Silvia Wilbur (1997), por ejemplo, considera imprecisa su definición, puesto que categorías como «suficientes personas», «suficiente tiempo», «suficiente sentimiento humano», son difíciles de determinar. José Silvio hablaba, en el año 1999, de los tres elementos básicos que son imprescindibles para la existencia de una comunidad virtual: 1) interacción, 2) componente afectivo, 3) tiempo de interactividad. Quizá la definición que me parece más acertada es la que propone Barri Wellman (2001), quien define las comunidades virtuales como «redes de lazos interpersonales que proporcionan sociabilidad, apoyo, información, sentimiento de pertinencia y una identidad social». De definiciones hay, hoy por hoy, muchísimas, cada una con su matiz particular; sin embargo, vamos comprobando que el elemento aglutinador de todas ellas y que nos puede servir aquí sería la sustitución del espacio físico por redes deslocalizadas que funcionan como lugares de sociabilidad en donde proyectamos y construimos redes *online* sobre la base de nuestros intereses directamente vinculados con la escala real.

*Comunidades virtuales pro self-harm*⁷

La particularidad de las comunidades virtuales con las que trabajamos tiene que ver con su naturaleza exclusivamente *online*. Fuera del espacio virtual no existen grupos *pro self-harm*, existen individuos que se autolesionan en la intimidad.

Utilizando como metáfora el símil de *Alicia en el país de las maravillas*, es como si los espacios a los que me estoy refiriendo existiesen solamente al otro lado del espejo, al otro lado de la pantalla, en un mundo paralelo tejido de redes descentralizadas que resulta complicadísimo imaginar cuando uno se sienta frente a su ordenador,

⁷ Una vez ya definido el concepto *comunidad virtual*, cabe apuntar que en esta investigación nos referiremos al término de forma genérica: como un movimiento que incorpora distintos sitios. Nuestro trabajo surge de la etnografía realizada sobre algunos de los sitios que integran algunas de estas comunidades virtuales. Nos referimos de forma genérica a comunidades virtuales *pro self-harm* porque es el término más utilizado, incluso en los sitios web de habla hispana, para referirnos al mismo fenómeno.

pero que están en una dimensión que trasciende lo físico, que supera la dimensión espacio/tiempo para situarse en un punto concreto del entramado de redes que nunca es el mismo, sino que constantemente se está resituando, acomodando, que se retroalimenta comunicativamente a través de aportaciones (hilos, *posts*, comentarios y entradas) de sus seguidores y usuarios registrados. Pura poesía para cualquier investigador social.

Lo que voy a presentar en este punto posee una importancia nuclear, puesto que tiene que ver con los quehaceres de trastienda, con los ingredientes y esencias que combino y que son los que facilitan —y también sesgan, por qué no decirlo— los resultados obtenidos. No voy a dar resultados, sino que voy a plantear algunas de las estrategias que me resultaron útiles.

La observación y trabajo de campo con estas y otras unidades de observación virtuales (blogs, foros y vídeos en Youtube), empieza de forma rigurosa en el año 2008 —aunque antes ya había hecho alguna que otra incursión etnográfica en el ciberespacio, no es hasta este año que empiezo a focalizar y a recopilar de forma sistemática materiales— y lo termino (no por voluntad propia sino por una cuestión de *timing*) en el año 2010. Desde que empecé la cruzada del trabajo de campo con comunidades *pro self-injury* hasta ahora, mi identidad *online* y *offline* se ha ido transformando; podríamos decir que he crecido y he ido madurando a lo largo del proceso.

Uno de los puntos sobre los que me gustaría tratar aquí tiene que ver con la tensión que se me plantea cuando algunos de mis colegas me hacen reflexionar acerca de la posibilidad de contrastar o no el material que obtengo en internet. Trabajaremos en este punto sobre las dificultades con las que me he encontrado para poder establecer contacto físico con mis informantes, y también hablaremos de las potencialidades que nos ofrece la red para reinterpretar conceptos clásicos como «campo», desterritorializando de algún modo su acepción y aproximándonos a su estudio a partir del concepto de campo de Bourdieu⁸: «comunidad», «observación», «participación» y «observa-

8 Para Pierre Bourdieu un campo es un espacio de acción y de influencia en el que confluyen relaciones sociales determinadas. Estas relaciones quedan definidas por la posesión o producción de una forma específica de capital. Aquí el interés común residiría en poder compartir, ser escuchado sin el temor de ser estigmatizado.

ción participante», «trabajo de campo», «identidad del investigador» y «tratamiento de la información». En segundo lugar hablaremos acerca de otra de las cuestiones que se me han planteado y que tienen que ver con cuál debe ser mi actitud (crítica, pasiva o de denuncia) una vez finalizado el trabajo de campo.

Sobre la cuestión de las técnicas etnográficas y del trabajo *online*, mi visión siempre ha sido muy pragmática. Lo he vivido como un *proceso natural*, entendiendo por proceso natural que nunca he buscado forzar la situación ni he tratado de someter las técnicas a mis informantes ni mis informantes a las técnicas. Ha constituido todo un proceso que está en la esencia de la misma observación, registro y del *rapport* progresivo que establezco con mis informantes.

La apropiación del concepto *campo* de la antropología clásica para referirnos a nuestras unidades de observación nos ha servido a la hora de acotar los distintos *sites* —o lugares virtuales— que hemos etnografiado. Sin embargo, la particularidad que la etnografía *online* presenta es que la idea de campo no podemos pensarla vinculada a un espacio físico o geográfico concreto, sino que, como hemos planteado, lo concebimos como un espacio de acción e interacción que agrupa a personas con intereses compartidos. Tampoco la interacción cara a cara, de importancia esencial en antropología, está garantizada.

Sobre este punto, la principal dificultad con la que nos encontramos tiene que ver con la posibilidad o no de validar la información que obtenemos, puesto que —aunque en más de una ocasión lo he propuesto— nunca he podido establecer encuentros *offline* con mis informantes. Esta cuestión puede ser hasta cierto punto una limitación a nuestro trabajo de campo; no obstante, si reflexionamos acerca del porqué estos encuentros no han fructificado, así como tampoco las *kedadas* —encuentros reales— entre miembros de las comunidades con las que trabajamos, veremos que aquí la cuestión del secreto y del estigma que la autolesión proyecta, y que de alguna forma con los encuentros *offline* se quebrantaría, juega un papel muy importante. Una reflexión interesante a hacer en este momento tiene que ver con cómo internet se considera —suponemos por el anonimato que permite— un espacio que no transgrede el espacio privado aun estando proyectándose imágenes, pensamientos y sensaciones que pertenecerían a este ámbito.

Carlos Castilla del Pino, en uno de sus artículos sobre la teoría de la intimidad y el escenario de la representación, plantea una cuestión interesante para nuestro análisis. Según Castilla del Pino, la intimidad es un espacio reservado que actúa al margen de toda coacción (1996:24). De esta manera, «el Dios Omnivoyeur [y nosotros añadiríamos: con ayuda del santificado DSM IV] cuya mirada escudriña en los más recónditos rincones de nuestra alma para sorprender la «verdadera intención» de nuestros actos, persigue el control de los diferentes yos íntimos [...] tratando de inducir al sujeto hacia la supresión del espacio íntimo [...] y así los códigos que rigen la vida privada [...] pueden ser fuerte y eficazmente controladas...» (Castilla del Pino, 1996:25). Sin embargo, sobre esto hemos de tener en cuenta que más que acciones íntimas, privadas y públicas, lo que realmente existen son los espacios que, a modo de escenarios, utilizamos en función de lo que consideramos pertinente para cada situación. Este pacto de escenificación, unas veces explícito y otras implícito, es codificado por la propia estructura social (Castilla del Pino, 1996:21), que es quien determina el tipo de actuaciones pertinentes para cada escenario. Así pues, y al amparo de la sombra inquisitorial del bien y el mal que los mandamientos canónicos rigen, no es de extrañar que, en cuanto al loco o el cuerdo que el DSM establece, acciones como las autolesiones corporales con finalidad expresiva o emotiva permanezcan y se realicen en un escenario privado, pero transgrediendo y exhibiendo lo-que-no-debe-ser-visto a escala real en el ciberespacio.

OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

Para poder trabajar con estas comunidades virtuales parto de la concepción teórica de que una comunidad virtual debe ser entendida como un campo en su acepción *bourdiana*. Es decir, la comunidad no deja de ser un espacio de interacción, un espacio en donde resulta absolutamente imprescindible el conocimiento de sus reglas del juego.

Como investigadora me sumergí en estas comunidades del mismo modo que lo hicieron mis informantes. No obstante, fueron necesarios tres meses de observación flotante —como *lurker*⁹— antes de

⁹ *Lurker* es el nombre dado a los usuarios registrados y anónimos que tienen una actividad receptiva y pasiva en la red. Hay que dejar claro que un *lurker* no es lo mismo

la primera de mis intervenciones. Estos tres meses me sirvieron para familiarizarme con la dinámica de los grupos y con el conjunto de reglas implícitas y explícitas que regulan el comportamiento —la conocida como *netiquette*¹⁰ y que es variable en función del grupo—.

Siguiendo la tipología de Junker (1960), podríamos decir que durante el tiempo que he estado realizando trabajo de campo en el seguimiento de estas comunidades he pasado por casi todas las etapas o roles sociales por los que un investigador puede pasar excepto por el grado de participación total. Sobre esto último, no voy a negar (aunque esté mal admitirlo) que en alguna de mis noches de insomnio y después de haber leído algunos trabajos sobre la construcción de la identidad red en el ciberespacio (Contreras, P., 2004) no me pasara por la cabeza crear una identidad en la red que me permitiera inmiscuirme en los grupos como *una más*, pero debo reconocer que nunca tuve el valor de hacerlo. Como digo, la observación fue un proceso lento en donde la observación con poca o escasa participación tiene un peso importantísimo —crucial en la primera etapa—.

Si bien cualquier investigación científica busca establecer un conjunto de procedimientos técnicos que garanticen que los datos recopilados y su interpretación se aproximen a la realidad social que estudia (Hammersley y Atkinson, 1994: 40), en mi caso la posibilidad de contrastar la información que obtenía en este medio fue la espada de Damocles con la que siempre me he visto confrontada. ¿Cómo

que un *leecher*. Un *leecher* (del inglés *leech*, sanguijuela) está peor visto y es la denominación que se utiliza para definir a aquellos usuarios que tratan de aprovecharse de los recursos de los demás (por ejemplo foros de tipo temático o especializado) sin colaborar ni aportar nada.

10 *Netiquette* es una palabra que viene del francés *etiquette* (buena educación) y *net* (red), y se utiliza para hacer referencia al conjunto de reglas que regulan la conducta de un usuario. Algunas normas básicas serían: no escribir todo en mayúsculas —pues produce la sensación de estar gritando—, antes de registrarse leer las FAQ —preguntas más frecuentes—, hacer caso omiso a los *trolls* (volviendo a los términos, de forma genérica en internet se denomina *troll* a la persona que escribe mensajes groseros u ofensivos para interrumpir una discusión y hacer enfadar a sus participantes. En algunos foros y blogs encontramos la frase y el icono de *don't feed the troll*. Por dar un ejemplo, en el blog de Carol encontramos el siguiente comentario: «Idiotas...brujas que no entienden k la vida vale...pfff ojalá se mueran desangradas...y ahí si entenderán lo que valían...dejen te intentar llamar la atención... X eso es k no las quieren por tontas huecas...»).

comprobar que mis informantes eran quienes decían ser y que la información que publicaban era cierta? Una vez más, en este punto los clásicos me dieron la clave. Releyendo a Malinowski en *Los Argonautas* me di cuenta de que aquí la observación era la clave. Era necesario que la observación fuese muy minuciosa, al detalle, y que fuese muy rigurosa en el registro del diario de campo. Sin despreciar el peso del relato, debía ser consciente de que más importante que aquello que se escribe es saber leer entre líneas. Ser capaz de sumergirme en los significados, muchas veces implícitos, de las acciones que se llevaban a cabo así como saber detectar los elementos de contradicción que aparecían en el seguimiento.

Trabajamos con blogs, foros de discusión y también con autoproducciones audiovisuales (sobre todo con vídeos de Youtube), y he de decir que la cantidad de material es desbordante. En un primer momento, y para tener acceso actualizado a los nuevos blogs y foros, creé una cuenta de correo de Gmail y me di de alta en «alertas Google» con dos términos de búsqueda: *self-harm* y *autolesión*. Todavía hoy recibo a diario un mínimo de dos mensajes con sus actualizaciones, además de las novedades, claro está, de los blogs y foros en los que estoy registrada.

Como apunte preliminar para concretar los medios en los que hemos trabajado, cabe decir que definimos un foro de discusión como un espacio virtual al cual acceden un determinado número de usuarios en la red con el fin de conocer, producir e intercambiar conocimiento, colaborar y aportar puntos de vista individuales sobre una temática concreta. En cuanto a su estructura organizativa, los foros están supervisados por un moderador/gestor que se encarga de dinamizar y supervisar el foro. El acceso a un foro normalmente tiene un proceso: 1) registro, aunque existen foros de discusión libres; 2) autorización por parte del moderador; 3) acceso libre a los *threads* o hilos que más interesen. En cuanto al uso del foro como instrumento para la recogida de información, hemos trabajado con foros secundarios, es decir, con foros que ya existían; no hemos abierto ningún foro a propósito para esta investigación.

Un blog es un sitio web donde se escribe periódicamente sobre aquello que resulta de interés para quien lo ha creado. En sus inicios, en español, utilizábamos el término *bitácora* por analogía con los cuadernos de a bordo que se escribían a modo de dietario durante

el desarrollo de un viaje en barco. Sobre las bitácoras, y aunque reconozco que el uso del término tenía su punto romántico, cabe decir que como concepto ya casi ha caído en desuso, sustituido por el hoy más popular término de *weblog* o *blog*¹¹. Si bien en un primer momento los blogs fueron vistos como espacios de escritura epistolar con tintes de exhibición narcisista y se pensó que serían una moda efímera y transitoria, el tiempo nos ha demostrado lo contrario, y es que desde entonces hasta ahora el nivel de crecimiento de los blogs ha sido exponencial: han ido depurándose, se han creado entornos y plataformas de creación de blogs de uso muy sencillo, las posibilidades técnicas se han multiplicado y también el público seguidor de blogs se ha ido ampliando. Por poner un dato, según cifras publicadas por *Technorati* (motor de búsqueda de blogs) cada siete segundos se crea un blog en el mundo, aunque también señalan que solo la mitad de ellos permanecen activos al cabo de cinco meses. Definir lo que es un blog, considerarlo un escenario más en donde es posible hacer etnografía, y sobre todo tomar como categoría analítica su intención y contenido resulta complejo, aunque no poco interesante; fundamentalmente porque a día de hoy cada *blogger* lo utiliza y le confiere su especificidad en función del uso, necesidad y objetivos que pretenda con su proyección. Lo que vamos a tratar de defender aquí es la posibilidad de repensar la cuestión de los blogs partiendo del análisis de su discurso y redes que genera. De hecho, la idea de incorporar los blogs al estudio de las comunidades virtuales *pro-self-harm* radica precisamente en tratar de objetivar el tipo de redes que se establecen alrededor de un blog y reflexionar sobre cuáles son las necesidades que fomentan el llamado «fenómeno blog», que junto al «boom *youtube*» responden a una de las mayores necesidades y manifestaciones comunicativas proyectadas por anónimos hasta ahora nunca vistos. La importancia de los blogs en el estudio de las comunidades *pro-self-harm* radica también en el proceso de ir

11 El término *weblog* fue utilizado por primera vez por el escritor estadounidense Jorn Barger en el año 1997, describiéndolo como anotar sobre la red, *logging the web*. La forma corta *blog* fue acuñada por Peter Merholz, quien dividió la palabra *weblog* en la frase *we blog* en la barra lateral de su blog (mayo de 1999). Rápidamente su uso fue adoptado tanto como verbo como nombre, mientras el término *bloguear* se usa en el sentido de «editar en blogs».

descubriendo las redes implícitas que sirven de nexo entre los blogs aparentemente inconexos que hemos seleccionado y ver cuáles son los elementos de cohesión que sirven para reforzar el sentimiento de pertenencia al grupo. Revisando seguidores y comentarios de los cinco blogs que forman parte de esta investigación, hemos de decir que, aunque el proceso de selección se produjo al azar, encontramos para nuestra satisfacción ciertos nexos de unión que nos permitieron repensar la idea de los blogs no como entidades estancas sino como microhistorias inmersas dentro de un entramado de historias afines que se retroalimentan entre sí y que contribuyen a reforzar nuestra hipótesis de partida planteada sobre blogs en red.

Àmbar Violeta sería el ejemplo de lo que podemos llamar una *bloguera fugaz*. No he tenido en cuenta su blog para el análisis, pero me parecía interesante rescatarlo para enmarcar los criterios básicos de inclusión de blogs que he considerado en este estudio. Su blog es el ejemplo de un esbozo de escritura digital abandonado que navegaba por la red a la deriva cuando lo encontré. Localizarlo me supuso la alegría de haber encontrado un pequeño tesoro. Un borrador de blog abandonado, descuidado pero que aún palpitaba... Mi emoción mientras lo leía fue parecida al hecho de haber encontrado una bitácora oxidada en el fondo del mar o, en su defecto, también sería comparable a la emoción que experimentaba de pequeña cuando lograba localizar el diario íntimo de mi hermana mayor. La tentación era demasiado grande.

Desconozco por qué Àmbar Violeta abandonó su blog pero, a no ser que después de tres años haga una reaparición triunfal, nunca lo sabremos. No dejó nada: ni un correo, ni una dirección de contacto, nada. Lo cierto de su historia, y así ella misma lo reconoce, es que *tenía secretos* y que encontró en el refugio del espacio virtual un lugar donde poder explicarlos. Lo paradigmático de su blog es que, aunque fue creado en 2007 y actualizado durante no más de una semana, hoy día sigue recibiendo mensajes de los seguidores de su blog, como si el tiempo —y los años— no hubiesen pasado.

En la selección de nuestras unidades de observación establecimos una serie de criterios básicos y concretamos en cinco el número de blogs con el que trabajaríamos y en tres el número de foros, aunque debo decir que los blogs y foros que he ido siguiendo son más de los que aquí expongo.

Para poder trabajar con blogs tuve en cuenta en el proceso de selección: 1) el idioma, que debía ser escrito en español; 2) la fecha de creación (consideré mínimo un tiempo de dos años como fecha de creación aunque también he incorporado a una bloguera novel en el estudio); 3) el hecho de ser actualizados regularmente —al menos un par de veces al mes—, y 4) debían contar su historia. Todos los blogs con los que he trabajado tenían en común que el eje temático era la autolesión corporal. La búsqueda de blogs la realicé de dos maneras: una que podríamos llamar *pasiva*, a través de la suscripción a alertas google, con lo cual a diario me llegaba por correo electrónico información sobre nuevas webs, blogs e información, y otra *activa*, a través de Technorati, que me permitió la búsqueda activa a través de palabras clave no solo en blogs sino también en *posts*.

Llevar a cabo este proceso de selección no fue tarea fácil, puesto que hay muchísimos blogs con historias de autolesión y todos ellos interesantísimos. Las unidades de observación seleccionadas fueron, como bien he planteado, al azar, teniendo en cuenta los ítems que previamente había elaborado; la selección buscaba ser representativa —en cuanto a sexo y edades—, aunque debo decir que todos ellos se encuentran entre los 17 y 25 años. Buscaba también encontrar significados diversos y motivaciones distintas hacia la autolesión —a veces percibida como reacción emocional a un dolor intenso, otras como un estilo de vida y en la mayoría asociado a una categoría diagnóstica.

TRATAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Una de las principales dificultades con las que me he encontrado a nivel metodológico tiene que ver con mi inseguridad para cerrar el campo. Siempre he tenido la sensación de que sería pertinente hacer alguna entrevista más, añadir algún otro perfil, realizar más observación, incorporar algún otro blog o alargar el seguimiento de los foros. Parecía que nunca llegaba al punto de saturación teórica que Glaser y Strauss (1967) sugieren, siempre quedaba algún cabo suelto, siempre necesitaba más tiempo, más observación, más campo... Era una sensación de inconformismo-inseguridad absoluta, en donde parecía que por mucho registro y análisis siempre necesitaba más. Sin embargo, llegó un momento en el que me planteé el punto y final. Era consciente de que si no me retiraba aquella sensación podía alargarse

ad aeternum y que la tesis nunca terminaría. Escoger este momento no fue fácil, básicamente porque establecí una muy buena relación y me sentí emocional y personalmente muy implicada con la mayoría de mis informantes. De hecho, creo que las relaciones que establecí llegaron a absorberme tanto que pasaba muchísimas horas conectada, siguiendo foros, blogs, viendo vídeos de Youtube, escuchando su música —me impactó especialmente—, grupos como *Evanescence*, *Tiritas de albambre*, *Superchick*, *My chemical romance*, *May*, también interpretando su letra, siguiendo hilos, *posts*, intervenciones, etc. La inmersión fue total. Aunque traté de mantener el punto de extrañamiento que se requería para poder escribir algo reflexivo al hilo de mis observaciones, llegué a sentirme muy adentro, y en ocasiones me costaba muchísimo alejarme. Sobre esto debo decir que, aunque yo así me sintiera, para ellos nunca fui una más; en todo momento tenían claro cuál era mi rol.

Sobre la cuestión del registro de mis notas y diario de campo, en un primer momento pensé en crear un blog. De esta forma utilizaría un recurso virtual que me permitía editar mis observaciones y reflexiones siguiendo un orden temporal, así como ir incorporando los registros. Sobre este punto, debo decir que, aunque en un primer momento me pareció muy buena idea, pues de esta forma mis informantes tenían acceso a la información que publicaba, me daba miedo que el uso público de este medio para mis anotaciones privadas sesgara parte del material que publicaba precisamente por el hecho de que sabía que sería leído por terceros. Así pues, decidí seguir con el formato del diario de campo-libreta tradicional aunque posteriormente creé de todas formas un blog —<<http://cuerpoypadecimiento.blogspot.com>>—, en donde presentaba reflexiones e ideas, y colgué también algunos artículos, reseñas de libros, videoclips, etc. En cierto sentido, la idea del blog fue publicar cosas que no sabía muy bien donde encuadrar pensando que después, en la distancia, me sería más fácil retomarlas. A la hora de registrar mis notas en el diario de campo, debo apuntar que, aunque intenté ser rigurosa obligándome a escribir al menos una vez a la semana sobre cada sitio, digamos que el registro se cumplió en el tiempo pero no en la forma, pues el diario de campo está repleto de ideas, unas sueltas, otras desarrolladas, mapas, esquemas, fragmentos de transcripciones, etc., y hemos de tener en cuenta

que en todos estos registros juega un papel muy importante mi particular visión sobre el hecho y las relaciones observadas.

En relación a la cuestión del tratamiento de la información recopilada tanto en blogs como en foros, está claro que trabajamos con documentos textuales. Para su registro, me he ceñido en utilizar criterios de tipo cronológico, tanto para los blogs como para los foros. Sin embargo, he de decir que, aunque en un primer momento utilizaba documentos Word para cada blog y foro, en donde iba cortando y pegando los registros e iba actualizando comentarios, debo reconocer que descubrir Google Docs en el transcurso de la investigación me facilitó mucho mi trabajo, puesto que suponía tener el documento en línea siempre disponible para poder editarlo e incorporar actualizaciones, y esto podía hacerlo desde cualquier lugar con conexión a la red. El hecho de poder también añadir comentarios sobre el texto me facilitó el empezar a construir categorías analíticas y poder trabajarlas desde el texto mismo. Para la construcción de estas categorías utilicé conceptos tanto de «experiencia próxima o *experience near*»: nervios, cortes, miedo, dolor, enojo, tristeza, angustia, enfado, locura, *way of life*, como de «experiencia distante o *experience distant*» (Geertz, 1994: 74): autolesión, *self-harm*, síntoma, trastorno y adicción.

En relación con el análisis de los datos, he de decir que, a medida que iba haciendo observación, recolectando datos y vaciando artículos, empecé a enfocar el eje de esta investigación y a seguir los filones que creía que podían enriquecer el trabajo de campo. Es en este sentido que me gustaría apelar a la necesidad de entender el análisis más como proceso que como resultado, puesto que el mismo diseño, la formulación del problema, las decisiones, puntos de focalización, etc., que tomé durante el trabajo de campo no fueron azarosas y de alguna forma condicionaron la propia observación, y por ende, los resultados que de ella se derivan.

Más allá de la cuestión de la identidad red o del individualismo en red, de las «comunidades personalizadas» de Wellman o de las «redes centradas en el yo» de Castells (1997:29), me ha resultado especialmente útil para el análisis de estas redes recuperar el concepto de «movimiento social», teniendo en cuenta la esencia exclusivamente *online* de este tipo de movimientos y entendidos estos como *nuevas* formas de acción colectiva que únicamente operan en la virtualidad, ampliando los escenarios que proponen autores clásicos como Dahrendorf (1979), Pérez Ledesma (1987), Herbig (1983) y Wolf (1979).

Lo interesante y ciertamente curioso de estos *nuevos* movimientos sociales es su naturaleza, puesto que es a partir de conductas estigmatizadas *offline* que se generan formas de movilización colectiva *online* que buscan recrear un mundo paralelo alternativo con toda una simbología —princesas tristes, hadas, mariposas, muñecas rotas, ositos de peluche (a veces mutilados), bailarinas—, todo esto con músicas melódicas de carruseles o joyeros infantiles, en representación de mundos oníricos paralelos que se quebrantan ante las imágenes de cortes y fotografías de autolaceraciones con palabras como: «odio» «fuck you», «pain», «alone» o «zombie».

DILEMAS ÉTICOS

Paralelamente al inicio de la investigación empezaron a surgirme dudas acerca de cómo podía estar segura de no estar causando ningún perjuicio a mis informantes.

En el trabajo de campo *offline* en unidades de salud mental infantil y juvenil, y en unidades especializadas de crisis del adolescente (UCA) en Barcelona (2005), Tarragona y Reus (2007-2008), se me había dejado claro que no debía preguntar explícitamente sobre autolusiones; de hecho, ni en el consentimiento informado ni cuando explicaba a mis informantes mi trabajo, ni cuando se lo explicaba a sus padres, nunca hablé de ello por indicaciones del personal sanitario. Me arriesgaba a que durante las entrevistas no surgiera el tema, pero por lo común sí emergía. Por regla general no tuve demasiados problemas para conectar con los chicos y sus padres tampoco preguntaban demasiado; supongo que porque creían que formaba parte del *staff* de profesionales que trabajaba en la unidad. Solamente en un caso, con un chico de unos 17 años ingresado en la UCA y diagnosticado de esquizofrenia paranoide, tuve un punto de desencuentro interesante. Ethel, que así se llamaba, ansiaba ser entrevistado. Desde que había visto el cartel en el que animaba a los jóvenes a participar, tenía ganas de hablar conmigo. De hecho, las tardes en el centro eran una auténtica persecución. A veces le decía que hoy no, igual mañana... Siempre traté que Ethel —y el personal— no se dieran cuenta, pero lo cierto es que me daba miedo estar a solas con él. Un día ya no pude escaquearme más. Me asaltó por el pasillo y me preguntó si podíamos hablar. No podía decir que no, sabía que ya había terminado y me disponía a ir al control de enfermería para recoger mis cosas

e irme. Aquella tarde Ethel había estado observándome y esperando el momento. Quería hablarme de muchas cosas y también sobre el cartel. Me dijo que no podía esperar más. No accedió a que nuestra conversación fuese registrada y charlamos sentados en unos asientos en el pasillo. No me atreví a estar con él a solas en el despacho donde normalmente realizaba las entrevistas.

Ethel era un chico de 17 años. Moreno, tenía el pelo cortito, era delgado, menudo y su rostro tenía un punto blanco-amarillo. Recuerdo su mirada; me miraba siempre directamente a los ojos y eso me incomodaba. Parpadeaba poco y hablaba muy despacio, supongo que por efecto de la medicación. A veces no lo entendía. Me dijo que lamentaba haber arrancado el cartel hacía unos días, que lo sentía mucho, pero que no entendía cómo había decidido ir ahí a trabajar sobre «emociones» cuando lo que precisamente se evitaba era que pudiesen «sentir». Me dejó perpleja. El Ethel que tenía ante mí no tenía nada que ver con el Ethel que hacía unas semanas había ingresado en el centro. Por aquel entonces yo estaba en la unidad y pude ver a través de uno de los monitores a Ethel en plena crisis: sus gritos, su rabia, sus golpes... Estaba totalmente fuera de sí. Fueron necesarios tres celadores para contenerlo. Quizá por eso siempre procuré evitarlo. Me daba miedo, sí, miedo, aunque en ese momento sentí tristeza y también rabia, rabia porque sin quererlo había resultado ser víctima de mi propio veneno, y no me había dado cuenta de los daños que eso podía ocasionar. Me preguntó si conocía algo acerca del «cristal» y el MDA, «la pastilla del amor», y que quizá por ahí podía encontrar algo. Le dije que no y él me confesó que deseaba volver a sentir. Estuvimos charlando cerca de media hora. Algunas veces se iba (metafóricamente hablando), otras volvía. Se levantaba, luego se sentaba. A veces se quedaba quieto y me miraba fijamente. Nuestra conversación terminó cuando, por suerte para mí, nos avisaron de que era la hora de ir a realizar actividades en la sala de juegos. Suspiré. La charla terminó ahí y ya no volvimos a hablar más.

El encuentro con Ethel me sirvió para reflexionar sobre aspectos de tipo ético en mi investigación. Efectivamente, había pasado por varios comités de bioética, me sentía respaldada por consentimientos informados pero, ¿cómo podía garantizar que no les estaba ocasionando un daño, ni que fuese involuntario? ¿Cómo podía garantizar el principio de no maleficencia hacia mis informantes?

Había leído sobre los principios que establece el Comité Ético del Consejo de Investigación en Ciencias Humanas y Sociales. Procuré cumplir todos los requisitos: 1) sujeto informado, 2) que dé su consentimiento explícito, 3) confidencialidad de los datos y 4) uso de la información recopilada de forma restringida. Sin embargo, algo en mí no encajaba. Tenía las espaldas cubiertas, eso sí, también según el *Ethics Working Committee and AoIR (Association of Internet Researchers)*¹², había hecho los deberes. Antes también de acceder al campo por segunda vez había realizado un cuestionario: *What is special about ethical issues in online research?*²¹³ que me avalaba «científicamente». Hice también una primera estimación sobre algunos de los riesgos que podía comportar esta investigación: metodología, posibilidad de garantizar la confidencialidad de mis informantes, contraste de la información y garantías sobre que el conocimiento que iba a obtener justificase la investigación en sí misma. Sin embargo echaba de menos algo: ¿dónde estaban mis informantes en todo este proceso? ¿El consentimiento informado era suficiente como para garantizar el principio de no-maleficencia? ¿Cómo saber, cómo percibir si les estaba ocasionando algún agravio? Otro aspecto es que, por la franja de edad con la que trabajaba (de 14 años en adelante), quizá para el grupo de los menores hubiese sido pertinente la obtención del consentimiento de sus padres, y no lo solicité. Tampoco a las chicas.

Sin lugar a dudas es un tema complejo, que nos plantea gran cantidad de dilemas y sobre el que creo debemos reflexionar mucho tratando siempre de tener en cuenta que cada investigación debe ser estudiada en sus propios términos, y sobre la que muchas veces resulta difícil establecer de forma genérica criterios unificadores.

Conclusiones

En este artículo he querido presentar algunas de las estrategias y reflexiones con las que he trabajado durante mi experiencia de campo en el espacio virtual. Tal y como hemos visto, las posibilidades de la

12 <<http://aoir.org/reports/ethics.pdf>>

13 <http://www.nyu.edu/projects/nissenbaum/ethics_cap_full.html>

etnografía en el trabajo en línea son muchísimas, aunque también es cierto que es necesaria una readaptación de algunos conceptos clásicos, mientras emergen por otro lado otros nuevos, intrínsecos a la virtualidad, que deben ser incorporados.

Como hemos visto, este es un trabajo más metodológico que analítico, por lo que formaría parte de la fracción oculta —o no formalmente visible— de nuestras observaciones, de aquello que se intuye cuando uno lee una etnografía pero que no se ve, de aquello que se palpa pero no se plasma, tratando así de hacer visible, de objetivar, los elementos y condicionantes que intervienen en el diseño y posterior desarrollo del trabajo de campo.

Esta investigación se enmarcaría dentro de una investigación más amplia cuyo hilo conductor central se orienta hacia la comprensión de los sentidos y significados de las acciones corporales autolesivas entre los jóvenes.

Bibliografía

- ARENSBERG, C. (1965) *El método de estudio de la comunidad*. Bogotá: Centro Interamericano de viviendas y planeamiento.
- BRANDES, S. (1975) *Migration, kinship and community: tradition and transition in a Spanish Village*. New York: Academic Press.
- BURIN, M.; MONCARZ, E.; VELÁSQUEZ, S. (1990) *El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- CANALS, J. (1994) «La reconstrucción imaginaria de la comunidad: consideraciones sobre un tópico del reformismo sanitario». *Jano* 11-17 Vol. XLVI núm. 1073: 87-94.
- CANGILHEM, G. (1971) *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- CASADÓ, L. (2007) «El cuerpo y sus metáforas: símbolos y significados de las prácticas autolesivas en jóvenes». Trabajo de investigación para la obtención del DEA. Máster en Antropología Urbana. Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social. Universitat Rovira i Virgili.
- CASTELLS, M (1997) *La sociedad red*. Madrid: Alianza..
- CASTILLA DEL PINO, C. (1996) «Teoría de la intimidad». *Revista de Occidente*, 182-183: p.15-30.

- CONTRERAS, P. (2004) *Me llamo Kohfam. Identidad hacker: una aproximación antropológica*. Barcelona: Gedisa.
- DAHRENDORF, R. (1979) *Las clases sociales y su conflicto en la sociedad industrial*. Madrid: Rialp.
- ESTEBAN, M.L. (2006) «El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista». *Revista de Salud Colectiva* 2(1) 9-20. Buenos Aires.
- GEERTZ, C. (1963) *Peddlers and princes: social change and economic modernization in two Indonesian towns*. Chicago: Chicago University Press.
- (1994) *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona: Paidós.
- (1971) *Islam observed: religious development in Morocco*. The University of Chicago Press: Chicago.
- GLASER, B.; STRAUSS, A. (1967) *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.
- HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. (1994) *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- HERBIG, J. (1983) *El final de la civilización burguesa (El futuro económico, tecnológico y social)*. Barcelona: Crítica.
- HINE, C. (2004) *Etnografía virtual*. Barcelona: UOC.
- JUNKER, B. (1960) *Field work: an introduction to the social sciences*. Chicago: University of Chicago Press.
- LAM, L.T.; PENG, Z.; MAI, J. (2009) «The association between internet addiction and self-injurious behaviour among adolescents». *Injury Prevention*: 667-677.
- MALINOWSKY, B. [1922] (1975) *Los argonautas del pacífico occidental*. Barcelona: Península.
- (1971) *La vida sexual de los salvajes del noroeste de la Melanesia: descripción etnográfica de las relaciones eróticas y conyugales y de la vida de la familia entre los indígenas de las Trobriand*. Madrid: Morata [1929]
- (1967) *A Diary in the strict sense of the term*. New York: Harcourt.
- MANN, C.; STEWART, F. (2000) *Internet communication and qualitative research: a handbook for researching online*. London: Sage.
- McLOUGHLIN, C. (dir) (2006) Informe *Truth Hurts* «*Truth Hurts: report of the National Inquiry into self-harm among young people*»:

- <http://www.mentalhealth.org.uk/content/assets/PDF/publications/truth_hurts.pdf>
- MEAD, M. (1928) *Coming in age in Samoa*. New York: William Morrow & Company.
- (1981) *Sexo y temperamento en las sociedades primitivas*. Barcelona: Laia [1935].
- MURDOCK, G. (1950) *Cultura y sociedad*. México: Fondo de cultura económica.
- PÉREZ LEDESMA, M. (1987) *El obrero consciente. Dirigentes, partidos y sindicatos en la II Internacional*. Madrid: Alianza.
- RHEINGOLD, H. (1996) *La comunidad virtual: una sociedad sin fronteras*. Barcelona: Gedisa.
- SILVIO, JOSÉ (1999) «Las comunidades virtuales como conductoras del aprendizaje permanente»: <funredes.org/mistica/castellano/ciberoteca/participantes/docupart/esp_doc_31.html>.
- TÖNNIES, F. [1887] (1957) *Community and Society*. East Lansing: Michigan State University Press.
- WELLMAN, B. (2001) «Physical place and cyberplace: the rise of networked individualism». *International Journal of Urban and Regional Research*. Vol. 25.2, June.
- WHITE, W.F. (1943) *Street corner society*. Chicago: University of Chicago Press.
- WILBUR, S. (1997) «An archaeology of cyberspace» en BELL, D.; KENNEDY, B. (eds.) *The cybercultures reader*. New York: Routledge.
- WOLF, E. (1979) *Luchas campesinas en el siglo XX*. Madrid: Editorial Siglo XXI.

PRESUNTOS IMPLICADOS: EL ETNÓGRAFO PACIENTE

Marta Allué

*Investigadora del Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social (DAFITS), Universitat Rovira i Virgili (URV)
mallue@tinet.org*

Resumen: El texto describe someramente las características del trabajo de un etnógrafo que, en un momento determinado, se convierte en observador implicado como consecuencia de un accidente. Ese punto de partida le permite formar parte del elenco de actores que interactúan en el ámbito de un hospital. Se analizan las ventajas e inconvenientes de esa posición, así como la validez y aplicación de los resultados.

Palabras clave: observación participante, implicación, enfermedad, discapacidad, interacción.

Abstract: This text briefly describes the characteristics of the work of an ethnographer who, at any given moment, may become a participant observer as a result of an accident. This starting point allows him to join a cast of actors who interact in a hospital context. The text analyzes the advantages and disadvantages of this position and the validity and application of any results.

Keywords: participant observation, involvement, illness, disability, interaction.

Susan DiGiacomo, Robert F. Murphy o Arthur Frank, entre otros, fueron víctimas de diferentes trastornos físicos graves, y optaron, en un momento concreto de sus carreras, por explorar el entorno de aquellas circunstancias personales. Sus experiencias con la enfermedad y su gestión quedaron reflejadas en sus respectivos libros y artículos. Salvando las distancias, me honra pertenecer a una generación de antropólogos que ha optado por indagar en su propio terreno, divergiendo de la corriente mayoritaria que busca en el «otro» la diferencia.

Desde 1979 hasta 1991 dediqué mi tiempo a la observación, al estudio de los procesos del morir en el hospital y de la muerte del otro, olvidando que tal vez algún día sería yo la víctima y no el observador. Con paciencia todo llega, así que un buen día conseguí, sin proponérmelo, aquello que ambicioné para mejorar mi ubicación en la torreta de observación de campo: una estancia, cobrando pero sin beca, en un hospital de tercer nivel. No hubo limitaciones ni acuerdos con el jefe de servicio, ni tampoco cartas de recomendación de tutores, porque entré por la puerta grande de urgencias¹. Eso sí, sin bata blanca².

Es obvio que en aquel momento no pude prever, ni mucho menos preparar, entrevistas o unidades de observación. Tenía inquietudes, no un proyecto definido. Si bien el noventa por ciento de mi cuerpo estaba fuera de servicio, mi oído seguía funcionando a la perfección. Y la memoria, en aquél entonces, era amplia y los *bytes* usados suficientes para organizar datos. Así que cuando lograba desprenderme del ruido de mi cuerpo iba aprendiendo a procesar la información que fluía sin más interferencias que una u otra intervención quirúrgica. La adrenalina y las endorfinas me mantuvieron alerta y, como drogas exógenas no hubo —la ignorancia en aquel momento sobre la analgesia era grande—, son escasos los que todavía se atreven a decir que aquellas observaciones nunca fueron objetivas porque estuve sometida a un enorme estrés paliado con la ayuda de la sedación³. Aquella experien-

1 En 1991 sufrí un accidente que me ocasionó quemaduras y secuelas muy graves.

2 Serena Brigidi (2009) defendió en su tesis de doctorado el rol del «antropólogo de bata blanca».

3 Hacia 1996 un médico intensivista a quien acababa de conocer me desacreditó en público durante el transcurso de un congreso de su disciplina: «Lo que usted dice no es válido porque en aquel momento, ingresada en una UCI, usted tenía disminuida su capacidad cognitiva» (sic).

cia, más adelante, se convirtió en un relato autobiográfico, «Perder la piel», que apareció publicado en 1996. Las observaciones etnográficas que incluí en el libro nunca fueron sistemáticas, no seguí pautas ni trabajé con absoluto rigor científico, porque registraba de forma automática y sin criterio lo que se me antojaba útil: mi objetivo era, simplemente, narrar la aventura. No obstante, ese primer período en el hospital constituyó un muy importante punto de partida en lo que más adelante ya serían proyectos, porque iba a permitirme trabajar desde dentro de la institución y en directo: observación *ultraparticipante*.

Desde ese accidente, y aquel primer libro, he ingresado por lo menos una vez al año en un hospital para recibir tratamiento quirúrgico, situación que me ha facilitado el contacto con el medio de forma continuada. En cada una de esas ocasiones he recogido información, ahora de forma premeditada, para ahondar en cuestiones relacionadas con los derechos de los enfermos, la relación médico-paciente, con el dolor y el sufrimiento, con los roles profesionales, la discapacidad y también con la supervivencia. Algunas de esas cuestiones fueron suscitadas por los temas de congresos, cursos o posgrados a los que fui invitada; otras, por intereses relacionados con proyectos ajenos⁴, y también propios⁵.

No busco en esta modalidad etnográfica respuesta a dudas personales. No hago terapia. Miro y observo; escucho cualquier cosa que tenga que ver con la gestión de la enfermedad y de la discapacidad. Algunos dicen que ese grado de implicación es arriesgado porque indefectiblemente se tiñe de subjetividad e impide establecer la distancia con el objeto de estudio. Yo creo que es útil y hasta necesario si la meta buscada es que las descripciones cualitativas resultantes sirvan para corregir y mejorar los modelos asistenciales actuales.

⁴ *Guia de recursos per a la inserció laboral de persones amb discapacitat*. Fundació Universitat Rovira i Virgili. Tarragona, 2003-2004; Catalina Jordi y Marta Allué, codirectoras. *Accions de difusió i formació per a la millora de la inserció laboral de persones amb discapacitat*. Fundació Universitat Rovira i Virgili. Tarragona, 2005-2006; Catalina Jordi y Marta Allué, codirectoras. *Mujeres con discapacidad y protección social: accesibilidad y suficiencia*. Fundació Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. Fomento de la Investigación social. FIPROS. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007; Catalina Jordi y Marta Allué, codirectoras.

⁵ Entre otros, un par de libros (Allué, 1996, 2004) y unos cuantos artículos.

¿Por qué hago aplicada? Porque la indignación es motivo suficiente para la investigación en antropología, como Laura Nader (1974: 284) afirmó en su día. Hay quién me busca o me contrata para que explique en público lo que le hicieron a su padre, a su madre o a un vecino en el hospital X o en la empresa Y, en el caso de personas con discapacidad. Y lo hago. ¿Es antropología? No lo sé. Lo que me importa es su eficacia.

¿Qué me interesa etnografiar/fotografiar de esas cuestiones sobre las que he trabajado? Sobre todo aquello que se deriva de la interacción: actores comunes —los pacientes— y actores profesionales en las diversas escenas de la gestión de la enfermedad, de la deficiencia y del riesgo. Cómo se gestionan los recursos para la enfermedad, la discapacidad y la supervivencia. Cómo funciona la cooperación de grupo y la ayuda mutua; y en qué consiste la relación con los agentes que hacen del sujeto una persona enferma, discapacitada o superviviente. Cómo el Otro construye la diferencia del que juega en el campo con un hándicap.

Implicación y distancia crítica

Durante los primeros meses de mi proceso asistencial me resultó imposible establecer la distancia necesaria entre lo que me estaban haciendo y diciendo los médicos o las enfermeras y lo que yo necesitaba saber de sus actuaciones. Pero cuando convertí aquella experiencia en materia de reflexión intelectual conseguí de forma paulatina desprenderme, además, de la limitación de la identidad que es común en la mayoría de los enfermos. Logré distanciarme de mi cuerpo/objeto de atención y cuidado, intentando pasar a una posición *étic*. Las circunstancias estresantes de una cura dolorosa o de la espera frente al quirófano es evidente que me afectan como a todo el mundo, pero múltiples intervenciones quirúrgicas y curas dolorosas sin anestesia me han permitido lograr cierta objetividad en tales circunstancias. Dicho de otro modo: la prioridad analítica que me impongo me facilita dejar de ser la víctima para convertirme en un mero observador, como si de una *extracorporeación* se tratara. Además, las curas y las intervenciones quirúrgicas de los últimos años casi siempre han sido predecibles, lo que facilita la preparación, el ensayo del abordaje verbal y de la ubicación del punto de observación. Al fin y al cabo,

es únicamente en el medio hospitalario donde consigo que sea otro quien se ocupe de mi ruidoso organismo para poder dedicarme a otros menesteres, y hay que aprovecharlo.

Con el tiempo, también decidí —y costó mucho— presentarme sin compañía a las consultas médicas, a las sesiones de curas o al antequirófano. La decisión me reportó enormes ventajas tanto a nivel personal como profesional. Personalmente recuperaré autonomía: era únicamente yo quien opinaba. El paciente acompañado de familiares se convierte ante el médico en un ser indefenso, disminuido y débil al que cuesta prestarle atención cuando se está decidiendo sobre el tratamiento de su afección. En cuanto a la faceta profesional, la interacción biunívoca (médico-paciente y/o patología) reduce la presencia de ruidos en el mensaje, y el médico, sin audiencia múltiple, desgrana a su antojo su discurso mostrándose mucho más distendido con el lenguaje: al fin y al cabo está solo ante la patología. Todo ello facilita al investigador el control sistemático de la información.

Por tanto, la implicación personal es legítima, y hasta necesaria, en la práctica de la observación participante en temas asociados a la enfermedad, la discapacidad o el sufrimiento. Lo he dicho en otros foros y lo seguiré manteniendo. Indagar sobre las profesiones vinculadas a la salud, el funcionamiento de los hospitales, las terapias y los resultados de las mismas, o bien teorizar sobre los sistemas de salud, es posible desde fuera. No hay problema. Ahora bien, para captar determinados extremos en torno al sufrimiento humano hay que estar dentro, muy dentro. No hace falta inocularse virus alguno ni esperar a romperse la crisma. Se puede trabajar desde otra óptica, sobre la narrativa del enfermo por ejemplo, pero en posición vertical se perciben muchos menos detalles que desde la horizontalidad del lecho, porque ahí se experimenta con lo propio y con lo ajeno.

Yo misma he llevado a cabo la experiencia visitando o siendo 'el familiar responsable' de algunos enfermos hospitalizados. Mi predisposición era la misma. Es más, contaba con el cien por cien de mis capacidades físicas; sin embargo, la verticalidad y la temporalidad creaban zonas ocultas a la observación, inaccesibles, y también una lectura mediatizada por el discurso del enfermo. Obtuve resultados relacionados con la actitud de los profesionales para con el acompañante del enfermo, pero limitados en relación a la gestión de los pacientes. Un ejemplo. En dos ocasiones distintas acompañé a diferentes

hospitales a dos personas con patologías muy complejas: cirugía del raquis y cirugía cardíaca. Yo no era el único familiar/amigo presente, aunque sí era oficiosamente la acompañante. En ambas ocasiones, cuando los familiares recibieron la información de los cirujanos a su salida del quirófano, éstos, sin vacilar, se dirigieron a mí personalmente para darme las explicaciones pertinentes. La mujer de los bastones debió parecerles a los médicos la de mayor confianza y responsabilidad. No hace falta bata blanca: la veteranía en la guerra hospitalaria es un grado que nos permite mimetizarnos con el paisaje⁶.

Es cierto que un profesional de la salud con formación etnográfica podría mejorar los encuadres pero aún está más implicado que el enfermo: son parte del sistema. Un sistema del que es muy complejo distanciarse, igual que ocurre en la docencia. Simultanear dos roles profesionales me parece inviable para el trabajo de campo. Enfermos lo podemos ser todos, de modo que no es una categoría que pueda descalificarnos, tampoco la elegimos y mucho menos la deseamos.

Víctor Frankl, neurólogo y psiquiatra austriaco, superviviente del Holocausto, se preguntaba en *El hombre en busca de sentido*, si «¿el hombre que hace sus observaciones mientras está prisionero puede tener ese distanciamiento necesario? Sólo los que son ajenos al caso pueden garantizarlo, pero es mucha su lejanía para que lo que puedan decir sea realmente válido» (2003: 22-23). La argumentación de Frankl me conduce a un camino paralelo, el de la disciplina aplicada. Seguramente, debido al grado de mi implicación, siempre he concebido los resultados de mi trabajo de tal manera que fueran aplicables.

Otras ventajas del presunto implicado

A pesar del manido tema de la distancia y de la implicación, en el ámbito en el que trabajo siempre hay más ventajas que inconvenientes. La primera y más importante ventaja es que la mayor parte de los espacios de observación no requieren permiso alguno para su acceso. No se 'entra' en el campo: se está. El investigador/observador se mimetiza con el paisaje y los peligros de la sobreactuación de los actores se eliminan. Se puede además suscitar la conversación, orientarla,

⁶ Desde hace años, en mi hospital de referencia, el personal sanitario me sigue preguntando, aun con bastones y sin vestir bata alguna, si «soy de la casa».

recuperarla con otros actores y afinarla en segundas oportunidades previstas e imprevistas.

Si la observación/*interacción* con los informantes espontáneos o programados se hace durante un ingreso hospitalario, la disponibilidad del investigador para la obtención de datos es casi absoluta. En el lecho no hay otra actividad, solo capacidad receptora de información, 24 sur 24. Además, si el ingreso se prolonga más de seis noches⁷, la rotación de enfermos vecinos⁸ está casi garantizada y la variabilidad de situaciones e interlocutores también. Es evidente que ese extremo introduce una variable azarosa por cuanto el compañero o compañera de habitación pudiera no interesarnos por su perfil; no obstante, esa eventualidad también puede producirse en otras circunstancias de análisis menos aleatorias que un accidente o una enfermedad.

Las estancias medias y prolongadas en el hospital permiten que nos beneficiemos del acceso a una amplia gama de profesionales/informantes gracias a la rotación de equipos diarios, semanales e incluso mensuales. Un ingreso de quince días en un hospital público posibilita la interacción con una media de veinte informantes, de los cuales solo una quinta parte podrían considerarse como formales, teniendo en cuenta que no trabajan todos los días ni tampoco están disponibles más allá de veinte minutos seguidos para un entrevistador ocasional. Si lo que suscita nuestro interés son las prácticas, y mucho menos el discurso en torno a la atención hospitalaria, verles actuar proporciona mucha mayor información que lo que pudieran desglosar en una entrevista abierta pero pautada, tarea que también he llevado a cabo pero con resultados mucho más pobres. Entre el discurso estereotipado y la acción hay una enorme distancia cuando se trata de médicos y enfermeras. Lo mismo ocurre, por ejemplo, con la docencia: entre el relato del maestro y la práctica docente suele mediar un abismo. Los actores, en su propio escenario, improvisan sin guión alguno de modo que hacen y dicen sin inhibiciones lo que más les conviene, y el investigador puede preguntar, sugerir o suscitar algunas respuestas.

⁷ La estancia media de los ingresos hospitalarios en España fue, en 2008, según el INE, de 6,96 días [consulta en abril de 2010 <<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>>].

⁸ Los hospitales públicos de España en los que he realizado la mayor parte de mis observaciones no disponen de habitaciones individuales, salvo los boxes de las unidades de cuidados intensivos y otras unidades de aislamiento.

La horizontalidad del lecho como único punto de observación es una limitación del campo. Es cierto, no suelo conocer lo que hay en la *backstreet*, pero con el tiempo se logra seleccionar personajes clave que pueden ampliar la información que fluye más allá del pasillo. Ante un paciente conversador, el personal sanitario suele explicar cosas, de manera que resulta bastante sencillo hacerse con la información.

De todo ello me enteré gracias a la información que fluye entre la gente que, en cárceles, hospitales o campos de internamiento, comparte por necesidad un destino común, lo que les permite saber de unos y de otros y también sobre las personas que disponen de sus vidas. La información se filtraba a través de las paredes, sin necesidad de golpecitos o de mensajes en clave; lo sabíamos todo de todos, nosotros, pacientes y reclusos al mismo tiempo; y nuestros dulces carceleros, las enfermeras, también lo sabían (Márai, 2007: 164).

Si de lo que se trata es de obtener testimonios directos de los enfermos, así como de su interacción con los profesionales que les atienden, el lecho proporciona otras 24 horas *non stop* de actividad cuando se comparte habitación y las condiciones físicas del etnógrafo lo permiten. De nuevo el informante es aleatorio y su estancia puede ser breve o demasiado prolongada, pero acaso sea esa triste o feliz circunstancia azarosa la que nos permita mayor fiabilidad en relación a los resultados: en esos casos no puedo elegir a mi informante. Hay compañeros de habitación gloriosos, otros impresentables, y escasos son los odiosos, que si bien son una carga para el etnógrafo-paciente, se convierten en fuente caudalosa de referencias para el paciente etnógrafo, que sorbe con fruición los datos sin caer, eso sí, en la trampa de la complicidad. Es difícil hacerlo y desgasta, pero la experiencia lo facilita. Así, el tedio se puede combatir con provecho tomando notas e incluso realizando registros sonoros de lo que acontece en la cama de al lado, porque esos datos están en el aire, forman parte del paisaje sonoro del hospital⁹.

⁹ Entendido *paisaje sonoro* desde el punto de vista de la ecología acústica, término acuñado por R. Murray Schafer (1977) en la década de 50. Dicho concepto pretende aunar bajo un mismo campo el estudio y análisis de entornos sonoros de distintas índoles, para así poder analizar el sonido en términos etnológicos, sociales o culturales.

Con el registro directo no hay vulneración alguna de derechos puesto que no se trata de informantes clave ni tampoco utilizo el sonido directo en público. Es simplemente un soporte fácil para quien se halla en posición horizontal. Solicitar permiso me resultaría fuera de lugar. Anularía la virginidad de la información e incluso podría llegar a perturbar la relación no profesional con el vecino de cama. Y si en alguna ocasión decidiera utilizar una parte importante de un discurso, no dudaría en pedir su autorización. La oscuridad y el silencio de la noche hacen que las camas se conviertan en divanes de psicoanalista y que los enfermos desglosen sus vidas sin ambages. El entorno y la circunstancia de la enfermedad invitan al relato íntimo pero también al análisis y a la crítica del sistema, aspecto este último de enorme interés para mi trabajo.

Si todos esos elementos aleatorios impiden una buena cosecha de referencias, en mi patología —hoy cronicada— la sucesión de ingresos permite, por un lado, acabar lo que hubiera quedado pendiente, revisar y tal vez preparar otros enfoques posibles. Aunque fuera de todo rigor, lo más fascinante es precisamente el azar: nunca sé de antemano qué situación voy a vivir ni con quién.

Fuera del hospital, mi pertenencia al grupo favorece el acercamiento. A lo largo de mi camino he compartido mis días con otros pacientes. Todos y cada uno de ellos, a veces de forma sistemática, otras de forma aleatoria, han sido mis informantes. Con el tiempo he formalizado algunas de esas relaciones a fin de obtener datos concretos durante las entrevistas, sin olvidar la amistad que me une a muchos de ellos. Muchos fueron compañeros de sala; otros vivieron circunstancias similares a las mías. Unos y otros conocemos muy bien el contexto y la posibilidad de que ellos puedan ayudar con el relato de su experiencia, o yo ayudarles escuchando. Esto facilita el intercambio, hace que se presten fácilmente a la entrevista y que no exageren ni inventen. Y lo más importante es que conmigo pueden narrar, sin temor a herir, cualquier detalle por truculento que pudiera ser, no así con los suyos. Los enfermos hablamos sin reservas cuando nos sentimos frente a un igual porque los lugares comunes son constantes y la posibilidad de contrarrestar pareceres y experiencia se presenta libre de pudores, rencores y miedos.

La disposición permanente

Entre los inconvenientes de trabajar siendo actor y no solo observador, tal vez el más notable es el hecho de que los períodos de trabajo de campo fluctúan dependiendo de la patología personal. Las ocasiones pueden presentarse repentinamente, para lo cual hay que disponer a toda velocidad materiales y objetivos. Puede ocurrir también que una complicación o, al contrario, una rápida resolución del problema médico frustre la meta trazada.

La vinculación que se produce entre la experiencia personal y la profesional en el antropólogo que padece un trastorno crónico y además se interesa por la reflexión sobre la salud y la enfermedad conduce a lo que en otras ocasiones he denominado «la disposición permanente del investigador». Esa predisposición debe haber sido trabajada de antemano. Así, cuando la ocasión se presenta el investigador debe saber disociar las conductas emocionales de las profesionales. La disociación se alcanza con la experiencia. No hay más secreto.

Mi entrenamiento en el campo del morir y de la muerte me facilitó retomar la práctica de la disposición permanente en el mundo hospitalario. En aquella época, no podía «organizar» una muerte o un funeral a mi antojo, así que cuando ocurría debía apresurarme a lanzarme al campo. Ahora, cada vez que de forma imprevista reanudo el contacto con otros pacientes, los médicos o el hospital, activo el sistema disponiéndome a superar el episodio con beneficios intelectuales. Sobre este punto ya reflexionó en su día Colette Petonnet en un texto en el que la autora consideraba la necesidad de estar siempre alerta frente a la producción espontánea de información.

En diversas ocasiones, por ejemplo, he requerido una intervención quirúrgica de urgencia, así que en esos momentos he tenido que conjugar dos problemas: prepararme para la intervención y diseñar urgentemente mi estrategia de acción profesional. En una ocasión fue una razón técnico-profesional y no una personal la que determinó la aceptación de la fecha que me propusieron los cirujanos para intervenirme en el quirófano. Si aceptaba la cita propuesta, hecho que trastornaba bastante mis planes familiares y de agenda, conseguía una estancia inédita en una unidad de quemados distinta a la que conocí cuando sufrí el accidente. Si rechazaba, la ocasión difícilmente volvería a presentarse. De modo que acepté. La oportunidad de volver a

ingresar en una unidad de quemados agudos desde la veteranía era, en aquellos momentos, única e ineludible. En apenas 48 horas tuve que diseñar un plan de acción para asegurarme toda la información posible porque sabía que ese ingreso conllevaba un elemento añadido: la incomunicación absoluta.

La unidad de quemados en la que ingresé se regía, en la época, por unas normas draconianas de asepsia: los pacientes solo se comunicaban con las visitas por interfono; el personal sanitario vestía atuendo de quirófano (gorro, mascarilla, peúcos, guantes estériles, etc.) y prácticamente ningún objeto personal era admitido en las habitaciones; aunque yo conseguí entrar clandestinamente mis instrumentos de trabajo (papel, lápiz y magnetófono), me impidieron utilizar mi propia silla de ruedas. Mi objetivo, en dicha ocasión, fue doble: realizar un ejercicio de comparación sobre la organización de las unidades de quemados y experimentar de nuevo el aislamiento¹⁰. Por esa época trabajaba en un artículo sobre las condiciones contextuales del individuo sometido a aislamiento social en tres contextos diferentes: las unidades de cuidados intensivos, los «zulos» de los secuestrados y las celdas de los condenados. Mi trastorno me brindó una oportunidad excelente para contrastar y valorar algunas de mis reflexiones en directo. Muchos años después ese artículo embrionario se convertiría en un libro sobre estrategias de supervivencia¹¹.

Hoy sigo intentando renegociar mi ingreso en la nueva unidad de quemados del hospital donde me tratan. Afortunadamente dejó de ser un espacio hermético a la sociabilidad y me gustaría poder contrastar mi anterior experiencia con la actual, sobre todo porque, si bien las normas y características físicas de la unidad han cambiado radicalmente, gran parte de los profesionales siguen siendo los mismos hoy en día. En diversas ocasiones me han invitado a conocer las salas pero no es lo mismo ir de visita que recibir asistencia. Mis observacio-

10 Después del accidente permanecí durante cinco meses en una sala de cuidados intensivos. Una circunstancia de orden organizativo me obligó a prolongar mi estancia en la UCI más allá de lo estrictamente necesario, así que los dos últimos meses los pasé dentro pero plenamente consciente y orientada, lo que me permitió observar su funcionamiento. Tales condiciones son excepcionales puesto que la mayor parte de los pacientes de intensivos sometidos a sedación no conserva recuerdos de ese período.

11 *La piel curtida* (2008). Barcelona: Edicions Bellaterra.

nes no serán ni de lejos tan agudas como las que pudiera hacer desde una de las camas. Si admito la visita de cortesía me enseñarán lo que al turista desde el autobús. Si entro de forma horizontal, aunque me conozcan, deberán seguir el protocolo.

Espacios de interacción

Los hospitales brindan muchos y muy diversos espacios de interacción. Para trabajar sobre ellos hay que fijarse en todo, desde las características del edificio y su entorno (topografía hospitalaria) hasta aspectos como el sistema de señalización y orientación para el paciente, la higiene, la seguridad o la identificación de los profesionales que circulan. Interesa conocer cómo utilizan ese entorno tanto los profesionales de la institución como los usuarios. Cómo interaccionan en un medio concebido para una finalidad muy específica: curar y cuidar.

Los espacios de relación exclusiva con el personal sanitario son las habitaciones, las salas de curas, las consultas externas, la UCI e incluso los antequirófanos o las áreas de reanimación. Esos ámbitos permiten al observador contemplar el desarrollo de las conductas profesionales y su capacidad empática en relación al paciente, tanto en circunstancias extremas (cura dolorosa) como en otras menos graves (consulta rutinaria). El paciente se encuentra a solas con sus interlocutores, carece de testigos y esa situación «autoriza» a los oficianes a realizar su trabajo sin las limitaciones que supone estar frente a un familiar u otros pacientes. En esas áreas el enfermo deja de ser él mismo, un todo, para convertirse en una parte: la que hay que tratar. El antequirófano o sala de anestesia es una de ellas.

En ese lugar, el paciente espera hasta que entra en el quirófano propiamente dicho. Hay hospitales en los que el paciente es anestesiado en esa sala y pasa ya dormido e intubado a la mesa de operaciones. Ese umbral marca notablemente la diferencia, pero como los usos y costumbres locales varían, a veces se puede llegar consciente y orientado hasta el mismo teatro de operaciones, lo que permite la apertura del campo hacia terrenos cenagosos para los profanos. La desiderata del etnógrafo es conseguir una anestesia regional y sin sedación añadida. Entonces, las puertas se abren y el panorama es total. El personal, desinhibido por la ausencia virtual del enfermo, habla a sus anchas, actúa como si aquél nada pudiera ver o escuchar, y al

etnógrafo camuflado no le queda más que registrar en la memoria lo que dicen —aunque mucho menos lo que hacen.

El paciente etnógrafo es, en el bloque quirúrgico, un ser horizontal sin voz ni voto. Inmóvil, lejano y ciego muchas veces, pero sordo —sin anestesia— nunca.

[...] con la quietud natural y decorosa de los enfermos, con las manos descansando sobre la manta, pero de una forma más horizontal que una persona sana: una postura que semejaba un poco la manera en que yacen los muertos o los que han perdido en conocimiento. (Márai, 2007: 113)

Las salas de terapia ocupacional (T. O.) o los gimnasios de rehabilitación son otros espacios básicos para la interacción con pacientes que presentan problemas óseos, musculares o neurológicos. La T. O. es una «disciplina sociosanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada por cualquier causa»¹². Los pacientes de la sala dedican su hora a trabajos de tipo manual, generalmente sobre una mesa y en grupo, lo que invita a la interacción. Los enfermos, conminados por los terapeutas, suelen además narrar sus aventuras y desventuras. A la sala también acceden temporalmente los familiares, que introducen elementos del exterior y de la vida pasada de los pacientes, facilitando así la ordenación de unos relatos que de otro modo sería difícil reconstruir¹³.

Si bien en T. O. predomina la interacción grupal, siempre fomentada por los propios profesionales, el gimnasio/sala de fisioterapia ofrece otra forma de interacción más interpersonal. Los gimnasios suelen ser, en los hospitales, espacios amplios donde los fisioterapeutas atienden a sus pacientes en exclusiva a lo largo de poco más de treinta minutos. Las conversaciones suelen producirse entre paciente y fisio, ampliándose el círculo durante los recesos al resto de los enfermos más afines en razón de la patología y el tratamiento. En ambas

12 <http://www.terapia-ocupacional.com/Definicion_TO.shtm>

13 En la sala de T. O. de uno de los hospitales donde estuve ingresada había permanentemente tres o cuatro pacientes que padecían traumatismos craneo-encefálicos en todas sus formas y grados, así como otro tipo de pacientes con patologías no conductuales.

unidades de observación se obtienen datos seleccionables y, aunque lo más frecuente es que la conversación sea distendida (se habla del tiempo o del último programa de televisión con la sana intención de no ensombrecer aún más el presente de los pacientes), siempre se obtienen datos sustanciosos.

Otro ámbito, de uso exclusivo para los pacientes, son las salas de visita, las salas de espera, las cafeterías y los pasillos de las unidades. En estos espacios, lejos de los oídos del personal sanitario, se habla de asistencia, se critica a quien nos atiende y cómo nos atienden, y se interacciona libremente con familiares y amigos que estén de visita. Es una tierra de nadie, aún dentro del hospital, sembrada de brotes de los que hacer crecer nuevos informantes implicados (pacientes de patología similar al etnógrafo), pero sobre todo es útil para conocer la conducta del profano: el acompañante.

Los acompañantes aportan escasa información sobre el sistema pero representan ampliamente al ciudadano medio, por lo que suelen ser útiles para establecer contrastes *in situ* sobre lo que piensan, hacen y dicen, que suele distar mucho de lo que opina el enfermo encamado. El acompañante es el profano por antonomasia en el medio sagrado del hospital. Es el ciudadano medio que se obceca por violar normas y tabúes y se queja constantemente. Es también el mejor informante para recolectar el más variopinto repertorio de conductas y argumentos en torno a la espera, su más importante caballo de batalla. Su tiempo se mide por un rasero muy distinto al del enfermo y al de los profesionales de la institución, lo que genera discursos sustanciosos en torno a ello.

Los puntos de observación, desde la óptica del paciente, son diversos, pero como hemos visto, no pueden abarcar en absoluto la totalidad del campo. Los lugares a los que puede acceder un paciente hospitalizado se limitan a las áreas a donde se le dirige para seguir el tratamiento o a aquellas menos medicalizadas por las que puede circular libremente, pero en absoluto por las de uso exclusivo del personal. No obstante, en alguna ocasión he negociado con éxito algún objetivo de esa índole. La lectura por parte de los profesionales sanitarios de los textos sobre hospitales siempre acusa cierto recelo sobre las descripciones que realiza un observador que, a su vez, es un paciente, precisamente porque no aparece nada de esos puntos negros, de poca visibilidad.

Etnografía implicada y aplicada

Durante un ingreso en el hospital, una infección de quirófano, que afectó a seis pacientes más, malogró los injertos de piel que me implantaron. Cuando la enfermera comprobó que mis heridas estaban infectadas monté en cólera, ordené que se presentara el cirujano de guardia y me dispuse a lanzar un discurso muy crítico sobre las contradicciones asépticas que regían el funcionamiento del servicio. Llevaba ya muchos años de observación como para callarme lo que hacía tiempo quería discutir. El cirujano, para mi sorpresa, permaneció impasible sin cuestionar ninguno de mis argumentos. Solo dijo: «Lo que ocurre es que casi nadie se queja de problemas de este tipo porque la mayor parte de los pacientes no sabe hacerlo». Por eso —quisimos entender— parte de este problema no se arregla nunca. La respuesta sentó mal a los otros pacientes que me acompañaban porque demostraba además que solo se escucharía a quienes actuaran desde la experiencia y la objetividad. La crítica corrió como un reguero de pólvora por los pasillos de la unidad. Yo sabía que el cirujano era contrario a muchas de las normas impuestas en la unidad, que obedecían más bien a cuestiones de organización interna e inmovilismo que a razonamientos médicos, pero no podía enfrentarse a solas y abiertamente a sus superiores. Así que todo aquello que pudiera aportar el cliente experto podría ser bienvenido.

Las observaciones y reflexiones del antropólogo que trabaja sobre cuestiones asistenciales desde dentro del sistema podrían conllevar una aplicación práctica nada desdeñable, de no ser por la actitud extremadamente conservadora de la clase médica. Los médicos son reticentes a admitir observaciones externas sobre la práctica asistencial. Sin embargo, si las reflexiones proceden de alguien que conoce el medio sanitario porque ha vivido en él como paciente, se dan dos posturas: una, la más conservadora, es que se muestren absolutamente reticentes argumentando que en ningún caso la reflexión del paciente es objetiva porque está siempre determinada por el sufrimiento, que es subjetivo; la otra, más abierta, la adquieren aquellos médicos que en un momento determinado, y casi de forma inconsciente, tratan al paciente reflexivo como un igual porque sabe utilizar su mismo lenguaje y apenas muestra ni un atisbo de subjetividad cuando discute sobre su trastorno. Es en ese momento cuando la reflexión trascien-

de más allá de quien la realiza —el etnógrafo enfermo— y el discurso llega al médico como aportación al cambio de actitud, de conducta profesional o de procedimiento terapéutico.

El ejemplo que he narrado tan solo es una pincelada que ilustraría un objetivo de mayor envergadura: intentar la sistematización de las reflexiones a fin de que tengan una aplicación práctica que beneficie al paciente. La tarea es compleja y los resultados de mis ensayos no siempre han sido positivos cuando me he enfrentado formalmente con los médicos.

Me preguntan sobre cuestiones relacionadas con los derechos de los enfermos (autonomía, toma de decisiones, voluntades anticipadas, comunicación e información, etc.). Analizo esas cuestiones como antropóloga, aun cuando suelo también utilizar ejemplos en los que yo misma he sido la protagonista. No obstante, defender ante el público sanitario argumentos basados en observaciones no cuantificadas y *emics* resulta difícil, aunque no imposible. Para ser merecedora de su atención debo especificar claramente que mis observaciones nada tienen que ver con la clínica médica, sino con los procedimientos asistenciales, infraestructurales, de relación y organizativos, que son también los únicos que puedo discutir como observador social.

El objetivo, durante esas aportaciones públicas, es mostrar un modelo interpretativo del proceso asistencial en el marco hospitalario. Los médicos aún no han formulado ningún modelo interdisciplinario y holístico destinado al tratamiento de los enfermos. La especialización en Medicina y las formas de gestión de la salud han dotado a la asistencia hospitalaria de mayor eficacia técnica, pero casi siempre en detrimento del enfermo como persona. Para muchos médicos, los modelos asistenciales no son más que construcciones irreales de una complejidad estrictamente científica que escapa a cualquier contextualización realizada por un no médico. Quienes intentamos formular esos modelos no pretendemos discutir el saber médico, sino tan solo el «hacer», con el objetivo de conseguir, a través de la descripción y el análisis de conductas o prácticas, nuevas fórmulas que mejoren la calidad de vida del enfermo.

En cualquier caso, como dice Michael Crichton, «puedes cuantificar el interés de una de tus afirmaciones porque es directamente

proporcional al malestar que provoca. Si dices algo, molestas a alguien y nadie se queja, es que no has dicho absolutamente nada»¹⁴.

Bibliografía

- BRIGIDI, Serena (2009) *Políticas públicas de salud mental y migración latina en Barcelona y Génova*. Tesis doctoral. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- DI GIACOMO, Susan M. (1987) «Biomedicine as a Cultural System: an Anthropologist in the Kingdom of the Sick». En BAER, Hans A. (ed.) *Encounters with Biomedicine. Case studies in medical anthropology*. Nueva York: Gordon & Breach, 315-346.
- FRANK, Arthur W. (1991) *At the will of the body. Reflections on Illness*. Nueva York: Houghton Mifflin Company.
- MÁRAI, Sándor (2007) *La hermana*. Barcelona: La Salamandra.
- MURPHY, Robert F. (1990) *The Body Silent*. Nueva York: W.W. Norton.
- MURRAY SCHAFER, Raymond (1977) *The tuning of the world*. Londres: Random House.
- NADER, Laura (1974) «Up the Anthropologist. Perspectives Gained from Studying Up». En: HYMES, Dell (ed.) *Reinventing Anthropology*. Nueva York, Vintage Books, 284-311.
- PETONNET, Colette (1982) «L'observation flottante. L'exemple d'un cimetière parisien», *L'Homme*. XXIII (4): 37-47.

HISTORIAS PADECIDAS. NARRATIVA Y ANTROPOLOGÍA MÉDICA

Sara García López

*Máster en Antropología Médica (MAMSI), URV
Enfermera del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid
mariaoyoto@gmail.com*

Hilda E. Argüello Avendaño

*Programa Doctorado en Antropología Médica, URV
Observatorio Mortalidad Materna de México
hildaue@gmail.com*

Resumen: En el presente trabajo se exponen dos narrativas, sobre el proceso de salud-enfermedad-atención (SEA) y sobre la interrelación entre personal de salud y usuarios en contextos socioculturales distintos, con la utilización del sistema biomédico como denominador común. Las narrativas revelan lo que ningún profesional de la salud plasmó en los registros clínicos, ya que la aproximación a la biomedicina conduce a la traducción de su padecer en enfermedad.

Palabras clave: narrativas, sufrimiento, padecimiento, malestar, enfermedad, proceso SEA.

Abstract: The present study discusses two narratives regarding the health-illness-care process (HIC) and the interaction between healthcare staff and users in different sociocultural contexts. The common denominator between the two narratives is the biomedical system and they provide additional information that was ignored by health professionals in the clinical records because their biomedical approach merely seeks to turn the suffering of individuals into illness.

Keywords: narratives, suffering, pain, discomfort, illness, HIC process.

Introducción

The telling of stories, whether about oneself or others, is universal

Michael BURY

La presentación de narrativas del padecimiento busca fortalecer su conceptualización y utilización como herramienta de investigación antropológica, especialmente como una voz que desde la antropología médica contesta a la extendida corriente de la medicina/enfermería basada en la evidencia. Defendemos que la forma de construir el objeto de estudio determina el resultado de la investigación y que es necesario un estudio «cualitativo, intensivo, en profundidad, de la realidad en sus términos ‘naturales’ y desde dentro, aproximándose lo más posible al punto de vista de sus protagonistas» (Romaní, 2002: 498); que describa realidades, descifre estadísticas, muestre lo que hay detrás de los datos cuantitativos. Desde esta perspectiva se logran comprender y explicar aquellas evidencias que constituyen los saberes legitimados en el marco del modelo médico hegemónico (MMH)¹. A través de las narrativas se mostrará su capacidad para visibilizar las relaciones de poder en las que se inscriben las vivencias de quien relata, haciendo hincapié en aquel aspecto de la experiencia del padecimiento que no llega a plasmarse en los registros clínicos.

El primer relato describe el itinerario de una joven mujer indígena, de una zona rural mexicana, ante la irrupción de un episodio agudo de una enfermedad crónica hasta entonces desconocida por ella y su madre. La causalidad del padecimiento se relega a un segundo plano, ya que la búsqueda de atención aparece motivada por la incapacidad para realizar las tareas cotidianas y la aflicción de una

1 El MMH se puede definir como «el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, que desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado. Los principales rasgos estructurales son: biologicismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico» (Menéndez, 1988: 452).

madre por el deterioro de su hija, el temor a que fallezca y a tener que hacerse cargo de sus nietos. La narrativa del padecimiento expone las condiciones de vida adversas de algunos sectores de la población que se ven marginados, no únicamente de los circuitos de atención médica, desde antes de enfermar. Se considera aquí que sus procesos de SEA evidencian la desigualdad a la que se ven sometidos durante su vida por un cruce y concatenación del tejido político, social, étnico, de sexo y económico, principalmente.

El segundo describe en primera persona la experiencia de una enfermera que trabaja en un gran hospital español, en su relación con una persona mayor a quien atendió buena parte de su estancia hospitalaria por una reagudización de una insuficiencia cardiaca². Se expone desde la vivencia de la enfermera una situación de conflicto generado por las insatisfechas demandas del usuario en su cuidado hospitalario, lo cual replantea la clásica mirada que la antropología médica ha dispensado en el estudio de la llamada *relación médico-paciente*. Descentrándose de la crítica a la inadecuación del sistema sanitario y de la ideología biomédica en la relación con los usuarios, pero manteniéndose en todo momento la caracterización del MMH, la narrativa destaca el malestar de la enfermera en la relación enfermera-paciente.

Algunos conceptos teóricos fundamentales

BIOMEDICINA

El sistema biomédico surgió de un «proceso coyuntural por el cual la medicina técnica hipocrático-galénica, de carácter empírico-naturalista, incorporó los paradigmas biológicos de la ciencia experimental y, a fines del siglo XIX, abandonó el discurso político-social sobre la salud y la enfermedad» (Rosen, 1974; en Comelles y Martínez, 1993). Es uno de los distintos, posibles y paralelos sistemas existentes en torno al proceso SEA con sus propias bases ideológicas; su particular

² Según la Sociedad Española de Cardiología se define como un «estado fisiopatológico en el que alguna anomalía en la función cardiaca es responsable de la imposibilidad del corazón para bombear sangre en la cantidad requerida por las necesidades metabólicas tisulares». No obstante, reconocen que el diagnóstico de insuficiencia cardiaca se basa en el juicio clínico, en el que debe tenerse en cuenta la historia, el examen físico y las investigaciones diagnósticas apropiadas (Pascual *et alii*, 2004: 2).

forma organizativa que otorga central importancia a la estructura hospitalaria, relegando frecuentemente la atención primaria; así como su especial base técnica como medio para la identificación y resolución de problemas de salud. La ideología que determina su orientación, caracterización y objetivos es la descrita en el MMH.

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

De acuerdo con los diversos modelos descritos desde la sociología y la antropología, se asume que el modelo dominante en la biomedicina es el del profesional (médico, en este caso enfermera) experto, legitimado y con autoridad técnica y moral para dictar los comportamientos que él considera adecuados para que el paciente los siga, en aras de la curación de la enfermedad.

Al hablar de los *prestadores de servicios de salud* tendríamos que hacer referencia a un campo amplio, heterogéneo por sus actores, integrantes de un sistema médico llamado biomedicina o medicina occidental, que se impone —de acuerdo con Menéndez— como un MMH en la mayoría, si no en todos, de los países occidentales. La heterogeneidad de actores en este campo se explica tanto por sus distintas formaciones académicas y competencias técnicas como por el sexo, edad, jerarquía, antigüedad en el puesto de trabajo, lugar de origen, historia de vida y por otras características que no siempre se encuentran explícitas (Bourdieu, 2002: 103). Este conjunto de caracteres manifiesta la diversidad que puede encontrarse entre ellos, y que aportan elementos distintivos en sus relaciones con los usuarios.

El «paciente», ignorante, no experto, debe ser sumiso, pasivo, obediente y *paciente* con las pruebas, exploración, medicamentos, citas y conclusiones que el médico «prescriba». No obstante, son quienes experimentan de manera directa lo que Laplantine (1986: 16) refiere como «el sufrimiento y la conciencia de la experiencia mórbida, con sus componentes irracionales de angustia y de esperanza». Esa experiencia mórbida es un elemento significativo en la generación de posicionamientos diferenciales entre usuarios y prestadores de servicios de salud. Se posicionan de manera diferente porque parten de conocimientos y marcos de referencia también disímiles.

Ahondando en las características del MMH, aquí se considera la relación médico-paciente de forma metonímica, como una parte en

la que indefinidamente se materializa y replica la relación de hegemonía-subalternidad descrita entre el médico-sistema biomédico y el paciente, su contexto e historia (Menéndez, 1988: 452). En la relación enfermera-paciente se asume la asimilación de esas características y, aunque no es objeto del presente estudio, sería interesante analizar las semejanzas y diferencias de la relación enfermera-paciente respecto de las establecidas para la relación médico-paciente, ya que aquí entendemos que existen elementos compartidos pero también algunos que las distinguen.

Narrativas, antropología y el proceso SEA

La narrativa en general, y el ámbito de la etnografía en particular, suelen transformar historias desordenadas estableciendo vínculos entre aspectos que hasta su llegada no existían, o que sencillamente no se presentaban de la forma expuesta. O bien se construyen historias, muchas veces a partir de relatos fragmentados, sin aparentes reglas o intencionalidades, logrando diferentes alcances debido a la importancia y focalización que se presta a la experiencia vivida. Con el fin de comprender más acabadamente la utilización que hacemos de la noción de narrativa, describimos algunos elementos que la caracterizan:

1) *Autoridad etnográfica*. Es la importancia de la experiencia vivida por quien relata; en otras palabras, se destaca el hecho de que quien la cuenta lo ha vivido, con lo que se pretenden afianzar las nociones de objetividad, neutralidad y transparencia; por lo común se emplea en los relatos en primera persona (Clifford, 1983; en Crapanzano, 1984: 53).

2) *Teatralidad narrativa, virtuosidad interpretativa*. Crapanzano (*ibid*) las asocia con «repetir, generalizar, simplificar, exagerar, adornar». Las narrativas pueden tener un estilo u otro en función de los diferentes recursos movilizados. Kelly las agrupa en géneros: épico o heroico, trágico, cómico o irónico, romántico o didáctico (Kelly, 1994; en Bury, 2001: 278).

De ambos elementos mencionados destacaríamos que:

- Los hechos son supeditados a los intereses que el autor tiene sobre sus lectores y la credibilidad de la autora se basa en sus descripciones.

- Tal y como indica Hyden (1997: 49), es un poderoso medio para expresar el sufrimiento:

[...] Las narrativas de los pacientes dan voz al sufrimiento de tal forma que recaen fuera del dominio de la voz de la biomedicina, dadas las dudas de la biomedicina para explicar, curar y mitigar el sufrimiento.

- El etnógrafo —el narrador, en esta asimilación que aquí estamos haciendo— «debe hacer convincente su mensaje» (Crapanzano, 1984: 52). Resulta frecuente, e independiente de las características de quien narra, que solo por el hecho de narrar se da «una habilidad para utilizar técnicas y géneros que configuran la vida y enfermedad en formas o patrones culturalmente reconocibles y aceptables» (*Ibid*: 60).

A través de la narración se ordena y se descubre; la narrativa supone un efecto organizativo sobre el narrador (Cortés, 1997: 99). A propósito, Crapanzano cuestiona si las «presentaciones» del etnógrafo están preñadas de significado por su esfuerzo interpretativo.

Mediante la narrativa la experiencia es re-presentada y relatada (Good, 2003; en Cortés, 1997: 99). Ambos, narrador y escucha, «construyen» la narrativa (Hyden, 1997: 55). Por un lado, el discurso y la escritura son en sí mismos interpretaciones que a su vez limitan la reinterpretación (Crapanzano, 1984: 52).

En este sentido, puede verse el padecimiento como una disrupción de la entidad del paciente y su narrativa como el medio para reconstruirla, en el marco de la historia vital de cada persona (Hyden, 1997: 51).

Por otra parte, la narrativa también se contempla como una de las principales formas a través de las cuales percibimos, experimentamos y juzgamos nuestras acciones, el curso y valor de nuestras vidas (*Ibid*: 49), de manera que además de una construcción y representación en la narrativa, hay una construcción narrativa del padecimiento —«narrative construction of an illness world»— (*Ibid*: 56):

Las narrativas ofrecen la oportunidad de tejer las puntas abiertas del tiempo, recrean un contexto temporal que ya se había perdido (*Ibid*: 53). Ordenando los síntomas del padecimiento (*illness*) y los eventos en un orden temporal y relacionando ambos con otros eventos de nuestras

vidas se construye un contexto unificado y se establece entonces la coherencia;³ cuando los eventos se reordenan para caber en un estilo narrativo, se crea un guión (*Ibid*: 61).

La narrativa posibilita un vínculo con la enfermedad que permite explicarla y entenderla, integrándola en la vida de quien la sufre (Cortés, 1997: 99; Bury, 2001: 272). Tiene además un papel prominente en la reparación y restauración de significado cuando éste se ve amenazado (Bury, 2001: 264). Nos vemos forzados a revisar nuestras identidades personales e historias vitales en términos morales, y de esta forma las narrativas de los padecimientos tienen que ver en gran medida con cambio, con la reconstrucción de la identidad, con la reorientación de la vida tras la irrupción de la enfermedad, con las distintas estrategias y actitudes que se han tenido o se deben adoptar para manejarla en el momento y lugar en el que vivimos. A través de la narrativa se reflejan los valores sociales y culturales, emergen las expectativas de lo «bueno-malo», lo «deseable», el papel del enfermo, etc. Las personas tienden a preguntarse qué hicieron bien, qué no hicieron, cómo llevar la enfermedad de una forma «exitosa», cómo disimularla, por qué les ha acontecido la enfermedad, cómo enfocar sus responsabilidades, sus relaciones personales, qué lección «vital» extraen de esa experiencia (Bury, 2001: 276). *Las narrativas son capaces de representar y reflejar las experiencias de padecer (illness) en nuestra vida cotidiana*⁴ (Bury, 2001: 274; Cortés, 1997: 98; Hyden, 1997: 52).

Como toda producción humana, las narrativas suceden en un contexto sociocultural que moldea sus contenidos y alcances, como intentamos reflejar en los relatos aquí presentados:

Nosotros continuamente producimos nuevas narrativas ante nuevos contextos, determinados por los factores situacionales. El contexto influye la forma de narrar, su presentación e interpretación (Hyden, 1997: 52, 62).

A propósito de la contextualización del *padecimiento (illness)*, Osorio (2001: 32-33), parafraseando a Kleinman (1981: 72-74; 1978:

3 Énfasis de las autoras.

4 Énfasis de las autoras.

88; 1988: 5-6), señala que el padecimiento se «refiere a la experiencia psicosocial y al significado de la enfermedad (o la enfermedad percibida). En este sentido, también es una construcción que incluye los procesos de atención, percepción, respuesta afectiva, cognición y evaluación dirigida a la enfermedad y sus manifestaciones, por parte del enfermo, su familia o las redes sociales». La *enfermedad*, también conocida como *disease*, es una «construcción elaborada desde la biomedicina, u otros practicantes profesionales, generalmente estructurada al interior de un cuerpo de saberes teóricos y técnicos que clasifican, etiquetan e interpretan los problemas de salud» (según Kleinman, en Osorio, 2001: 32). Si la enfermedad no es una entidad en sí misma, sino que debe considerarse una construcción cultural, las narrativas de las enfermedades se construyen pretendiendo regular y determinar las narrativas de los padecimientos (*modelos explicativos*, ME) correspondientes.

Con relación a los modelos explicativos, Young (1982: 262) señala que Good enfatiza la importancia del lenguaje en el padecer: «es fundamentalmente semántico o significativo y toda práctica clínica es inherentemente interpretativa»; sin embargo, Young menciona que el planteamiento de Good se acerca más a la tradición simbólica de Victor Turner, a filósofos de la hermenéutica como George Gadamer o Paul Ricoeur, y acorde con sus influencias apunta a que «un padecimiento o síntoma condensa una red de significados para quien sufre» (Good, 2003; en Young, 1982: 262). De ahí que posteriormente Good utilice el término de *red semántica del padecimiento* (*semantic illness network*) para referirse a la «red de palabras, situaciones, síntomas y emociones que se asocian con un padecimiento y le dan significado a quien lo sufre» (*Ibid*: 263). Sin embargo, para Young el énfasis está en el *malestar* (*sickness*), y propone de hecho una *antropología del malestar*, entendiendo malestar como:

[...] el proceso a través del cual la conducta inquietante y los signos biológicos, particularmente aquéllos originados en la enfermedad (*disease*), confieren significados socialmente reconocibles, son vueltos síntomas y resultados socialmente significativos. Cada cultura tiene sus reglas para la traducción de signos a síntomas, para relacionar sintomatología a etiologías e intervenciones, y para usar la evidencia provista por cada intervención para confirmar las traducciones y legitimar

los resultados. El camino que una persona sigue de la traducción a los resultados socialmente significantes constituye su malestar (Young, 1982: 270, también en Osorio, 2001: 34).

Osorio también apunta que las relaciones entre enfermedad y padecimiento son de diversa índole, que pueden coexistir simultáneamente o con un relativo desfase; pueden darse la una sin la otra. En desórdenes crónicos —en referencia a las narrativas que aquí se presentan— muchas veces se superponen ambas, o en algún momento puede existir la enfermedad y verificarse una mínima o nula experiencia del padecer, o bien puede existir el padecer sin que exista la enfermedad.

No obstante, si se toma en cuenta la dimensión social que incluye el malestar, se observa que ni los procesos patológicos que manifiestan un estado alterado (biológico o psicosocial) de la estructura/función del sujeto, ni la experiencia subjetiva del padecer, pueden ser comprendidos plenamente fuera de la estructura de las relaciones sociales en las que ambos se producen y son resignificados (Osorio, 2001: 34).

ALCANCES DE LAS NARRATIVAS

Como Cortés (1997: 112) señala, la experiencia de la enfermedad, el *padecimiento*, coloca al sujeto en una situación de búsqueda de sentidos en la que la narración, en todo su conjunto, resulta oportuna: «Las corrientes interpretativas han propuesto que las experiencias de padecimiento pueden expresarse en forma significativa a través de narraciones» (*Ibid*: 98). Las narrativas pueden incorporar y reconstruir ideas culturales sobre las causas de la enfermedad y sobre el padecimiento en sí mismo como forma de incluirlo en la vida de una persona (Hyden, 1997: 58). Además, permiten conocer cómo se construyen sus saberes, cómo manejan la experiencia, las formas simbólicas de una cultura y las estrategias de atención. Tal y como señala Bury (2001: 264), las dimensiones universales, culturales e individuales de la experiencia humana son ensambladas por la narrativa, con capacidad para expresar y transmitir el sufrimiento más allá de las formulaciones biomédicas de la misma: cuanta más importancia se da al sufrimiento más relevancia alcanzan las narrativas (Hyden, 1997: 52).

El auge de la medicina «científica», ligado al desarrollo de los hospitales, laboratorios y desarrollo tecnológico en general, implicó una creciente concentración de esfuerzos por la obtención de datos «objetivos», signos o pruebas diagnósticas de los distintos y fragmentados sistemas corporales del paciente «portador» de la enfermedad, en detrimento de su experiencia, sensaciones y creencias; en otras palabras, de sus narrativas. La enfermedad descrita, definida y apropiada por una profesión médica cada vez más poderosa fue separada de la experiencia y sufrimiento de la vida cotidiana de quien la vivía (*Ibid*: 266). Teniendo esto en cuenta, cabe pensar que «la existencia de una biomedicina cada vez más tecnificada e insensible con la dimensión significativa, semántica, semiótica y hermenéutica de la enfermedad es, con toda probabilidad, un elemento explicativo en la proliferación de estas investigaciones interpretativistas» (Martínez, 2008: 104). Por su parte, Kleinman, citando a Horton, argumenta que la medicina científica moderna, tan dirigida a la eficacia en problemas biológicos, ha perdido la capacidad para lidiar con el significado social de las enfermedades, quedándose sin respuesta a muchos problemas derivados de los padecimientos (Kleinman, 1981: 100). Bury atribuye este hecho también al alto e insostenible coste que el gran desarrollo tecnológico implica en algunas sociedades, a una mayor «democratización» de las relaciones sociales en general, a un mayor acceso a información clásicamente circunscrita a los profesionales y al aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas en detrimento de las infecciosas (Bury, 2001: 268).

Consideramos que el estudio de las narrativas de los padecimientos —herramienta privilegiada de indagación cualitativa— es necesario tanto en el ámbito de la práctica clínica como en el de la investigación antropológica. Esto es así debido a la importancia señalada de la forma en que se relacionan con nuestros padecimientos, vidas e identidades:

Los relatos que la gente cuenta son importantes no sólo porque ofrecen una ventana oculta a la experiencia subjetiva, sino también porque son parte de la imagen que la gente tiene de sí misma. Estas auto-representaciones narrativas ejercen un enorme poder. Moldean cómo conducimos nuestras vidas, cómo manejamos el dolor, qué somos capaces de apropiar

de nuestra propia experiencia y qué repudiamos al familiar precio de la neurosis (Ochbert, en Hyden, 1997: 50).

También son necesarias por su mencionada capacidad para expresar y transmitir el sufrimiento, cuya importancia está aumentando, junto con la experiencia de la enfermedad, más allá de las formulaciones biomédicas de la misma.

Las narrativas nos ayudan a traducir o interpretar los diferentes lenguajes en la medicina, algo inherente al quehacer antropológico desde su nacimiento, para poder establecer puentes de comunicación y entendimiento entre los distintos sistemas terapéuticos, pero sobre todo entre los usuarios/pacientes y los prestadores de salud. Puede concebirse la narrativa como campo semántico y las transacciones clínicas como procesos interpretativos (Cortés, 1997: 98). Para Kleinman, en el corazón del cuidado «clínico» yace un problema interpretativo, de diferentes marcos cognitivos, culturales o conductuales (Kleinman, 1981: 98), de diferentes *modelos explicativos* (ME) (*Ibid*: 99). En su defensa de los ME, las narrativas son útiles, dado que los ME son «paquetes individuales de ideas no idénticas, constituidas por la conjunción de componentes de varios sistemas de creencias» (Berger en Kleinman, 1981:95). Estas características otorgan mayor importancia al relato en primera persona; además de reflejar una categoría social, añaden variabilidad.

La falta de interés en las narrativas de los usuarios/pacientes en favor de procedimientos técnicos desvía las actuaciones de atención a la salud, cuando un diálogo eficaz, en muchas ocasiones, es el primer y más importante filtro para la detección y tratamiento de problemas de salud.

Así mismo, los profesionales, especialmente en la biomedicina, en muchas ocasiones se escudan consciente y voluntariamente en tecnicismos que desarman a quien los escucha, impidiéndoles entender palabras concretas y, muchas veces, el sentido de la frase por completo:

Es necesaria la traducción o interpretación de los diferentes lenguajes de la medicina, los diferentes, quizás en conflicto, sistemas léxicos y semánticos operando en los diferentes sectores y subsectores de la atención sanitaria. Estos lenguajes médicos constituyen y expresan diferentes realidades clínicas y los conflictos entre ellos crean importantes dificultades

en la práctica clínica. [...] *Los malos entendidos o la falta de comunicación son un obstáculo frecuente para un adecuado cuidado de la salud*⁵ (Kleinman, 1981: 103).

No obstante, a pesar de que los médicos priorizan los signos clínicos de la enfermedad/*disease*, dependen de las narrativas de los pacientes/usuarios (Hyden, 1997: 49). «La atención biomédica no conceptualiza los conflictos interpretativos habituales en la comunicación clínica y en gran medida, crea esos problemas. La explicación de estos problemas necesita ir más allá de los sistemas de significado, ya que elementos de poder y políticos entran en juego en ellas» (Kleinman, 1981: 104).

Aunque el objeto del presente trabajo no es el de fomentar un debate en torno a la aplicación de las narrativas en la investigación antropológica, sino el de presentarlas como herramientas, nos hacemos eco de algunas llamadas de atención que han sido problematizadas:

- Para Young (1982), el análisis antropológico no debe excluir las fuerzas sociales, económicas, políticas e ideológicas, porque sino sería un análisis individualista, limitado al sujeto. La antropología médica debe indagar sobre las dimensiones sociales e históricas, tanto de la enfermedad como de la producción del conocimiento biomédico, que no debe subordinar al conocimiento antropológico (Martínez, 2008: 111-114).
- En el otro extremo del argumento, la corriente del *embodiment* apunta que la enfermedad es una experiencia vivida corporal y socialmente, de forma inextricablemente unida a la subjetividad, a los simbolismos, a las relaciones de poder, por lo que el cuerpo es más que una instancia biológica que elabora una suerte de sincretismo de todas las fuerzas de la cultura en que está inmerso para cada uno de los procesos y vivencias que viven los sujetos sociales. Para Martínez (2008: 115), las categorías de cuerpo, experiencia, sufrimiento social o sociosomática plantean nuevos panoramas para la aproximación a la enfermedad, pues buscan «ir más allá del círculo hermenéutico del lenguaje y la textualidad para

5 Énfasis de las autoras.

alcanzar la base experiencial de la enfermedad». No obstante, en torno a esta tendencia existen multiplicidad de teorías, movimientos y autores, con gran cantidad de matices que por cuestiones de extensión no podemos desarrollar aquí.

Narrativas del padecimiento

LA MUERTE DE MARCELA⁶

Marcela falleció cuando tenía 30 años de edad y cuatro hijos. Separada seis años antes de su fallecimiento, regresó a vivir en la cercanía de la casa materna. El padre de Marcela murió 8 meses antes que ella. Su madre, Marta, cuenta que Marcela era evangélica, hablaba tsotsil⁷ y se dedicaba a cultivar café. Residía en una región que se caracteriza por la presencia mayoritaria de habitantes indígenas. Marcela vivía en una localidad de menos de mil habitantes (905 habitantes). Su madre cuenta que:

Quando [el marido de Marcela] empezó a buscarse otra mujer, comenzó a portarse muy mal con mi hija, la empezó a regañar, la golpeaba, le pegaba muy feo. Al separarse, ella se quedó con todos sus hijos.

Quando Marcela se separó estaba embarazada, y su pareja se desentendió de la manutención de los niños. Marta recuerda que el padecimiento se inició con un dolor de muelas:

Con lo de las muelas comenzó poco a poco y se fue agravando, creo que tardó como tres semanas... estaba muy débil y además como no tenía esposo, y yo tampoco, estábamos solitas. Fue a quitarse la muela; lo quitó de este lado, luego de este lado, pero ¡qué va!, ¡nunca dejó de sangrar! Empezó a salir [sangre] por todos lados, de noche y día. Poco a poco se fue acabando mi hija, fue poniéndose pálida, sus ojos blancos... poco a poco le fue afectando sus manos, sus pies y todo. La cuidé a lo mejor un mes; ella ya no podía hacer nada, salía y se caía. Me acuerdo que una vez

⁶ El relato forma parte de las autopsias verbales realizadas en un proyecto de investigación de muerte materna: «Mortalidad materna en regiones indígenas: una propuesta metodológica para identificar a municipios de alto riesgo en salud materna», coordinado por la Dra. Graciela Freyermuth, en Chiapas, México. También forma parte de un artículo: cfr. Freyermuth y Argüello (2011).

⁷ Lengua maya de las dos principales en la zona de los Altos de Chiapas, México.

por poco se quema, y es que ella también ya se desmayaba; cada vez que quería caminar la teníamos que arrastrar porque como que ya no tenía fuerzas en sus piernas. ¡Quién sabe qué clase de enfermedad tenía!

Yo le dije que por qué no buscaba su medicina, que fuera con los doctores, que empezara a ver la forma en cómo tenía que curarse: «y es que así como me ves, pues ya no estoy para salir a buscarte medicina, ya no soy fuerte, porque si me esperas pa' que yo te acompañe va a estar difícil porque yo ya soy grande», así le decía a mi hija. Mi hija [buscó atención] se movió todavía, porque trajo inyecciones, pastillas, pero ya ni así, ya ni las pastillas la curaron [...]. Mi hija fue enfermándose, se habían debilitado sus piernas, ya no tenía fuerzas, se caía. Ella todavía trataba de caminar pero se caía, se caía mucho, de repente caminaba hincada, arrastrándose.

Marcela buscó atención médica fuera de su localidad, en una localidad más grande, y utilizó la atención médica privada, cuyo principal tratamiento fue la transfusión sanguínea, pagada por ellas mismas.

La primera vez fuimos con doctores particulares, gastamos mucho porque eran carísimas las medicinas, todo lo que le hacían a mi hija, todo era caro. Gastamos mucho dinero así nada más, porque ni siquiera se curó... no se curó. También fuimos a San Cristóbal. La llevamos para que le pusieran sangre, fuimos a un hospital particular, no fuimos a un hospital gratis. La sangre que le pusieron, pues salió toda, como que quiso reventar la sangre por todas partes en su cuerpo.

Marcela continuó deteriorándose recaída tras recaída, lo cual no solo quebrantó su salud sino también su economía, por lo que decidieron acudir finalmente al hospital público de la ciudad más grande de la región. De ahí fue derivada a un hospital con mayores recursos, ubicado en la capital chiapaneca, alejado de su localidad de origen.

Yo le decía que buscara su medicina, que luchara todavía para que viva. Porque yo le dije: «ya no estoy fuerte, ya no estoy sana, yo también ya estoy grande, estoy enferma». Yo le decía que si ella llegara a faltar quién iba a cuidar a los niños, quién les va a dar de comer, mantener, lavar la ropa. Le decía que ya no soy joven para mantener a sus hijos, para cuidarlos, y ella solo me contestaba: «sí, sí», así nada más me respondía. Hicimos todo lo posible para que se salvara; se fue a recibir los medios litros de sangre que faltaban, y así fue que llegamos —me acuerdo muy bien— un día domingo acá a la casa, y para el día lunes otra vez volvió a caer nuevamente;

se puso muy grave, no parece que le estuvieran haciendo algo, porque yo no veía que se recuperaba, la veía igual.

Me da mucha pena, porque solo nosotras estuvimos luchando, viendo las cosas, me da mucha tristeza recordar que fui sola a San Cristóbal, a Tuxtla, y yo no sabía hablar [español]. En el hospital de San Cristóbal, con tal de que ella viviera le ponían una manguera en su nariz para que respirara. Le decía: «¡ay, hija, de veras que ya estás muy grave!», pero ella ya no me contestaba. Entonces, cuando me di cuenta que ya no me contestaba, le fui a decir al doctor, y como yo también no sabía hablar, no sabía castellano, entonces le tuve que decir al doctor con señas, le decía que ya veía muy grave a mi hija. Nos dijeron que ya no iba a aguantar, «ya no lo va a soportar», dijo el doctor. Cuando llegamos a Tuxtla ella iba con su suero, ahí estaba el suero para que no se pusiera más grave, pero cuando llegamos allá le volvió a subir la temperatura, llegó hasta cuarenta grados, yo le decía: «parece que estás muy caliente, ¿por qué no abres tantito tus ojos?», pero ella no me contestaba, ya no hablaba. Ahí me mandaron a comprar medicinas, y yo les dije a las enfermeras: «yo no sé dónde ir, no conozco, no sé dónde comprar medicinas», les dije a las enfermeras que vivimos muy tristes porque no tenemos a nadie... a nadie.

Marta conoció en el hospital a un señor llamado Roberto, quien le ayudó como traductor con el personal de salud.

Él no era nada mío, solo porque él sabía castellano, por eso fue que le pedí de favor que me acompañara. Así fue como nos cruzamos en el camino, nosotras estábamos allá en Tuxtla, y el señor Roberto regresaba a San Cristóbal y yo no me podía quedar solita, como yo no sabía hablar, no sé hablar. Por eso también nos tuvimos que salir del hospital, porque no podía quedarme yo sola, pensaba que si me quedaba sola no los iba a poder entender, entonces pensé que a lo mejor me la iban a matar de una vez a mi hija, así fue como nos regresamos. Como muchos dicen que a veces sí los matan ahí, entonces, yo también tuve miedo, tuvimos que salir. Como yo la veía muy grave y ya no podía hablar, decidimos salir del hospital. El doctor dijo que si queríamos que viviera más tiempo, tenía que ponerle cincuenta litros de sangre, y a lo mejor podía vivir como unos seis meses. Pero sabe mejor mi hijo, él sí sabe bien. Mi hijo Miguel nos estuvo apoyando todavía, sí, por eso a lo mejor él sabe mejor que yo.

Miguel, el hermano de Marcela, recuerda que:

Hasta donde nos dijo el doctor la anemia sí se cura, pero lo que es anemia «plástica»⁸, ya no tiene remedio, ya no se cura. Aunque tuvieras mucho dinero, vayas donde vayas, de plano, ya no se puede curar, ya no tiene remedio, por eso fue que tomamos la decisión de sacarla del hospital, porque ya no teníamos dinero, y el doctor nos había dicho que de todas maneras se iba a morir. Lo único que nos conformaba es que saliera viva del hospital. Cuando salió del hospital vivió como una semana todavía.

Marta cree que la enfermedad fue debida a la tristeza, por su preocupación, porque pensaba en cómo iba a conseguir dinero, cómo iba a mantener a sus hijos, cómo iba a comprarles ropa: «como no tiene su esposo a lo mejor por eso pensó mucho».

A lo mejor se ponía a llorar sola, ella se ponía a llorar. A mí me lo dijo, que estaba muy triste porque como no tenía esposo se preocupaba mucho, que de dónde iba a encontrar dinero para sus hijos; decía que se sentía muy mal, que es muy triste estar sin el papá de los niños.

DEL DOLOR DE MUELAS A LA ANEMIA APLÁSICA

Las dos mujeres iniciaron una espiral de búsqueda de atención infructuosa para remediar la enfermedad de Marcela. Apremiadas por la gravedad de Marcela y la falta de recursos económicos se hicieron evidentes los obstáculos dictados por el analfabetismo y el monolingüismo, manifestados en la desesperación de Marta al tratar de comunicarse y entender lo que le sucedía a su hija. La invisibilidad de la población indígena ante las instituciones (el hospital de Tuxtla Gutiérrez no disponía de traductores de lenguas indígenas, como la mayoría de las unidades hospitalarias en México) naturaliza a su vez el bagaje de ciertas habilidades que la población debe poseer para hacer uso de sus servicios. La percepción de la madre de Marcela respecto de la enfermedad queda relegada a un segundo plano ante el esce-

⁸ En biomedicina, a esta patología se la conoce como *anemia aplásica o aplásica*. Se trata de una deficiencia de todos los elementos que forman la sangre debido a un fracaso de la capacidad regeneradora de la médula ósea. Puede responder a una enfermedad neoplásica de la médula o, con mayor frecuencia, a su destrucción por exposición a agentes químicos tóxicos, radiaciones ionizantes o algunos fármacos, antibióticos y otros. Existe también una forma idiopática [de origen desconocido] rara de la enfermedad (*Diccionario de medicina Océano Mosby*).

nario abrumador y demandante que los nuevos contextos le exigían; si fue una afección de las muelas o anemia aplásica, el diagnóstico es un detalle que poco se recuerda. No obstante, la enfermedad de Marcela puede relacionarse con la exposición a agroquímicos durante su trabajo en el cafetal. Deberá ser la población indígena, y no las instituciones, la obligada a remontar los obstáculos implantados por la lengua, así como la que —sin ayuda— deberá descifrar los códigos y el manejo institucional que se le imponen. La endeble política pública en materia de salud, instrumentada por las instituciones sanitarias, pone en manos de la propia población su supervivencia. Marta recibe la noticia de que su hija no tiene curación y que si desea que viva un poco más se le debería suministrar más sangre, lo cual dependerá de sus posibilidades económicas y sus redes sociales, no de su derecho constitucional a la salud.

Ante el inminente fallecimiento de Marcela y la partida de quien la ayudó a comunicarse, Marta se conforma con sacarla con vida del hospital. Esta decisión, que parecería tomada por la familia, en este caso la madre de Marcela, es resultado de un contexto adverso para la población más pobre y rezagada. Desde el punto de vista biomédico, solicitar el egreso hospitalario en las condiciones de Marcela resulta a todas luces ininteligible, imprudente por llevársela en el momento de mayor gravedad de la enfermedad. Sin embargo, es una decisión consentida ante la imposibilidad de resolver materialmente el padecimiento —al menos las transfusiones sanguíneas; menos un posible trasplante de médula ósea—, tanto por la institución como por la familia.

*MANUEL Y SU ENFERMERA*⁹

Laura es una enfermera de 32 años, que ha trabajado cerca de diez en esta profesión y siempre en el ámbito hospitalario, aunque no disfruta de un contrato por tiempo indefinido.

⁹ La narrativa se ha obtenido de una investigación aún en curso por la autora García.

Yo entraba ese día al servicio de cardiología, como otras veces, tras muchos días sin trabajar en esa unidad y en donde además llevaba pocos meses. Me habían cambiado de lugar porque otra enfermera con más méritos académicos y profesionales había pedido la unidad en la que yo estaba trabajando. A mí me llevaron a la de ella, pero sin ubicarme exactamente en el mismo servicio sino rotando por ése y otros. Han recortado personal y, en vez de tener a X enfermeras por unidad, tienen a X -3, por lo que hay dos rotando por todas las unidades para cubrir el trabajo que anteriormente hacían más personas. En esta planta en concreto había estado muy poco tiempo. Todo influye, la cuestión de la veteranía, la experiencia concreta en un servicio y en un puesto me parecen fundamentales, al menos para una enfermera hospitalaria. Aparte de ciertos conocimientos que se adquieren en la universidad, y otros muchos más que se obtienen a través de la experiencia profesional, hay otra batería de pequeños detalles que solo cuando se conoce el sitio y el puesto dan agilidad y fluidez. Y claro, tratándose de la atención a problemas agudos de salud, cualquier pequeño detalle puede acabar no siendo tan pequeño. Si no sabes dónde está el material para cargar medicación, o para hacer una cura, o la documentación necesaria para tramitar y/o realizar una prueba, aunque sepas las bases generales, en esa unidad y/o en ese hospital, puedes perder mucho tiempo y el tiempo es oro. Si alguien no se encuentra bien, vital o no, mucho más oro. Tenía que pensar dónde estaba cada habitación. Las rutinas que son diferentes y las compañeras cuyos nombres no sabía de memoria... menos aún ellas el mío. Ni qué decir del personal médico, con quien también toca hacer una parte importante del trabajo de cada jornada. En fin, estas y otras muchas cosas que, al menos a mí, me daban sensación de inseguridad, miedo, desconfianza e incluso incomodidad. Vas a pasar siete horas trabajando con gente que no sabe absolutamente nada de tu vida ni tú de ella.

La enfermera que reemplacé llevaba las habitaciones A1 a A16. Imposible olvidar la cama A1. Ocho enfermos, ¡un lujo! Nada que ver con hace ya bastantes años, cuando «llevabas a» 18 pacientes. Sin embargo, igual de cansada como una mula que en aquellos tiempos. Pero, ¿por qué? Si el número de enfermos por enfermera ha bajado tanto, ¿cómo puede una acabar tan cansada? El otro día lo hablaba con Juana en el autobús, la de la limpieza de un servicio cercano. Si antes la esperanza de vida para los hombres era de 78 años, ahora puedes contar cosas como el último día que yo estuve en la planta de cirugía: *me* ingresaron dos pacientes recién operados de corazón, uno de 88 y el otro de 89 años. Eso marca una diferencia. Cierto es que ahora con 80 años estás mejor que antes con 70, o al menos es muy probable. Estar con personas cuya edad muy rara vez baja de los 75 años implica, entre muchas otras cosas, que no es lo mis-

mo una neumonía con 15 años que con 85. También hay que decir que además de pacientes con más años, cada vez se asocian más problemas de salud. Raro es el paciente que va a operarse o que ingresa para tratamiento médico de un problema agudo que no padezca de hipertensión y además, dislipemia, diabetes, insuficiencia renal, arritmia cardiaca más o menos complicada, y/o cardiopatía isquémica, etc. En fin, que todas estas cosas deterioran mucho la calidad de la vida de una persona cuando es operada. La operación o el proceso de enfermedad tienen un impacto diferente. Pero todos están en planta igualmente.

Así que, tras una hora hablando, sabemos que yo estaba en una planta nueva y un tanto asustada y con mucho trabajo porque, como acabo de comentar, si hablamos en términos de dependencia, siguiendo a Virginia Henderson¹⁰, los pacientes de ahora necesitan muchas cosas para el desempeño o supervivencia (no es «moco de pavo», eso de sobrevivir allí) en el hospital. Yo no sé ni qué dosis ni qué tipo de hipotensor debe administrarse a un paciente tras un infarto. Tampoco me importa, yo no tengo que hacer esos cálculos. Tampoco tengo por qué saber qué prueba diagnóstica es más oportuna en función de cómo va «evolucionando» el paciente. Lo que sí me importa es todo lo que el paciente necesita para resolver sus problemas de salud/enfermedad mientras está ingresado. Entonces, tengo que vigilar lo que prescribe el médico, lo que el paciente pide y hacer una «media aritmética» con lo que creo que necesita. Eso quiere decir que, aunque yo no prescriba qué medicamentos hay que dar al paciente, tengo que estar al loro de cómo tiene la tensión arterial, la frecuencia cardiaca, la diuresis, etc., por si tengo que «volver a preguntar» algo. Porque personalmente creo que, en un momento dado, el paciente no está en condiciones para esa dosis de medicación o determinada prueba, en muchas ocasiones tengo que dar el medicamento «a la boca» o asegurarme que lo toma adecuadamente. Aunque está el concepto de «órdenes médicas¹¹» la realidad no es tan lineal y hay una continua valoración y revaloración en cada momento de las circunstancias y un continuo diálogo y *feedback* con el médico sobre el paciente, quizás no todo lo deseable por las enfermeras algunas veces. Y con el paciente, sobre lo que dijo, no dijo o no entendió de lo que dijo su médico o lo que quiere

10 Importante y conocida enfermera que ha teorizado sobre la profesión, con gran alcance en la aplicación de sistemas de valoración y registros en muchos hospitales.

11 No es este el espacio, pero sería muy interesante analizar la construcción del discurso biomédico en su utilización «interna», entre los diferentes profesionales. Sea como quiera que las cosas ocurran finalmente, la conceptualización de una tarea como «orden» tiene consecuencias en cómo se mira y se evalúa esa tarea, en quién la desempeña y en quién se ve afectado por ella.

pedirle o decirle. Somos el canal a través del cual el médico llega —o no— a los pacientes, empezando por el momento en que les decimos: «el paciente X necesita que le expliques lo que le has dicho o lo que quieres hacerle. Vete cuando puedas»¹².

Además, hay que buscar la fórmula en las limitadísimas condiciones físicas: ¿cuántas tareas hago en cuclillas al cabo del turno? Afortunadamente, por cada enfermera hay un auxiliar de enfermería, pero aun así tengo las rodillas y las lumbares fritas. Así como cumplir con las normativas del hospital para que el paciente se encuentre cómodo. Buscar y en muchas ocasiones poner los medios para asegurar tal comodidad; si puede comer, qué comer, cómo levantarse, cómo colocar un apósito en una zona que con los movimientos se despega, asegurarse de que la familia sabe que mañana tiene tal prueba, etc. Esto es lo que caracteriza un puesto técnico, o al menos el mío. El establecimiento de ese puente entre las órdenes y las necesidades o demandas. Todo esto lo digo porque lleva mucho tiempo. Porque te pasas mucho tiempo yendo, viniendo, mirando, convenciendo a uno, volviendo a mirar, convenciendo a otro, pensando tú otra cosa distinta... El auxiliar viene diciendo algo que ha pedido el paciente, vas a hablar con él, luego con el médico, luego con el paciente otra vez, luego con el médico porque el paciente insiste. A veces va directamente el médico a hablar con el paciente... No siempre, por supuesto, se dan tantas vueltas, pero muchas veces sí y cuantos más integrantes hay en un equipo, más se complica para articular todo. Así que el tiempo que se pasa entre unas cosas y otras, vuela; suele haber mucho trabajo acompañado a veces de muchos nervios. No puedes perder la concentración, tienes que estar continuamente pendiente de qué se hace, lo que hay que hacer y de que no se hace lo que no se puede hacer: una pastilla mal dada, dar de comer y tener que cancelar una prueba o no dar de comer a alguien y que se caiga redondo por una hipoglucemia, levantar a alguien que no está en condiciones y que «se reinfarte».

En el caso de Manuel, además, había otra enfermera y otra auxiliar que habían llevado al paciente: mi superior. Todo esto en condiciones «normales». Con la medicación por sacar y administrar, las analíticas y las glucemias por hacer, los signos vitales por tomar y registrar, sin haber «pasado visita médica», las curas y las preparaciones de pruebas, entre otras cosas, además de todo te tienes que parar a dialogar/discutir/convencer. La desgracia es que a veces es o una cosa o la otra. Dialogar con el pa-

12 Esto podría alimentar el debate sobre lo que es la curación y lo que es el cuidado, dos conceptos diferenciados en el discurso, atribuidos clásicamente a dos grupos profesionales (médico/enfermera, respectivamente), pero que en la práctica cotidiana se entremezclan y confunden.

ciente es un lujo porque con trabajo por hacer ya estás estresada. Aunque todo vaya según lo previsto ya no estás tranquila, estás detrás del reloj corriendo. Si encima el diálogo se da con tensión, porque el paciente te recrimina, tú no estás de acuerdo y no estás bien con el paciente... «a morir por Dios». Por supuesto que muchísimas veces no vas con este estrés. Hay veces que está todo tranquilo, te sientas, desayunas, charlas, con el paciente o con tus compañeras. Pero el día del que hablo era de los malos, sé que no soy neutral, pero es que esos días son bastante habituales. ¿Cuánto se está llevando de mí, bueno y malo, este trabajo tan intenso?

Con todas estas reflexiones y otras muchas incorporadas a tropel, pensadas, pero muchas veces olvidadas, automatizadas y solo hechas otra vez conscientes cuando surgen espacios para la reflexión, pues con todo este bagaje entraba ese día a trabajar. Cuando llegué me contaron que en la víspera Manuel había tenido una discusión con la enfermera que le había llevado porque quería que le pelaran la fruta y le habían dicho que no. Ayer no estuve, mañana tampoco estaré. Hoy no «me mojo», no cambio cosas, no quiero enfrentarme al paciente por dos cosas: corporativismo, pero también para dar imagen de uniformidad de criterios. Además, mi superior me advierte que «a ese paciente no se le pela la fruta» (tela marinera, las órdenes que se dedica a dar). ¿Qué más da pelarle la fruta? Pues ya lo veremos.

Cuando entré vi que ya conocía a Manuel. Le había 'llevado' hacía cosa de 15 días. Ironías de la vida, me había tocado ir con una alumna a la hora del desayuno, a mí, la última, la más nueva, y al hacerle una glucemia capilar, ella le había hecho demasiado daño y había sangrado más que de costumbre. A la hora de la comida, Manuel se mostró molesto y enfadado por haber permitido que la alumna le inflingiera ese daño en mi presencia, dando lugar a todo un turno de dolor e incomodidad. En su yema del dedo, con un sangrado capilar. Le había pedido disculpas y él había acabado llorando, diciendo lo limitado que se veía. Manuel estaba tomando antidepresivos, su familia no iba a verle, estaba lejos, fuera de España.

En el cambio de turno me habían dicho que estaba pendiente de que le dieran el alta ese día. Pendiente de alta es igual a parámetros de insuficiencia cardíaca resueltos, igual a buenas tensiones, frecuencia cardíaca, eliminación de líquidos, ventilación pulmonar y más o menos igual situación de base en el resto de los aparatos que biológica e independientemente se consideran.

Surgió lo de la fruta. Como no se le peló la fruta —encima, si lo hace alguien, es la auxiliar de enfermería— Manuel se negó a desayunar. Ahí empezó todo. Sin estar previsto no se le dio el alta y tuve que llevarlo dos días más. Lo que el primer día supuso un conflicto se fue intensificando. En los tres días, el momento de eclosión de queja o expresión de malestar

fue el pase de visita. Él, el fiscal; yo, la acusada; el médico, el juez. Empezó diciendo al médico que yo había saludado a todos los pacientes menos a él. Que me había negado a pelarle la fruta. Que me había negado a levantarle de la cama. Que yo había ordenado que le mandaran una dieta astringente/blanda¹³. Que lo que yo había hecho con su dieta era un insulto para él. Que 'esa señorita' le había faltado al respeto porque él sí decía las cosas a la cara. Que yo me había ensañado con él en mis comentarios de enfermería. Que le había puesto verde. Que estábamos compinchadas en el control, criticándole y riéndonos de él, lo sabía. Que yo le había hecho un corte de mangas.

Manuel tiró las piezas de fruta que no había querido desayunar al suelo y después dijo que se ahogaba. Lo que voy a decir es peligroso, pero creo que físicamente yo estaba peor que él en esos momentos, porque la taquicardia que tenía de los nervios me producía ya temblor en el pulso. Y él, saturando al 99% [un indicador de oxigenación] y con una frecuencia cardíaca de 70 pulsaciones por minuto. Mientras tanto, tres pacientes *mías* se pusieron «malitas»: a una le repitió la angina de pecho, vomitando, con dolor; la compañera de la cama de al lado, que estaba en planta porque no había camas en la unidad de cuidados intensivos (UCI), se ahogaba por edema agudo de pulmón¹⁴ («pulmones encharcados»). La de la habitación de enfrente, peor que estas dos juntas, acabamos llevándola a la carrera a la UCI. Al compañero de Manuel se le hizo un cateterismo, volvió, no habían podido hacer nada, requería cirugía completa de lo mal que estaba, fui a atenderle.

Manuel, a las dos de la tarde, llamando a Legalitas¹⁵ para denunciar a una enfermera por el maltrato al que le estaba sometiendo. Me retiró la palabra, se negó a salir a pasear por no ver la cara de «la enfermera mala», que le ponía enfermo. El último día, cuando me volví a quejar a mi superior y me dijo que «pasara», le respondí que «pasara» ella, y que le explicara por qué se le pelaba o no la bendita fruta. Tenía ganas de llorar, pero conseguí contenerme.

Era imposible y frustrante. ¿Cómo puedo yo, desde mi perspectiva, razonar con una persona que dice cosas como las que acabo de mencionar? La situación estaba fuera de mi manejo, en lo que yo entendía como puro absurdo. Me era muy difícil dialogar calmadamente con él, estábamos en órbitas diferentes. Yo, además, estaba crecientemente molesta

13 Indicada a personas con problemas de masticación.

14 El edema agudo de pulmón consiste en la acumulación de líquido en los pulmones, lo cual dificulta el intercambio de oxígeno entre estos y la sangre.

15 Aseguradora legal, muy anunciada y publicitada en España.

con sus acusaciones, sentía que se estaba empezando a «cebar» conmigo y cada vez se me hacía más difícil mantener una relación «de confianza, asertividad, empatía, procurando el bienestar físico, psicológico y social». Se puede alegar, siguiendo la metáfora judicial, que antepuse mi necesidad de autoridad, seguridad y mi carácter al suyo; que le desestimé como persona, que no tuve en cuenta su sufrimiento. Pero yo no tuve la capacidad, o más bien quiero pensar que tuve gran dificultad.

Yo pienso que, por regla general, «las de ganar» las debe tener el paciente, que bastante tiene. Que a mí me pagan porque yo elegí estar ahí para hacerme cargo de las responsabilidades que asumí. Que yo no estoy enferma. Que yo no estoy sufriendo. Que yo salgo a mi hora y Manuel sigue ahí, por los días de los días. Que yo no estoy sometida a la presión que supone ver que te cuesta andar. Que no puedes pelarte la fruta. Que te ha visto el trasero hasta la mascota de Juana, la amable señora de la limpieza. Que te gusta más la respiración de tu esposa que los ronquidos del compañero de habitación que te ha caído en suerte. Que es un rollo patatero mirar siete veces el periódico, si es que tienes fuerza para sujetar sus inmanejables hojas, porque te mueres de aburrimiento y angustia. Todo esto en la especial, desagradable, imprevista, indeseable, estresante y descolocante situación de estar hospitalizado.

La enfermera también es vulnerable. El cómo una enfermera aterriza dónde, su posición laboral, que es un cruce de muchísimas circunstancias y variables, influye, actúa, importa y tiene consecuencias e impacto en el trabajo. Y claro, cuando eres enfermera y estás en el hospital, pues significa tener impacto directo en el paciente. Mientras no veamos que esas cosas también ocurren, por lo que al paciente le toca, no vamos a conseguir aportarle lo mejor.

Ese hombre necesitaba canalizar muchas cosas y me tocó a mí. Llegué a sentirme hostigada, calumniada y humillada. Con mis palabras yo me empodero y manejo, defiendo que otros y otras también lo hacen. Creo que su comportamiento fue un instrumento para posicionar su figura de enfermo paciente-paciente. Desde mi perspectiva inventó y calumnió para conseguir lo que él quería, que insisto, era básicamente atención, mucha atención y canalización de frustraciones que en el hospital no nos enseñan, no nos permiten y no tenemos capacidad alguna de tratar. No digo que no deban tratarse, que no sean problemas de salud. Digo que una cosa es el hospital ideal, otra el real y otra, el resto de dispositivos de salud para problemas de salud, menos agudos.

Apuntes finales

A la luz de las características que aquí atribuimos a la narrativa, compararemos los hallazgos en los relatos expuestos. En ambos casos se expresa vulnerabilidad de quienes relatan en primera persona. En esas expresiones de desahogo de lo ocurrido y, por supuesto, de cómo se sintieron esas experiencias, los relatos pueden ofrecer un efecto liberador, catártico. Lo más significativo para la interpretación aquí propuesta es que esas narrativas revelan aspectos desconocidos, lo que ningún profesional de la salud preguntó o plasmó en los registros clínicos, pero que son culturalmente reconocidos a través del malestar.

Los testimonios permiten pensar en el empoderamiento o el conflicto como fenómenos que suceden en el ámbito interpersonal, pero que se inscriben en un contexto más amplio —modelo médico— en el que se producen y reproducen las relaciones de poder.

Por otra parte, los episodios agudos de los padecimientos de Marcela y Manuel desencadenan el contacto con los dispositivos sanitarios. La aproximación a la biomedicina conduce a la transformación e interpretación de su padecer en enfermedad. Sin embargo, en sus narrativas se aprecia la coexistencia o superposición del padecer y la enfermedad.

Como hemos apuntado, las narrativas también muestran la imagen que tiene la gente de sí misma. La autorrepresentación se puede apreciar nítidamente en el caso de Marcela, en las percepciones de su madre, cómo se sentía vulnerable al enfrentarse a solas —sin pareja— al padecimiento de Marcela, el peso de su edad, el «no saber hablar» al mencionar su desconocimiento del español. En el segundo relato, Laura la manifiesta a través de su posición laboral subalterna ante su superior, ante otras compañeras con mayores méritos académicos-laborales, ante médicos y también mediante la reflexión de cómo ve a Manuel.

El relato de Manuel y su enfermera nos permite comprobar de qué forma la subalternidad en la que usualmente se sitúa al paciente en la biomedicina persiste como una forma de insatisfacción vinculada a aquellos aspectos del padecer relegados en la traducción de este a enfermedad. Así, esa insatisfacción persiste y se manifiesta en la relación del paciente con el personal de salud que tiene mayor contacto con él durante su estancia hospitalaria: la enfermera.

Con respecto a los contextos de las experiencias de Marcela y Manuel se observa un uso diferencial de los servicios de salud por factores determinantes en los usuarios/pacientes, que, siguiendo a Bourdieu (2002: 99), son el económico y el social. En México, en muchas ocasiones, debido a la imagen deteriorada que los usuarios tienen de los hospitales públicos, se prefiere la utilización de servicios de salud privados, aunque esto acarree un deterioro económico familiar, como ocurrió en la trayectoria de búsqueda de atención de Marcela; por lo tanto, acaban buscándose redes de apoyo familiar y social que se vuelven determinantes para decidir qué hacer con la atención del padecimiento.

Para Manuel, en cambio, el sistema de salud español ha dado respuesta a su padecimiento sin necesidad de recurrir al apoyo de su red social o familiar. Aunque el itinerario terapéutico de Manuel haya sido relativamente más simple que el de Marcela, existe de igual forma insatisfacción con respecto al trato dispensado. La enfermera, en cambio, piensa que Manuel utiliza su condición de enfermo como estrategia para lograr el trato que él espera en el transcurso de su atención hospitalaria. Esta situación, para Laura, constituye un trabajo emocional continuo, en una cotidianeidad de encuentros obligados que se desarrollan en un momento de especial vulnerabilidad y sufrimiento para Manuel. Así, a medida que se rompe la imagen del paciente que es «paciente», «pasivo», «sumiso» y «colaborador», en ese «quejarse», «rebelarse» del paciente que culpa a la enfermera de sus padecimientos, se invierten las relaciones de subalternidad estereotipadas según los parámetros de comportamiento de la atención biomédica, con lo que el conflicto se intensifica y aumenta tanto la incomunicación entre ambos como la incomodidad y angustia de la enfermera.

Aunque algunos autores han documentado que entre las representaciones más comunes del hospital se incluyen las de ansiedad, amenaza, desesperación, miedo y castigo (Lupton, 1994:94), el hospital también representa una promesa de bienestar y remedio a los padecimientos por los que se acude. Cuando los usuarios ingresan en un hospital, lo hacen también en el mundo biomédico, en el que deben apegarse a reglamentos y rutinas que no les son familiares, y a los que necesitan adaptarse, en ocasiones, en un corto tiempo. Existen desencuentros entre lo que el paciente/usuario espera que el hospital sea y lo que vive, por lo que exige el reconocimiento de su padecer.

En algunas ocasiones, el paciente llega a utilizar el sufrimiento que significa estar ingresado y su padecimiento para conseguir el bienestar esperado.

Aunque la biomedicina depende de las narrativas de los padecimientos, la traducción que necesita llevar a cabo para convertirlos en un proceso SEA dentro de sus parámetros desvincula el padecimiento y el malestar del contexto y los sujetos que lo viven. Las narrativas y relatos que se han descrito privilegian la voz de los sujetos y la experiencia del padecer que no se encuentra en el discurso del personal de salud plasmado en los registros clínicos. Un aspecto fundamental del quehacer antropológico es el de conocer, comprender, a este personal, al sistema biomédico y a los procesos de SEA. La muerte temprana de Marcela, la sensación de impotencia de su familia, la insatisfacción de Manuel y la angustia de Laura son solo algunas de las situaciones que creemos que se pueden registrar con esta aproximación cualitativa propuesta. Recomendamos, pues, proseguir esta línea de investigación, que considera la narrativa como eje de recuperación de la interrelación entre padecer, malestar y enfermedad.

Bibliografía

- ANDERSON, Kenneth (coord.) (2002) *Diccionario de medicina* Océano Mosby. Barcelona: Océano.
- BOURDIEU, Pierre [1979] (2002) *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*, México: Taurus.
- BURY, Michael (2001) «Illness narratives: fact or fiction?». *Sociology of Health and Illness*, 23, 263-285. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.00292/pdf>> (consultado el 27-02-2011).
- CLIFFORD, J. (1983) «On Ethnographic Authority». *Representations* n° 2 (spring 1983): 118-146.
- COMELLES, J.M.; MARTÍNEZ, Ángel (1993) *Enfermedad, sociedad y cultura*, Madrid: Eudema.
- CORTÉS, Beatriz (1997) «Experiencia de enfermedad y narración. El malentendido de la cura». *Nueva Antropología*, agosto:89-115. <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=15905305>> (consultado el 02-02-2011).
- CRAPANZANO, Vincent (1984) «Hermes' Dilemma: The Masking of Subversion in Ethnographic Description». En: CLIFFORD, J.; MARCUS,

- G. E. *Writing culture: the poetics and politics of Ethnography*, University of California Press: 51-76.
- FREYERMUTH, Graciela; ARGÜELLO, Hilda (2011) «La muerte prematura de mujeres en Los Altos de Chiapas. Un análisis desde la violencia». *Pueblos y Fronteras Digital*, 6 (10): 181-216. <http://www.pueblosyfronteras.unam.mx/a10n10/art_06.html> (consultado el 08-02-2011).
- GOOD, B. (2003) *Medicina, racionalidad y experiencia*. Barcelona, Ed. Bellaterra.
- HYDEN, Lars-Christer (1997) «Illness and narrative». *Sociology of Health and Illness*, 19 (1): 48-69. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x/pdf>> (consultado el 05-02-2011).
- KELLY, K. (1954) *Out of Order*. Addison Wesley, 111.
- KLEINMAN, Arthur (1978) «Culture, Illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research», *Ann. Intern. Med.*, 1978, Feb. 88 (2): 251-258.
- (1981) *Patients and healers in the context of culture*. California University Press.
- (1988) *The Illness Narratives*. Basic Books.
- LAPLANTINE Françoise (1986) *Antropología de la enfermedad. Estudio etnológico de los sistemas de representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea*, Argentina: Ediciones del Sol.
- LUPTON, Deborah (1994) *Medicine as culture: Illness, disease and the body in western societies*. London: Sage Publications.
- MARTÍNEZ, Ángel (2008) *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, Barcelona: Antropos.
- MENÉNDEZ, Eduardo (1988) «Modelo médico hegemónico y atención primaria». *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 451-464 <<http://hvn21.netfirms.com/indice/sevicios/biblio/Salud%20Publica/Salud%20P%FABlica%20II/Men%E9ndez%20-%20Modelo%20M%E9dico%20Hegem%F3nico%20y%20APS.pdf>> (consultado el 22-02-2011).
- OSORIO, Rosa María (2001) *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: CIESAS, INAH, INI.

- PASCUAL, David *et alii* (2004) *Manual de la insuficiencia cardiaca, diagnóstico y tratamiento de una patología en expansión*. Madrid: Just in Time.
- ROMANÍ, Oriol (2002) «La salud de los inmigrantes y la de la sociedad. Una visión desde la antropología». *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 9 (7): 498-504.
- ROSEN, G. (1974) *From Medical Police to Social Medicine*. New York, Science History Publications.
- YOUNG, Allan (1982) «The anthropologies of illness and sickness», *Ann. Rev. Anthropol.*, 11: 257-285.

III

EL HOSPITAL, TODO UN MUNDO

ANTROPÓLOGAS EN BATA BLANCA: PRAXIS Y PROBLEMAS
DEL TRABAJO ETNOGRÁFICO EN HOSPITALES

Beatriz Tosal Herrero

*Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología
Universidad Miguel Hernández*

btosal@umb.es

Serena Brigidi

*Departamento de Desarrollo Humano y Acción Comunitaria
Universitat de Vic*

serenabrigidi@gmail.com

Inma Hurtado

*Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social
Universitat Rovira i Virgili*

hiurga@botmail.com

Resumen: En este trabajo se presentan los problemas metodológicos, técnicos y éticos surgidos durante la realización de tres etnografías en ámbitos hospitalarios diferentes. Se describen las formas de acceso, los roles atribuidos a las antropólogas y las diferentes posibilidades de emplear técnicas de investigación, al tiempo que se analiza cómo condicionan el material etnográfico obtenido. Por último, se presenta el relato metodológico como un relato etnográfico sobre la cultura institucional de cada uno de los hospitales.

Palabras clave: etnografía hospitalaria, trabajo de campo, papel del antropólogo, metodología.

Abstract: In this paper we deal with the methodological, technical and ethical problems that emerged during the ethnographic research that we carried out at three different hospitals. We describe the forms of access to the hospital, the roles given to the anthropologists, and the different anthropological research methods

that we were able to use. We analyze how all these circumstances determine the ethnographic material obtained. Finally, we present an ethnographic account regarding the institutional culture of each of the hospitals.

Keywords: *hospital ethnography, fieldwork, anthropologist's role, methodology.*

Biomedicina, biomedicinas y etnografías hospitalarias

El hospital, como institución, es la expresión máxima de la cultura biomédica, por lo que se ha convertido en un lugar privilegiado para el estudio de los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad en las sociedades occidentales, tanto para el estudio de las representaciones y prácticas biomédicas en cuanto a la enfermedad como para el análisis de las diferentes culturas institucionales (Van der Geest y Finkler, 2004).

A pesar de la creciente aparición de etnografías hospitalarias, existe poca bibliografía sobre sus aspectos metodológicos específicos. En líneas generales se han tratado los aspectos relacionados con el acceso al campo, el rol del antropólogo dentro de la institución y las posibilidades/restricciones técnicas y éticas para llevar a cabo la investigación (Wind, 2008).

El acceso al campo se ha presentado como una de las mayores dificultades, al menos en el contexto occidental, debido al recelo de las autoridades hospitalarias y del personal sociosanitario en lo que a la presencia de antropólogos se refiere (Van der Geest y Finkler, 2004; Hoeyer, Dahlager y Lynøe, 2005), tanto por la pretendida privacidad y confidencialidad que la institución debe garantizar a los pacientes como por el mantenimiento de cierto sentimiento de omnipotencia y seguridad característicos del modelo biomédico (Inhorn, 2004).

Los responsables sanitarios justifican la negativa al acceso, en muchas ocasiones, por la privacidad y confidencialidad que la institución debe garantizar a los pacientes, es decir, como expresión de la ética médica (Hoeyer, Dahlage y Lynøe, 2005). Ahora bien, sin lugar a dudas, esta negativa puede concebirse, también, como una expresión de las relaciones de poder y jerarquía características de la hegemonía biomédica (Inhorn, 2004; Long, Hunter y Van der Geest, 2008).

Frente a esta situación se han planteado diversas estrategias para poder acceder a las instituciones. Entre otras, la presentación del proyecto de estudio a la comisión de investigación y de ética del hospital para dar una pátina de oficialidad al trabajo de campo, así como la utilización del consentimiento informado escrito por su función como refuerzo de la preservación de la confidencialidad de los datos obtenidos¹ (Inhorn, 2004).

Otro de los aspectos reiterados en la literatura es el papel que desempeña el antropólogo dentro del campo y sus limitaciones derivadas. El antropólogo puede presentarse dentro del hospital como paciente, como acompañante o, lo más frecuente, como miembro del *staff*² (Van der Geest y Finkler, 2004). Para algunos autores, esta limitación de roles restringiría las posibilidades de hacer observación participante de un modo satisfactorio (Vermeulen, 2004; Otto, 1997, en Wind, 2008). Por otro lado, el acceso a la institución como miembro del *staff*, para tratar así de desarrollar parte de las actividades, resulta inaccesible para una

1 El uso de consentimientos informados por escrito ha dado lugar a un interesante debate. Por un lado, su uso ha sido criticado por muchos antropólogos por su potencial efecto adverso en el proceso de construcción del *rapport* posterior con los informantes (Hoeyer, Dahlager y Lynøe, 2005; Oeye, Bjelland y Skorpen, A., 2007; Gotlib, 2008), mientras que, para otros, es una manera adecuada de establecer el contacto, ya que su aceptación presupone una garantía de seguridad de la narrativa del informante (Inhorn, 2004). En cualquier caso, a pesar de la creciente utilización de los consentimientos informados como forma estandarizada de la práctica etnográfica, su no utilización no implica que el consentimiento no se negocie a lo largo del trabajo de campo de otras formas. Su uso tampoco implica que después no se utilicen otros datos no recogidos en el consentimiento.

2 La clasificación propuesta por estos autores no da cuenta de toda la diversidad de roles que puede englobar cada una de estas posiciones. Por ejemplo, en el caso de la entrada al campo como paciente cabría expresar el matiz de que pueden ser enfermos reales, que utilizan su propio proceso de enfermedad para analizar la institución, o bien simular un padecimiento. En el caso de los miembros del *staff* los roles se pueden tornarse aún más complejos. Se puede asumir el rol de sanitario o no sanitario, por ejemplo presentándose como traductor o mediador cultural. Por otro lado, dentro de los propios sanitarios se puede asumir el papel de profesional de 'pleno derecho' o de personal en formación. Este último caso, el de estudiante, ofrece algunas facilidades, como veremos, para desarrollar el trabajo de campo. Además, como sugiere Wind, existen otros roles posibles dentro del trabajo en las instituciones sanitarias, como el de voluntario o el que ella misma propone, el de investigador (Wind, 2008). Aunque este último, por no ser un rol existente dentro de la institución, dificulta aún más la posibilidad de participación en el campo.

gran parte de los antropólogos, ya que se requieren unos conocimientos y habilidades específicas (Wind, 2008) por ser un ámbito en el que «el trabajo es demasiado especializado y la información circulante es demasiado compleja y confidencial» (Vermeulen, 2004). En este caso, una de las mayores dificultades es la de mantenerse 'sin ser y sin hacer' dentro de un contexto en el que, en muchas ocasiones, se les demanda atención por parte de los usuarios (Wind, 2008).

DE URGENCIAS A LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA. TRES ETNOGRAFÍAS EN LA PRÁCTICA

En este trabajo presentaremos los problemas metodológicos, técnicos y éticos surgidos durante la realización de tres etnografías en ámbitos hospitalarios.

La primera de ellas tenía como objetivo general el análisis de las construcciones sociales que el personal sociosanitario tiene de la «otredad» inmigrada usuaria de los dispositivos asistenciales, y sus efectos en el proceso de salud/enfermedad/atención. Fue desarrollada en el servicio de urgencias generales de un hospital comarcal de la provincia de Alicante durante un periodo de cuatro meses.

La segunda pretendía observar la presencia de migrantes latinoamericanos en situación administrativa irregular en el Dipartimento di Emergenza: S.C. di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (DEA) de un hospital público de Génova (Italia). El objetivo era describir el acceso al servicio de urgencias, los códigos de gravedad asignados por el personal sanitario, los itinerarios terapéuticos, así como las actitudes; los comportamientos y las dificultades vinculadas con el mantenimiento, prevención y tratamiento en ese colectivo. Para ello se realizó trabajo de campo durante nueve meses.

Por último, como parte de una etnografía sobre el proceso de negociación de la categoría diagnóstica fibromialgia en el contexto clínico, se realizó trabajo de campo durante seis meses en una consulta de reumatología en un hospital universitario del área metropolitana de Alicante.

Las etnografías tenían objetivos diferentes, ninguno de ellos centrado en el análisis de la cultura institucional del centro, pero sí disfrutaban de un elemento en común: el hospital como escenario de observación.

La entrada en la institución

El acceso al hospital es una de las cuestiones más delicadas de la investigación, puesto que la elección de los «porteros» puede condicionar la relación posterior con el personal. Así, las autorizaciones oficiales, aunque son muy valiosas porque legitiman la investigación y el acceso a los pacientes, se han considerado por muchos antropólogos un obstáculo en la realización del trabajo de campo, ya que afectan a la relación posterior con los informantes, sobre todo con los profesionales (Guasch, 1997).

En el caso del acceso al servicio de urgencias del hospital de la provincia de Alicante, se utilizó una secuencia de contactos que comenzó por una sanitaria que había trabajado en el centro. En una cadena de tres eslabones se llegó al director de enfermería, para, a continuación, pasar a la supervisora de enfermería de urgencias. Desde que se iniciaron los primeros contactos hasta la llegada al servicio de urgencias, no hubo mucho tiempo de espera.

Antes de iniciar el trabajo de campo se presentó un dossier con un resumen del proyecto, con una carta de la Universitat Rovira i Virgili y con la certificación del Ministerio de Educación y Ciencia de la beca de Formación del Profesorado Universitario (FPU) al director de enfermería del centro, aunque a este informe no se le prestó mucha atención.

En el caso del hospital de Génova, el acceso se consiguió a través del director médico responsable del servicio de urgencias. En este caso sí fue necesaria la elaboración de un proyecto supervisado por miembros del propio hospital, que, además, tuvo que ser presentado a la dirección general del hospital. También constituyó un requisito previo hacerse un seguro privado de daños y responsabilidad civil que, posteriormente, fue reembolsado por el director médico del DEA.

En el caso del acceso a la consulta de reumatología, se empleó el contacto directo con los profesionales con los que se iba a realizar la observación participante. El contacto se realizó a través de un miembro de otro departamento de la universidad con el que ya colaboraba el servicio de reumatología. En este caso no fue necesario presentar ningún informe sobre el trabajo de investigación. Solo se llevó a cabo una entrevista informal en la que se presentaron de forma oral los objetivos generales del estudio. Se planteó presentar un proyecto al

comité de investigación del hospital pero fueron los propios profesionales los que lo «desaconsejaron», aduciendo que no era necesario puesto que ya estaba establecido un convenio de colaboración con la universidad, y la investigadora era sanitaria y trabajadora del centro.

En los tres casos, el acceso al hospital fue bastante sencillo, mucho más de lo que se ha planteado en la literatura, si bien desde un punto de vista formal, en el caso del hospital italiano se solicitaron más permisos «oficiales», mientras que, en el caso de los dos hospitales españoles, fue, casi únicamente, la relación personal la que nos abrió las puertas a la institución.

¿Por qué resultó tan sencillo? Podrían existir numerosos factores que expliquen la facilidad con la que los miembros de los hospitales nos acogieron para hacer la investigación, desde la utilización de la estrategia de los padrinos hasta los temas y sujetos de estudio. Migrantes y fibromiálgicas son dos conjuntos de pacientes, en cierto modo, estigmatizados por los sanitarios, y que, además, suponen un conflicto en la relación con los profesionales. Esto podría habernos favorecido, puesto que nuestros sujetos de estudio ya constituían un grupo significativo para los profesionales, aunque nuestros motivos para diferenciarlos fuesen diferentes a los suyos. Por otro lado, durante la presentación de los objetivos del estudio, en los tres casos se planteó que los sujetos de estudio eran los pacientes y no los propios profesionales. Quizá si hubiéramos tratado de conseguir esto último no hubiéramos podido llevar a cabo nuestro trabajo, puesto que no parece tan importante la privacidad y confidencialidad del paciente como la de los propios sanitarios a la hora de permitir la observación de sus conductas. Además, los trabajos se realizaron en hospitales públicos y docentes. Por último, y en el caso de la consulta de reumatología, el acceso de un sanitario parece que genera menos recelos que el de alguien que no sabe nada de medicina; por tanto, también las características de la antropóloga podrían haber influido a la hora de aceptar su presencia en el hospital.

La entrada rutinaria en el campo

La forma de presentación cuando se accede a la institución ya supone una estrategia de acercamiento y de definición del rol que se pretende asumir. En nuestro caso nos presentamos como estudiantes que

querían realizar un trabajo de investigación sobre la afectación de los migrantes —en general o específicamente latinos— en los servicios de urgencias, y como una sanitaria que estaba haciendo una tesis de antropología médica. En este último caso, el principal inconveniente fue que, en todo momento, pesó más la identidad de sanitaria que la de antropóloga.

Pero, además de esta presentación oficial, en algunos casos, por las características del escenario, la presentación se convierte en una rutina diaria, ya que el constante fluir de personas, los ritmos y las cadencias profesionales hacen necesaria la presentación reiterada para justificar la presencia y la inoperancia asistencial frente a pacientes y familiares. En otros, cuando no se puede decir quién eres «por orden facultativa», la rutina es la huida para no presentarse.

EL RITUAL DE DISFRAZARSE

El acceso a los diferentes espacios estuvo en los tres casos condicionado por el uso de la bata blanca. Asumir la bata blanca es asumir, al menos en parte, que se pretende pasar como miembro del *staff*; el precio a pagar por estar en determinados escenarios (Wind, 2008). En muchos casos es una imposición de los propios profesionales para evitar el recelo de los pacientes ante la presencia de los antropólogos en espacios caracterizados por la confidencialidad, la privacidad y una específica «practicidad» sanitaria que se supone se produce en el hospital. En otros casos se trata de seguir las rutinarias normativas higiénicas o, simplemente, de evitar que los enfermos, los acompañantes, o incluso otros profesionales, conozcan la identidad del antropólogo.

Pero la relación de los antropólogos con la bata blanca es ambivalente en aquellos casos en los que se pretende acceder a los pacientes como tal, y no como sanitaria, y cuando se «pasea sola» por el hospital. En primer lugar, porque los pacientes solicitan atención de tipo sanitario que la antropóloga no puede cubrir. Si se atiende a la demanda acudiendo a los verdaderos sanitarios se pueden provocar conflictos y, si no, el paciente puede interpretar que un sanitario no atiende a las demandas. Ante esa situación, alguna de nosotras optó por combinar las respuestas, transmitir la demanda o explicarles que no era sanitaria, aunque en otras muchas ocasiones la estrategia fue la de disimular. Por otro lado, al intentar entrevistar a los pacientes, la bata se podría

convertir en un obstáculo, enrareciendo e, incluso, imposibilitando el acceso³.

Para evitar los problemas derivados de esa identificación como sanitarias se recurrió al uso intermitente de la bata, prescindiendo de ella cuando se trataba de pasar desapercibida o se deseaba aparecer como antropóloga. Eso solo fue posible en el servicio de urgencias del hospital alicantino. También se recurrió a la utilización de la bata de una forma «diferente» como una estrategia (sutil) de diferenciación de los profesionales. Así, en lugar de utilizar pijama o la bata cerrada, la bata se llevaba abierta, sin estetoscopio y sin bolígrafos, que se sustituían por una libreta de campo y una grabadora.

Encontrar el hueco

Una vez en el escenario, el siguiente problema es cómo permanecer allí de forma «productiva». Conseguido el acceso, se inicia un periodo aprendizaje de estancia en el campo y de negociación de las posibilidades reales de trabajo. Resulta necesario conocer la distribución espacial del servicio o área en la que se va a trabajar; aprender los tiempos, los ritmos y lugares de trabajo; las funciones del personal, los cambios de personal, sus turnos, las relaciones que existen entre los diversos profesionales (tanto en un ámbito profesional como personal), las actividades que se desarrollan según los turnos, etc. Hay que aprender con quién y cuándo se puede estar, y cómo comportarse en cada situación concreta.

Este tipo de observación, que suele aparecer reflejada en las primeras páginas de nuestros diarios de campo, resulta fundamental para poder moverse con cierta desenvoltura dentro del entorno hospitalario sin crear problemas ni suspicacias entre profesionales y enfermos, disminuyendo así nuestra interferencia en los procesos asistenciales. Pero, además, ese tiempo sirve para definir y acotar nuestras posibilidades de movimiento dentro del hospital, desde los espacios más «públicos», como la sala de espera o la zona de admisión, a los más «privados», como despachos médicos o las consultas o *boxes* donde se realiza la atención sanitaria.

³ Pero, por otro lado, su utilización supone una serie de privilegios tanto simbólicos como materiales (acceder a espacios restringidos, no esperar colas, recibir regalos, obtener trato de favor para problemas personales, etc.).

REFERENCIAS Y PERMANENCIAS

¿Cómo decidir con quién quedarse, a quién seguir? Los contextos concretos de nuestro lugar de observación nos otorgaron mayor o menor flexibilidad para elegir cuándo, dónde, cómo y con quién estar (Inhorn, 2004). Pero fueron los profesionales quienes, finalmente, marcaron los espacios e itinerarios de las antropólogas dentro del hospital. Así, en nuestro caso, la decisión sobre con quién y cómo estar fue más suya que nuestra.

En el caso de la consulta de reumatología las posibilidades de movimiento eran nulas. El servicio estaba compuesto en ese momento por dos reumatólogos de plantilla y una de refuerzo, una enfermera y un administrativo. A ellos hubo que añadir, a lo largo del tiempo que duró el trabajo de campo, tres médicos residentes de familia que hacían rotatorios de un mes y medio. Ellos estaban cada día de la semana con uno de los dos reumatólogos, por lo que las posibilidades de estancia quedaron totalmente restringidas, desde el primer momento, a estar en la consulta en la que no había residente. Esa restricción total de la movilidad imposibilitó también cualquier contacto posterior con los enfermos.

Los servicios de urgencias, mucho más amplios, tanto por el espacio como por el número de profesionales, suponen otros problemas. Entre ellos, que se necesita más tiempo para orientarse y elegir los profesionales y los escenarios potencialmente más fructíferos para la observación. En este caso, la elección tampoco depende totalmente del antropólogo sino que, por ejemplo, en una de nuestras etnografías fue uno de los miembros del *staff*, una enfermera, quien asumió la custodia de la antropóloga dentro del hospital. Y en el otro, al principio, se le recomendó la estancia en una consulta concreta, aunque después la antropóloga consiguió libertad de movimientos por todo el servicio.

El principal problema de estar con alguien es que se puede producir una asociación excesiva con un profesional que afecte a la información y al trato que puede recibirse de otros. Para sortear esta limitación tratamos, en la medida de lo posible, de repartirnos los tiempos con el resto de personas.

En los tres casos hubo acceso a las salas donde se proporcionaba atención a los pacientes. Una circunstancia que resulta sorprendente,

y que refuerza la idea de que la confidencialidad y la privacidad sobre la situación, e incluso el cuerpo, de los pacientes no es una prioridad «real» dentro de los hospitales.

Quién eres y a quién te pareces. Del rol esperado al rol asignado

Otra de las cuestiones relevantes en la metodología es el rol desempeñado por el antropólogo durante el trabajo de campo, cómo quiere mostrarse y cómo es visto por los diferentes actores: pacientes, acompañantes, profesionales con los que se relaciona y otros profesionales (Wind, 2008).

En unos casos, el antropólogo varía de rol en función de las personas y la situación; en otros, cómo es vista se convierte en su segunda «primera identidad».

LA ANTROPÓLOGA PARA LOS PACIENTES. CUANDO LA BATA BLANCA ES UN PROBLEMA

Como decíamos antes, la bata blanca condiciona sobremanera el rol atribuido por los pacientes. Ante esta situación, la presentación del antropólogo como tal puede ser problemática. Algunos pacientes se sentirán defraudados; otros, simplemente desconcertados. Los pacientes, aunque sea como informantes, asumen una relación asimétrica, conferida por la bata, y tratan de dar una información congruente con lo que esperan que quiere escuchar un sanitario.

Una de las estrategias empleadas para evitar ese problema fue, por ejemplo en el caso del servicio de urgencias de Génova, anticiparse al resto de profesionales, presentándose ante los enfermos y explicando los motivos de la investigación antes de que estos tuviesen contacto con los sanitarios; utilizando, además, la lengua materna de los pacientes. Esto facilitó la obtención de información, ya que los migrantes estaban más dispuestos a explicar sus problemas con los servicios sanitarios a la persona que se les dirigía en su idioma y que había sido la primera en prestarles atención.

LA ANTROPÓLOGA PARA LOS PROFESIONALES.
DE LA PERPLEJIDAD A LA UTILIDAD PERSONAL

Pero no solo la bata blanca provoca confusión entre los pacientes. Los propios sanitarios, a pesar de conocer la identidad del antropólogo, tienen dificultades para asignarle un rol.

A lo largo de nuestras investigaciones hemos sido consideradas de formas muy diversas: como sanitarias, como estudiantes, como residentes, como periodistas-relatoras de la situación de los profesionales, como psicólogas, como traductoras, como mediadoras culturales, como asistentes sociales... y, las menos de las veces, como antropólogas. Esto se debe sobre todo al desconocimiento de la antropología como disciplina y a su escasa institucionalización profesional, sobre todo en el ámbito sanitario.

Los roles asignados influyen, definitivamente, en la obtención de información y en el acceso, tanto a lugares como a personas. En el caso de la consulta de reumatología, a partir de la presentación como sanitaria se fue consolidando con el tiempo el rol de residente, tanto para los pacientes como para los propios reumatólogos. En primer lugar, por la costumbre de tener en la silla de al lado a un residente de familia (asignación por proximidad). En segundo, por el propio comportamiento dentro de la consulta. Las preguntas que resultaban interesantes sobre las diferentes enfermedades para obtener el discurso sobre los diversos enfermos podían interpretarse, desde el punto de vista antropológico, como un interés por la patología. Por otro lado, encontrar el hueco en un espacio tan reducido, sin llamar mucho la atención, obligaba a realizar algunas tareas —como rellenar impresos médicos, volantes de analíticas, etc.— que, por lo común, realizan los residentes cuando llevan algunas semanas en la consulta. El desempeño de este rol permitió disminuir la excepcionalidad de la presencia en la consulta tanto para los pacientes como para los reumatólogos; ayudó a obtener su confianza y, lo más importante para la investigación, el acceso a las historias clínicas.

En otra de las etnografías, los profesionales consideraron a la antropóloga, básicamente, como una mediadora cultural. En este caso fueron el número extremadamente elevado de extranjeros de origen latino que acudían al centro y el conocimiento del idioma español por

parte de la antropóloga los que permitieron la ruptura del concepto biomédico de intimidad.

Por su utilidad como traductora, la antropóloga, durante el trabajo de campo, acabó realizando diferentes tareas dentro del hospital, como llamar a los enfermos para su entrada en los boxes de asistencia —evitando así el problema del personal médico-sanitario de la pronunciación equivocada de los nombres—, garantizar una explicación al paciente en la lengua materna de los detalles del problema médico y del tratamiento, y asistir a los pacientes latinos durante las esperas en urgencias, controlando la llegada de las pruebas diagnósticas o facilitando otras necesidades —como traer agua, indicar cómo acceder a otros lugares del hospital o avisar a otros familiares del enfermo—, lo que evitaba que el personal sanitario fuera solicitado en cada momento.

Esas tareas facilitaron la relación con el personal; en poco tiempo se consiguió que se solicitase la presencia de la antropóloga-mediadora en espacios reservados para la asistencia. En este caso, el rol asignado por los profesionales se debía, en parte, a la existencia de un mediador marroquí en el centro. Alguien que, como en el caso anterior del residente, era un actor social que sí tenía un hueco definido en el entramado hospitalario.

Posibilidades técnicas y estrategias de investigación

Una vez dentro del campo, y a pesar del conflicto de roles que supone que no te ubiquen, la antropóloga procura comportarse como tal utilizando las técnicas de obtención de datos, aunque adaptándolas a las características particulares del contexto. Una adaptación constante que, en algunos casos, altera mucho la «forma de hacer» clásica del trabajo antropológico.

En los servicios de urgencias, en general, la manera principal de obtención de información derivó en la observación flotante (Pétonnet, 1982; Allué, 2003), combinada con la observación (participante), más clásica, dentro de las consultas durante la interacción entre médicos y pacientes. En este caso, una de las mayores dificultades consistió en la toma de notas de campo.

En situación de consulta, como se nos consideraba de una forma u otra estudiantes, se nos permitía tomar notas de la interacción

sanitario-paciente. Con todo, a pesar de esa aparente facilidad, en nuestros trabajos las notas siempre tenían una cara A y una cara B, en la que escribíamos sobre los profesionales y sus discursos. Estas últimas siempre se escribían con tensión por el miedo a ser descubiertas realizando una observación sobre la que los profesionales no tenían conocimiento (observando algo que los profesionales creían que no mirábamos).

El uso de entrevistas abiertas y semiestructuradas a personal sociosanitario (médicos, enfermeros, auxiliares, administrativos) y a los usuarios (extranjeros) también resultó muy difícil, y mucho menos fructífera desde el punto de vista de la obtención de información. Difícil porque las entrevistas se hacían en malas condiciones físicas (no había espacios ni tiempos para ello; con la presencia de ruidos y continuas interrupciones, etc.), y también clínicas en el caso de algunos pacientes. Además, fueron poco fructíferas porque los pacientes, además de encontrarse en una situación en la que solo pensaban en resolver su problema e irse, tendían a darnos la información como miembros de la institución, es decir, a decirnos lo que le dirían a cualquier sanitario.

En nuestras etnografías, por tanto, resultó más útil la observación y las conversaciones informales con los profesionales en los espacios en los que no había pacientes presentes; y con los pacientes, cuando nos podíamos liberar de la bata.

Para tratar de poner en práctica las técnicas y maximizar sus resultados se llevaron a cabo algunas estrategias de adaptación, como la elección de personas conocidas en cada turno para que nos abriesen el camino, utilizar la libreta de notas como seña de identidad para ser reconocidos por los profesionales, tomar dos tipos de notas, oficiales y «clandestinas», o tener la grabadora a mano en todo momento para poder aprovechar la más mínima oportunidad de entrevista o de discusión entre el personal, a modo de grupos de discusión «provocadamente espontáneos», tras obtener su permiso.

¿Qué nos encontramos?

LOS PROBLEMAS METODOLÓGICOS COMPARTIDOS

Además de los problemas metodológicos ya comentados referentes al registro de los datos, a la dificultad a la hora de utilizar algunas técni-

cas —como las entrevistas— o la imposibilidad de saber en qué medida nuestra presencia modificó la actividad asistencial y la relación de los sanitarios con los pacientes, las principales dificultades metodológicas fueron las derivadas de nuestro rol (o la ausencia del mismo).

Por un lado, entrar en la institución como antropólogos tiene el inconveniente de la restricción en la libertad de movimientos y de autonomía para realizar la investigación (Inhorn, 2004). En algunos casos, más que de falta de autonomía se podría hablar casi de dirigismo de los profesionales hacia los casos, los pacientes, las situaciones que los antropólogos debemos observar dentro de los hospitales. Por ejemplo, en el caso de las historias clínicas, en muchas ocasiones se nos recalcó la necesidad de estudiar unas y no otras. En cualquier caso, dentro del hospital son los profesionales los que deciden dónde te ponen, cómo te visten y qué situaciones están a tu alcance o fuera de él.

Por otro lado, nos encontramos con que, dentro del hospital, resultó difícil adoptar una posición que resultase asumible por parte del resto de actores. Para los pacientes, las antropólogas ni atendían demandas ni ofrecían soluciones, lo que se tradujo, en la mayoría de los casos, en una incompreensión de su rol y de sus preguntas.

Además, aparecer como supuesto miembro del *staff* supuso muchas veces negar la expresión de las emociones de la antropóloga frente a discursos médicos y legos, y frente a situaciones que podían generar o empatía o rechazo. Por último, el trabajo dentro de un hospital requiere ser capaz de gestionar el sufrimiento de los demás y vencer la sugestión que éste puede provocar.

FALSAS, TRAIADORAS Y HUÉRFANAS.

LOS PROBLEMAS ÉTICOS DE LA ETNOGRAFÍA HOSPITALARIA

Al hacer trabajo de campo siempre hay que tener en cuenta los problemas éticos que pueden surgir y, en qué medida, si su existencia deslegitimaría la investigación. Algunos pueden encontrarse al inicio del trabajo, durante su planteamiento, pero la mayoría surgen mientras se está realizando, como «efectos colaterales» de nuestras propias estrategias de adaptación e integración en el espacio hospitalario.

Tal vez los problemas más importantes deriven de las dificultades para presentarnos como antropólogas o, simplemente, como perso-

nas externas al equipo sanitario. Siempre parece que se está fingiendo un personaje. Esa sensación de mentir, aunque solo sea por el hecho de no decir inmediatamente quién eres, ya se convierte en un problema durante todo el trabajo de campo.

El segundo gran problema tiene más que ver con el objetivo de la investigación. Como decíamos al inicio, en todas nuestras investigaciones, a pesar de que hablásemos de interacción médico-paciente, dimos a entender que los sujetos de estudio serían los pacientes, sus discursos, sus prácticas dentro del hospital. Ninguna de nosotras planteamos a los profesionales como objetivo. Esto convirtió nuestras investigaciones en doblemente encubiertas. Por un lado, los pacientes no sabían quiénes éramos. Por otro, los profesionales no sabían qué estudiábamos. Es verdad que, en todos los casos, esta estrategia se utilizó para allanar el acceso a la institución, debido a la supuesta dificultad que podía plantear que conociesen los verdaderos objetivos del estudio, ya que todas fuimos conscientes de que nuestras relaciones con los profesionales y la institución experimentaban una cierta asimetría (relaciones de poder médico-antropólogo) (Hoeyer, Dahlager, Lynøe, 2005).

Pero durante el trabajo en el hospital esta situación de «clandestinidad», además de resultar complicada desde un punto de vista teórico (presunciones sobre el discurso biomédico) y metodológico, hizo que sintiéramos que traicionábamos, en cierta medida, a los profesionales.

Además, y nos parece una limitación importante, la investigación encubierta condiciona mucho la presentación de los datos. ¿Se le puede enseñar a un profesional un trabajo en el que él ha sido, sin saberlo, el sujeto de estudio? ¿Hay que confiar en que la distribución de esos resultados se haga por canales a los que los profesionales no pueden acceder? ¿Cómo devolver los resultados a los implicados? ¿Hay que ocultar parte de los resultados obtenidos?

Otra pregunta importante: ¿cómo conseguir superar la descontextualización de nuestros datos? En nuestros trabajos, centrados en temas concretos, se pueden transmitir imágenes de los profesionales que no se ajustan a la realidad de lo que nosotros vimos y vivimos en el hospital. Una de las sensaciones que hemos tenido es que al trasladar nuestro trabajo de campo hemos desdibujado los matices de la

asistencia o la implicación de los profesionales con los enfermos al centrarnos en aspectos muy concretos de su trabajo.

La confidencialidad y la privacidad son cuestiones que han tenido mucha repercusión en otros contextos a la hora de hacer trabajo de campo. Ha dado la impresión de que siempre se ha tenido más en cuenta la privacidad del paciente que la de los profesionales. En nuestro caso, los pacientes aparecían y desaparecían rápidamente del escenario, en la mayoría de los casos sin haber cruzado una palabra con nosotros y sin tener casi presencia en nuestras notas. Por el contrario, a quienes observábamos, de quienes escribíamos, era un grupo muy reducido de profesionales a los que ninguna de nosotras se planteó pedir un consentimiento informado. Esta situación nos ha hecho reflexionar sobre la simpatía apriorística hacia los pacientes y la condena tácita de los sanitarios como un problema no solo ético, sino también metodológico.

Por último, cabe apuntar que trabajar en un espacio desconocido en el que las cosas ocurren a una velocidad de vértigo, y en el que existen tantas dificultades para tener un referente, sobre todo en urgencias, nos generó un cierto sentimiento de orfandad.

El relato metodológico como relato etnográfico de la institución

El relato metodológico es necesario siempre para contextualizar nuestros datos, nuestros resultados. Pero, además, puede servir, en sí mismo, como un diario de campo sobre la institución en la que se trabajó.

Tanto las dificultades como las ventajas que se experimentan para llevar a cabo un trabajo de campo en un hospital (forma de acceso, permanencia y roles) constituyen los primeros datos sobre el dispositivo y el contexto en el que se ubica. El hospital es también reflejo de los cambios sociales y las particularidades del momento en el que se lleva a cabo la investigación (Van der Geest, Finkler, 2004).

HOSPITAL DE PUERTAS ABIERTAS. LA INVESTIGACIÓN EN UN HOSPITAL DOCENTE

En el caso de la investigación sobre la fibromialgia, la facilidad a la hora de acceder al campo, o a la consulta en el caso de la investigación, tuvo que ver en gran medida con sus características de hospital público y, sobre todo, universitario. Debido al trasiego constante de

estudiantes de enfermería, de medicina, a la existencia de MIR, EIR, PIR, FIR, BIR, etc., tanto los pacientes como los sanitarios aceptan la presencia de «batas blancas» no profesionales (no asistenciales) como parte del paisaje del hospital. No hay consulta en la que no exista al menos una de esas batas interfiriendo, más o menos, en la interacción entre el profesional y el paciente, por lo que el antropólogo puede pasar desapercibido con facilidad.

Por otro lado, en la cultura de los hospitales universitarios la investigación forma parte de la práctica habitual. Es más, muchos profesionales utilizan el recinto hospitalario para llevarla a cabo (historias clínicas, pacientes, pruebas diagnósticas, tratamientos experimentales, etc.), por lo que no resulta extraño que los profesionales colaboren, sobre todo cuando la investigación no supone una carga extra para el personal.

Sin embargo, el acceso a las historias clínicas tiene más que ver con el rol asignado a la antropóloga y su identidad previa como sanitaria, que le hace formar parte de un *nosotros* dentro del cual la consulta de datos confidenciales no tiene la misma catalogación que para los que se consideran extraños. Se considera que, por el hecho de ser sanitario, se conocen y se comparten los principios de confidencialidad y privacidad, aunque no son dos aspectos de la asistencia que se tengan demasiado en cuenta.

MARCADOS POR EL CAOS Y LA DESIDIA. EL HOSPITAL PÚBLICO DESBORDADO

En el caso del servicio de urgencias hospitalarias, donde se llevó a cabo el estudio sobre migrantes en la provincia de Alicante, el hospital era el centro de referencia de la comarca y del área. El área cubre a una población variada que ha ido aumentando, progresivamente, con la llegada de migrantes laborales, de migrantes de retiro y de población flotante fruto de los movimientos turísticos. Tras diecisiete años en funcionamiento, el hospital ha quedado totalmente desbordado por el crecimiento de la población. La aparición de noticias sobre esta situación en prensa es continua, debido a la falta de camas y a los colapsos en urgencias. El acceso a la institución se produjo dentro de ese marco de caos asistencial que facilitó el que no se pusiesen trabas ni se exigiesen demasiadas formalidades.

El espacio de urgencias es el receptáculo de lo eventual, el dominio del «pasar», pero a menudo terminaba convirtiéndose en el «estar» por un vacío en la organización y la previsión⁴. Las deficiencias de infraestructura provocaban que muchos pacientes permanecieran en este servicio incluso un par de días, a la espera de ser subidos a planta. Establecer contacto con los pacientes o sus familiares resultó problemático por varias razones: porque su estado de salud no permitía entablar una entrevista; porque desconfiaban de las preguntas al salirse de los cánones de lo que podría preguntar un sanitario; por la atmósfera de urgencias de prisas y ruidos; por la situación precaria de los pacientes en los pasillos; por la rapidez de los procesos de atención o por la permanencia imprevisible en ese servicio. En una situación de malestar, de incomodidades y de largas esperas, lo que menos espera la gente es conversación. Pero fue justamente la situación de caos y escasez de recursos y de medios para afrontar la demanda —que afectaba sobremanera al ánimo y trabajo del personal sociosanitario— la que legitimó la presencia de la antropóloga y la pertinencia del estudio como testigo de las precariedades de algunos profesionales, que llegaron a sugerir la publicación de lo que estaba ocurriendo (instrumentalización).

DIME A QUIÉN OBSERVAS Y TE DIRÉ QUÉ FACILIDADES TE DOY.

LA OPORTUNIDAD DEL ESTUDIO DE PACIENTES MIGRANTES

Así como en el caso del servicio de reumatología parecen determinantes sus características como hospital público y universitario, y en el servicio de urgencias de la provincia de Alicante el momento en el que se desarrolló la etnografía, en el caso del servicio de urgencias en Génova el desenlace del trabajo de campo estuvo totalmente mar-

⁴ En esta situación, las particularidades de las urgencias quedaron elevadas a la enésima potencia. Exceso de información y referentes móviles, cambiantes y efímeros; carta de presentación de un lugar en donde no era posible alterar, frenar, ni posponer el ritmo de los acontecimientos sociales. Acomodarse como observador en la transitoriedad requiere paciencia y ser fluido, como el propio lugar. Requiere encontrar los posibles espacios de permanencia dentro de las trayectorias de paso, rescatar los tiempos de las relaciones significativas en la maraña de las diferentes vivencias del tiempo. La atmósfera de urgencias resultaba a menudo demasiado apretada, lo que permitía pasar desapercibida, pero al mismo tiempo a la antropóloga se la apelaba de manera demasiado constante como para que pudiera permanecer al margen (Hurtado, 2004).

cado por su objeto de estudio, la población migrante. La facilidad de acceso al hospital y la posibilidad de gestión de todo lo relacionado con el paciente, como el acceso al contexto de la anamnesis y la exploración, o a la historia clínica, no hubiesen sido posibles en el caso del trabajo con pacientes autóctonos.

Tanto el personal como la administración sanitaria, la prensa o la opinión pública habían convertido la cuestión migratoria en un problema social grave (Dal Lago, 1999). Así que la posibilidad de tener una investigadora no pagada —ya que la financiación de su estancia provenía de la Generalitat de Cataluña— trabajando sobre un tema considerado prioritario resultó muy útil. El hospital, además, consiguió hacerse publicidad a través de la antropóloga por medio de presentaciones en congresos y artículos, y al mismo tiempo respondía a los principios caritativos y asistenciales sobre los cuales había sido fundado. Además, la antropóloga constituía una buena ocasión para evaluar la formación del personal médico y sanitario sobre aspectos sanitarios y legales de los colectivos migrantes.

Conclusiones

Como conclusiones, podríamos poner énfasis en la adaptación que supone para el antropólogo la elección del hospital como escenario de una investigación. A pesar de la facilidad que tuvimos para acceder a la institución y a los escenarios «más privados» del centro, lo hicimos siempre tutelados por los profesionales, que dirigieron, en cierto modo, nuestros pasos dentro del hospital, restringiendo la autonomía para investigar la realidad hospitalaria desde otros ángulos.

Además, lo hicimos siempre camufladas como otra cosa, puesto que dentro de la institución hospitalaria no existe ni un espacio ni un tiempo para el antropólogo. Esto se debe, en parte, al desconocimiento de la antropología como disciplina y su débil institucionalización profesional, junto con el poco interés biomédico por las aproximaciones sociales a la enfermedad; pero sobre todo por las propias dinámicas del lugar, que imprimen un ritmo demasiado rápido para el trabajo etnográfico, y un tipo de relaciones muy institucionalizadas en las que no hay espacio para nada que se aleje de lo puramente asistencial.

Frente a esta situación, el antropólogo tiene que combatir la excepcionalidad de su presencia en el lugar camuflándose (con la bata)

y, a la vez, combatir su inoperancia en el plano asistencial frente a las demandas de los pacientes. Esta forma de acceder al campo, la mejor de las posibles, tiene también su parte negativa: la confusión de roles. Y puesto que en función del rol asignado pueden existir sesgos en la información que se obtiene, es necesario indagar en el rol que le es atribuido por los diferentes actores con los que trabaja.

Por otro lado, cabría destacar que el hospital, aun compartiendo muchas de sus características con otras instituciones sanitarias, por su organización y por la adopción del modelo médico hegemónico, tiene muchas particularidades dependiendo del contexto sociocultural en que se ubique y el momento en que se realiza la etnografía.

Por último, nos gustaría destacar la importancia del relato etnográfico de la institución hospitalaria desde la perspectiva de la metodología como herramienta y construcción del conocimiento, por la falta de referentes en monografías antropológicas que versen sobre el tema y por la necesidad de adecuación de los planteamientos metodológicos clásicos de antropología a las instituciones hospitalarias, configuraciones, tiempos y espacios contemporáneos.

Bibliografía

- ALLUÉ, Marta (2003) *Discapacitados. La reivindicación de la diferencia*. Bellaterra, Barcelona.
- BRIGIDI, Serena (2009) *Políticas públicas de salud mental y migración latina en Barcelona y Génova*. Tesis doctoral. Universitat Rovira i Virgili.
- DAL LAGO, Alessandro (1999) *Non-persone. L'esclusione dei migranti in un società globale*. Milán: Feltrinelli.
- GOTLIB, Lesley (2008) «Ethics policy as audit in Canadian clinical settings: exiling the ethnographic method». *Qualitative Research*, 8: 499-514.
- GUASCH, Óscar (1997) *Observación participante*. Colección *Cuadernos Metodológicos*, n.º 20. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid.
- HOEYER, Klaus; DAHLAGER, Lisa; LYNÖE, Niels (2005) «Conflicting notions of research ethics. The mutual challenging traditions of social scientists and medical researchers». *Social Science and Medicine*, 61: 1741-1749.

- HURTADO, Inma (2004) «Estar sin ser y sin hacer en el dominio del pasar. Etnografiar en un servicio de urgencias hospitalarias». *Actas del XII Congreso Internacional de Estudiantes de Antropología*. Elche.
- INHORN, Marcia (2004) «Privacy, privatization and the politics of patronage: ethnographic challenges to penetrating the secret world of Middle Eastern, hospital-based in vitro fertilization». *Social Science and Medicine*, 59: 2095–2108.
- LONG, Debbi; HUNTER, Cynthia; VAN DER GEEST, Saaj (2008) «When the field is a ward or a clinic: Hospital Ethnography». *Anthropology and Medicine*, 15: 71–78.
- OEYE, Christine; BJELLAND, Anne Karen; SKORPEN, Aina (2007) «Doing participant observation in a psychiatric hospital. Research ethics resumed». *Social Science Medicine*, 65: 2296–2306.
- Pétonnet, Colette (1982) «L'observation flottante, l'exemple d'un cimetière et aujourd'hui». *L'Homme*, 22(4): 37–47.
- VAN DER GEEST, Saaj; FINKLER, Kaja (2004) «Hospital ethnography: introduction». *Social Science and Medicine*, 59: 1995–2001.
- VERMEULEN, Eric (2004) «Dealing with doubt: Making decisions in a neonatal ward in The Netherlands». *Social Science and Medicine*, 59: 2071–2085.
- WIND, Gitte (2008) «Negotiated interactive observation: Doing fieldwork in hospital settings». *Anthropology and Medicine*, 15: 79–89.

UN ANTROPÓLOGO EN LA CONSULTA HOSPITALARIA

Rubén Muñoz Martínez

*Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)
rubmuma@hotmail.com*

Resumen: El autor expone las particularidades metodológicas más notables en la relación que estableció, fruto de las exigencias de su trabajo de campo, como antropólogo e investigador/terapeuta en la consulta etnopsiquiátrica del hospital Brugmann de Bruselas. Al mismo tiempo, analiza las especificidades metodológicas emblemáticas de esta práctica etnopsiquiátrica a la luz de un estudio de caso; propone algunos de sus aciertos en la eficacia terapéutica, y comenta aspectos problemáticos para el debate.

Palabras clave: metodología, investigación, terapia, etnopsiquiatría, migración.

Abstract: The author discusses the most notable methodological particularities in the relationship that he established during his fieldwork as an anthropologist, researcher/therapist in the ethno-psychiatric Brugmann hospital in Brussels. At the same time, the author analyzes the methodological specificities that are emblematic of this ethno-psychiatric practice in the light of a case study, comments on the efficacy of some of their therapeutic successes, and highlights some problem areas for discussion.

Keywords: methodology, research, therapy, ethno-psychiatry, migration.

Introducción

En el presente texto expongo cuáles han sido algunas de las particularidades metodológicas en la relación que establecí, fruto de un trabajo de investigación en el marco de mi tesis doctoral¹, como antropólogo e investigador/terapeuta en la consulta etnopsiquiátrica del hospital Brugmann de Bruselas.

Desde una perspectiva antropológica de carácter aplicado y autoetnográfico, se trata aquí de explorar dos dimensiones metodológicas que, en mi ejercicio de investigación como participante observante en esta práctica terapéutica, se encuentran íntimamente ligadas. Ambas tienen que ver con las implicaciones, como investigador y —fruto de la exigencia del campo de estudio— como «clínico», de distinto orden que aquí se desprenden de la combinación del rol de antropólogo/investigador con el de antropólogo/terapeuta. Estas implicaciones residen en la problemática de que si para el antropólogo, en el trabajo de campo, los diferentes modos de conocer surgen de los diferentes modos de ser (Jacorzynski, 2004: 119), en la consulta etnopsiquiátrica los modos de ser y conocer conllevan una serie de consecuencias, de tal forma que «las condiciones de producción de conocimiento para uno (el terapeuta/investigador) son igualmente, inevitablemente, condiciones de producción de existencia para el otro (el paciente)»² (Stengers, 2003: 361).

La primera dimensión metodológica, relativa al trabajo de investigación del antropólogo, comprende tres aspectos interconectados: *a*) la articulación de la subjetividad del antropólogo con las expectativas y funciones a desempeñar que le exige el campo social objeto de estudio; *b*) los métodos utilizados por el investigador y la gestión de su entrada en escena: en concreto la presencia del antropólogo en el contexto terapéutico, así como las herramientas de recogida

1 El objetivo principal de esta investigación ha sido dilucidar si los dispositivos terapéuticos interculturales en salud mental existentes en Bélgica y España mejoran el acceso y disfrute a los medios sanitarios de las personas de origen extranjero (Muñoz, 2010).

2 «Les conditions de production de connaissance pour l'un (Le thérapeute/chercheur) sont également, inévitablement, des conditions de production d'existence pour l'autre (le patient)». En el original.

de datos; y c) el manejo de la contratransferencia cultural (Devereux, 1980; Moro, 1992), al llamar la atención sobre los efectos que el sujeto investigado, y la relación investigadora, suscitan en el investigador como fuente de información e instrumento de intervención clínica.

La segunda dimensión se refiere a la metodología específica que despliega este dispositivo etnopsiquiátrico, coordinando, desde el análisis antropológico y el psicoanalítico, técnicas inspiradas en universos terapéuticos externos a los paradigmas de la cultura biomédica hegemónica, con el fin de optimizar la gestión de la contratransferencia y la transferencia cultural (entre terapeutas y pacientes), en la búsqueda de una mejora de la praxis curativa.

El recorrido expositivo comienza con una breve introducción a la aparición de los dispositivos etnopsiquiátricos en el panorama belga y, en concreto, en el hospital Brugmann de Bruselas; para después, en un primer bloque, pasar a hablar de la entrada del antropólogo en el campo de estudio. En el apartado siguiente planteo varias preguntas que me hice a priori, relativas a la legitimidad, y conversión, del antropólogo como terapeuta en el ámbito biomédico. Paso a tratar, en un segundo bloque, cuáles fueron los útiles metodológicos y sus problemáticas más relevantes en mi trabajo como investigador/terapeuta, abordando a su vez la cuestión del manejo de la contratransferencia por parte del investigador. Y por último enmarco esta exposición en el contexto de las características metodológicas más emblemáticas del dispositivo etnopsiquiátrico en Brugmann, a la luz del estudio de caso de una paciente.

El surgimiento de la praxis etnopsiquiátrica en el hospital Brugmann de Bruselas

Los dispositivos terapéuticos etnopsiquiátricos han gozado, desde los años noventa del pasado siglo, de un gran apogeo en las áreas de influencia cultural francófona europeas. Esto se ha debido, en opinión de sus defensores, a su éxito terapéutico en el tratamiento de pacientes de origen extranjero, que otras aproximaciones monoculturales occidentales no logran abordar con resultado. Autores como Fassin (1999) señalan que su éxito reside, no obstante, en que se han implantado en un espacio favorable, dejado de lado por los poderes públicos y obviado por las instituciones sanitarias y sociales.

En este sentido, una de las críticas más comunes que se han hecho a los denominados centros especializados en el tratamiento etnopsiquiátrico de inmigrantes, como el Centre George Devereux de Tobie Nathan en París, es la segregación de la población de origen extranjero bajo una reducción esencialista de la alteridad³ (Rechtman, 1995), evitando incorporarles al sistema de cuidados de derecho común público. Sin embargo, muchas de estas críticas no se han basado en un trabajo de campo previo sino en la lectura de los textos de sus defensores. En mi opinión, si bien poseen un loable carácter «orientativo y preventivo», deben matizarse, o descartarse, a la luz de la observación in situ de una práctica etnopsiquiátrica específica.

En el panorama europeo actual no existe, sin embargo, un tipo de práctica etnopsiquiátrica, sino muchas, que se desarrollan en centros de distinto orden adscritos (o no) a la red de cuidados normalizada, así como, en menor medida, en algún hospital de tipo público. Tratándose de un modelo alternativo subordinado, en términos de Menéndez (1984), inserto en el modelo médico hegemónico, este último lugar es el particular del caso, emblemático por sus características, aquí analizado: la consulta de etnopsiquiatría del hospital Brugman de Bruselas.

3 A través de concepciones estáticas, propias de una sobredeterminación cultural, como la de que el paciente solo vehicula su malestar de forma tradicional, con lo que la terapéutica debe estar adaptada al universo cultural de origen del mismo (Nathan, 1998). Al mismo tiempo que, defensores como Moro (1998) y Nathan (2001), problematizan el mestizaje y las dinámicas culturales migratorias concibiéndolas como patológicas. Esta perspectiva eminentemente culturalista puede tender, entre otras cosas, a invisibilizar las condiciones sociales, económicas y jurídicas en las que se desenvuelve el paciente en su día a día. En este sentido, resulta interesante destacar lo señalado por Chantal Crenn (2000: 42) en su descripción de la problemática toma en consideración de la etnicidad del paciente por parte de las instituciones sanitarias. En este caso la autora analiza el ejemplo de un paciente que, derivado a una consulta de etnopsiquiatría en Francia, rechaza las categorías culturales y étnicas que los terapeutas le atribuyen, por connotar significados desvalorizantes y segregadores, y reivindica un modelo explicativo basado en la clase social de pertenencia y las relaciones de poder. Como señala Achotegui (2005: 13) con respecto a los pacientes de origen extranjero que se encuentran en situación irregular, no se debería considerar que estas personas dejan de ver la importancia que tienen los factores sociales y políticos en su situación. «Como nos dijo una vez un africano: *Míre usted, a mí el mal de ojo también me lo han echado las leyes que tienen ustedes en este país*».

Compartiendo un tronco común a las praxis etnopsiquiátricas actuales en países como Francia, Suiza o Bélgica, el núcleo teórico y metodológico central de la consulta etnopsiquiátrica de Brugmann se inspira en lo desarrollado primeramente por G. Devereux⁴, y después por T. Nathan⁵.

El hospital Brugmann se inauguró oficialmente en el año 1923. Desde el punto de vista arquitectónico fue único en su época, ya que se trataba del primer hospital belga horizontal, trazado sobre la base de las recomendaciones de los médicos jefes de servicio. La concepción en pabellones, separados por jardines comunicantes, buscaba limitar los riesgos de contaminación y respetar el medio ambiente y la planificación del territorio. Actualmente se encuentra en la frontera entre dos barrios de gran diversidad sociocultural: Laeken, al norte, y Jette, al sur.

Remontándose a principios de los años noventa, coetáneo al nacimiento del centro Devereux en París, la consulta etnopsiquiátrica ha vivido una evolución particular. Comenzó por dos o tres terapeutas, que acompañaban al psiquiatra en las sesiones, de orígenes lingüístico/culturales diversos, hasta un grupo actualmente pluridisciplinar de entre 10 y 15 terapeutas, con múltiples trayectorias a su vez lingüísticas y culturales, entre los cuales las mujeres son mayoría⁶.

⁴ Se puede considerar, tal y como dice Laplantine (1973: 134), a George Devereux como la figura más importante que ha influido en el *etnopsicoanálisis contemporáneo*, tras su obra *Mohave ethnopsychiatry and Suicide* (1961). Devereux partirá de un principio metodológico y no teórico proponiendo una *aproximación complementarista*, en la cual se abordarán separadamente los niveles explicativos que se desprenden de la posición desde la que el terapeuta observa: esto es lo *psicológico*, lo *social* y lo *cultural*. De esta manera el método complementarista presupone y exige la existencia de diversas explicaciones, siendo cada una exhaustiva en su cuadro de referencia, pero apenas parcial en otro cuadro distinto.

⁵ El inicio de la práctica etnopsiquiátrica en hospitales y clínicas europeas fue llevado a cabo, en 1979, por Tobie Nathan en el hospital Avicenne de Bobigny (Francia). En 1993 fundará el centro G. Devereux en París.

⁶ Es interesante destacar que, con el fin de evitar derivas segregadoras, los promotores de la consulta se opusieron desde el principio a crear un centro, como en París, separado del ámbito hospitalario público. Por otro lado, debido, entre otros factores, al número cambiante de participantes, actualmente no dispone de un espacio fijo y delimitado sino que varía su ubicación entre dos o tres despachos, utilizados en otras franjas horarias como despachos y consultas convencionales, según la disponibilidad.

El proceso de creación no estuvo exento de numerosas resistencias por parte del personal sanitario. Finalmente, la alianza de varios psiquiatras, interesados por abordar la atención sanitaria desde una perspectiva sensible a la diversidad cultural, y un clima de cambios en esta línea en el conjunto del hospital⁷, se materializaron en la consolidación de la consulta. Sin duda, una de las mayores resistencias proviene, todavía en la actualidad, de la concepción ideológica del espacio terapéutico, privado y en compartimentos estancos, y de la relación diádica terapeuta/paciente. Sobre las características metodológicas que cuestionan estos aspectos, así como las que se refieren a mi relación peculiar como antropólogo investigador/terapeuta en esta consulta de etnopsiquiatría, hablo a continuación.

Una apacible entrada en el campo de estudio

Llegué al área de psiquiatría del hospital general Brugmann (de Bruselas) una atípicamente soleada mañana de octubre de 2006. Con la intención de saber si podía explorar esta práctica, para la investigación que llevaba a cabo, mi pregunta fue directa y pretendía ser escueta: «Hola, quería saber si el doctor W., que tiene una consulta de etnopsiquiatría, se encuentra aquí ahora». Pero fue entonces cuando, por el gesto expectante de mi interlocutor (repcionista del área), percibí que la situación iba a requerir de una mayor presentación. El teléfono sonó, me dedicó una mirada que interpreté como aburrida, y contestó. No quería decir que soy antropólogo, pues quizás esto iba a requerir explicaciones bizantinas, pero tampoco contemplaba mentir haciéndome pasar por médico o psicólogo. Ahora bien, ¿y si era confundido con un paciente? En un ejercicio automático, como señala Goffman (1970: 25), de definición de la situación y de demanda de ser quien se dice ser, repasé mentalmente mi atuendo, el tono de mi voz, el aplomo que mi posición y mis gestos me conferían y traté de realizar una comparación —ingenua, pues se trataba del primer dispositivo institucional que sondeaba (y era la primera vez que me encon-

7 Reflejo de la apertura que se estaba produciendo en el conjunto del panorama de la atención sanitaria institucional belga, fruto de la demanda de una mejora en el acceso y disfrute de los medios sanitarios de las personas de origen extranjero, con iniciativas políticas, a escala estatal, como la mediación intercultural sanitaria.

traba en un pabellón psiquiátrico)— con la que imaginaba tendría un paciente. Al andar por la cuerda de trapequista del discurso y la presentación de uno mismo, en la interacción que antecede a la entrada al campo de estudio, no existía otro signo distintivo para ser paciente o investigador que la persuasión en la conducta verosímil, o como dirá Gailly (2008), «la *presentación culturalmente auténtica de uno mismo*». Lo que estaba en juego era una buena o mala tentativa de entrada al campo; sin embargo, impulsado por la asociación de ideas de quien identifica un peligro fruto del desconocimiento, recordé la escenificación de entrada de los investigadores en el experimento de Rosenhan (1973), significativo para el llamado movimiento antipsiquiátrico, y me recorrió un escalofrío por la espalda⁸. Por suerte aquellos eran los años setenta y la realidad de las estructuras hospitalarias, en el panorama belga, apuntaba a ser sustancialmente diferente a la de entonces. Tras colgar el teléfono (mi interlocutor) finalmente me decanté por confesar, con orgullo, que era antropólogo. Cuando me disponía a apuntillar (amuleto que aprendí a usar casi como una venganza) que «es para mi tesis de doctorado», sorprendentemente fui recibido con gran locuacidad y empatía⁹. Por lo que fui sabiendo, de mis interlocutores presentes y futuros, el hospital Brugmann es pionero en crear herramientas, como esta consulta o el servicio de mediación intercultural, para gestionar la diversidad cultural en la atención sanitaria. Los antropólogos, lejos de ser figuras extemporáneas, eran avistados, especialmente en el área de psiquiatría, con relativa asiduidad. Números de teléfono, horarios, direcciones, entrevista... y, tras el visto bueno

8 La furtiva asociación de ideas se dirigió hacia la dificultad que, en el contexto de los internados, algunos de los investigadores tuvieron para salir del centro hospitalario, una vez dejaron de simular la dolencia por la que habían sido encerrados. Así como, tratando de resituar mi origen sociocultural trashumante, a la cuestión de la selección social preliminar al encierro que señalaron, entre otros, Scheff (1973), Levinson y Gallagher (1971), o Castel (1976). La neutralización de los prejuicios de partida y del sociocentrismo (Velasco y Rada, 1997, 2003: 29) del investigador es un elemento metodológico a destacar en el trabajo de campo.

9 La problemática situación de definiciones de papeles y transposiciones identitarias se repetiría en más ocasiones cuando abordé otros dispositivos psiquiátricos hospitalarios destinados principalmente a las personas de origen extranjero. En dos ocasiones, que puedo identificar, fui confundido con un médico y en otra con un paciente. En una de las del primer caso prolongué dicha confusión con el fin de obtener más información de una visitante farmacéutica.

del etnopsiquiatra, la entrada al campo estaba resuelta. Acudiría a la consulta cada jueves de 13:30 a 19:30 h, a partir de la próxima sesión. Pero con una condición: mi papel (como se explica después) no va a ser solo el de investigador, en la arena de la consulta, sino que deberé ejercer, desde mi formación cómo antropólogo, a su vez de terapeuta.

Comienza la conversión del antropólogo. Aprendizaje, formación y atribución de legitimidad en un contexto biomédico

Si los profesionales del arte médico son elevados en ocasiones a la categoría de demiurgos, que ejercen con carisma sus virtudes técnicas del don de la curación, también son considerados por algunas personas como una amenaza, ya que gestionan los cuerpos, su vida y su muerte. Son técnicos del orden (social y moral) inscrito en la paradigmática concepción biomédica del trinomio salud/enfermedad/atención. En contextos como el que nos ocupa, el antropólogo, a su vez, puede desempeñar la bondadosa labor de sanador/terapeuta, la acción del fiel compañero beligerante para hallar la piedra de la locura. O ser percibido como una amenaza, descodificador de un orden ideológico profesional establecido. El ejercicio metodológico en mi trabajo de campo se iba a mover en la delicada tensión entre bondad/amenaza, bajo la atenta mirada de una intencionalidad última, una ética insoslayable, la sanación.

Pero para ejercer lo que para mí era, al menos al principio, un papel (como terapeuta) secundario de obligatorio cumplimiento en la labor de investigación, ¿debía llevar a cabo un proceso propedéutico de aprendizaje, formación y conversión hacia la legitimidad clínica biomédica? ¿O, en este contexto, esta iba ya de por sí dada en mis competencias y saberes como antropólogo?

A la hora de abordar el estudio de caso, de la consulta etnopsiquiátrica, no disponía de una metodología cerrada. Por mucho que esta no fuese la sensación que debía dar en la redacción final de la tesis, la investigación iba perteneciendo más al reino de lo inesperado que al de la planificación exhaustiva. Iba constatando que, como señalan Hammersley y Atkinson (1994: 39), se trataba de una actividad práctica que requiere del ejercicio de un juicio en un contexto.

Durante mi formación académica, y también en mis momentos de ocio, me había interesado por la psicología, particularmente la psico-

logía social, y el psicoanálisis. Sin embargo, mis conocimientos sobre etnopsiquiatría, más allá de escuchar algunas anécdotas de índole romántico¹⁰ (que motivaron mi interés inicial por la cuestión) y nociones generales abordadas por varios de los teóricos en la materia, eran prácticamente inexistentes. Por no hablar de la práctica psiquiátrica en un hospital, lo cual resultaba de lo más incentivador teniendo en cuenta que, ya en mi primera sesión, debía empezar a ejercer, haciendo uso de mis habilidades y mirada antropológica, como terapeuta.

Como investigador pensé que tendría que confiar en aquello de que la observación participante es un proceso de, haciendo uso del término de Berger y Luckmann (1984), socialización secundaria y aprendizaje en la cultura/s de un campo social específico. Y que llegar a comprender la estructura de sus medios de comunicación simbólica, «como quien capta un proverbio o entiende un chiste» (Geertz, 1973, 2001: 70), me iba a requerir algo de paciencia y confianza en mis habilidades sociales. Pero como terapeuta, ¿a qué debía atenerme? ¿Hasta dónde debía, y podía, llegar en el ejercicio de la llamada participación observante¹¹? Como vería después, ambos papeles, investigador y terapeuta, no podían ser contemplados como autónomos en este contexto.

10 Mi interés particular por esta investigación relativa a las praxis terapéuticas interculturales, y en concreto por el dispositivo de tipo etnopsiquiátrico en Brugmann, nació a raíz de una estancia en Bélgica, en el año 2003, en el marco de una beca de movilidad en mi licenciatura en Sociología (en la Universidad Complutense de Madrid). Una noche de aquel año escuché el relato, al que le siguió una discusión a medio camino entre la narrativa realista y romántica, de dos estudiantes que habían trabajado como psicoterapeutas con personas de origen extranjero en una, novedosa para mí, práctica etnopsiquiátrica de un centro clínico de París (Centro Devereux) y de un hospital en Bruselas (Brugmann). La brujería, el vudú y la tensión entre la aceptación y la incompreensión (por parte de las autoridades médicas y judiciales) del modelo explicativo de la dolencia, con desencadenantes sanitarios y legales para los pacientes concernidos, motivó mi interés inicial. Fue este año lectivo, en la Universidad Libre de Bruselas, cuando a su vez comencé a tener más contacto e interés por la antropología.

11 Jacorzynski (2004) señala que la relación del etnógrafo con el informante puede tener más de participante que de observante, ya que nos enseña sobre el mundo y sobre nosotros mismos en una posición compartida.

*Útiles y estrategias del antropólogo investigador/terapeuta
en el dispositivo grupal: el silencio, ¿un gran aliado?*

Según G. Devereux (1977), el observador debe situarse en el corazón del proceso de investigación y considerar que no observa más que las reacciones a sus propias observaciones. En este sentido, afirma que no existen datos independientes a su trabajo de observación. En concreto, los únicos datos de los que dispone el investigador son los que están constituidos por sus propias reacciones a las reacciones que él mismo suscita (la contratransferencia). Para este autor el observador debe pensar su relación con el observado de la misma manera que el psicoanalista aborda la relación con su paciente. Ser consciente de procesos como las contratransferencias, las resistencias y los mecanismos de defensa del investigador con respecto al sujeto de estudio observado, y modificado por nuestra presencia, constituye como una fuente importante de creación científica.

Frente a la responsabilidad deontológica, como antropólogo investigador pero también como «clínico», que demandaba la situación y la ausencia patente (al menos para mí) de experiencia en contextos semejantes, decidí comenzar con una estrategia metodológica/conductual: la prudencia invitaba a ser silencioso. Ahora bien, podía silenciar mis palabras, agazapado tras mi diario de campo, pero no mi presencia, gestos, mirada, sexo; además, era el representante cultural de los hispanohablantes, de los antropólogos, de los europeos del sur que migran a Bélgica, y debía hacer frente a ciertas expectativas (devanadas de la madeja cultural, de ausencias y presencias, que mi cuerpo allí significaba).

Con el paso de los días y las lecturas sobre la temática; la observancia de los tiempos de palabra e intervención; de las relaciones de poder, gravitantes en torno al papel central del etnopsiquiatra, que se reafirmaban en los discursos; de las convergencias y divergencias dialécticas y su resolución y efectos prácticos en la terapéutica, etc., comencé mi andadura en el reino de las palabras.

Como un poder otorgado por un invisible juez al principio, un principio imaginado por todo lo dicho con un silencio lleno de cuerpo, fueron escuetas intervenciones. Trataban de reafirmar, esta vez con voz, opiniones que consideraba acertadas de los compañeros y pacientes. Poco a poco fueron dando paso a frases, cortas pero que

saltaban al ruedo del círculo de terapeutas que rodeábamos la escena convergente en el paciente, a un extremo, y en el etnopsiquiatra, en el otro, enfrente, ligeramente internado en la línea circular.

Si mis palabras, con su potencial y riesgo, provocaban unos desencadenantes que modificaban el discurrir de la consulta, y contenían implicaciones para la eficacia terapéutica y la vida del paciente, no lo eran menos los gestos. Entre ellos aquellos que, en el acto de escritura, vehiculaban palabras hacia un espacio de posesión privado, y que eran, en algunas ocasiones, particularmente sensibles.

Peligros y virtudes de un cuaderno y un lápiz

A la hora de negociar con el etnopsiquiatra cuáles iban a ser mis técnicas de recogida de datos inquirí si podía grabar acústicamente alguna sesión. Esta práctica se había realizado en varias ocasiones a lo largo de los años, también con grabaciones en vídeo; sin embargo, planteaba un serio problema para el normal desarrollo de la consulta: por una parte, grabar a escondidas no era éticamente correcto (visión que yo compartía), pero al exponer la grabadora o la cámara al paciente añadíamos una barrera más a sortear para que este pudiese adaptarse a la ya de partida, como veremos después, peculiar metodología terapéutica.

El útil de recogida principal con el que contaba para el registro de datos, además de la memoria, era el diario de campo y el lápiz. Al no ser la única persona que anotaba en su cuaderno —otros terapeutas hacían a su vez uso de él—, lo supuse un ejercicio habitual.

El diario me permitía registrar lo acontecido de forma discreta, por silenciosa, pero siendo flora, con afilado lápiz, y actor de un ecosistema no siempre acogedor. Las ideas surgidas e interacciones de importancia, en su devenir, eran trasladadas a las temporalidades del diario, destinadas a ser retomadas o interpretadas como planes de actuación, material para la triangulación de datos, etc. Sin embargo, si para algunos pacientes era notoriamente gratificante contar con un dispositivo (de escucha y palabra) grupal diseñado para, en palabras de los defensores del mismo y como se explica después, materializar la alteridad y volverla un catalizador terapéutico, para otros no poseía estas connotaciones.

*«Lo que registras es mi vida»: negociación
del acto de escritura en el diario de campo*

Cuando se pretende que en la consulta etnopsiquiátrica exista una gestión democrática y honesta del proceso terapéutico, evitando efectos perversos de abuso de poder semejantes a los que pueden acontecer en la privacidad de la diada terapeuta/paciente, todas las herramientas terapéuticas, lo cual incluye las de registro de datos y los medicamentos, deben ser consensuadas con los principales concernidos: los pacientes y sus acompañantes.

Como instrumentos del saber/poder médico, los medicamentos cumplen una función, en términos de B. Good (1994: 86), «soteriológica» práctica en las sociedades modernas. Al insertarse, como significantes sociales¹², en el mundo de vida del paciente, creo que, en una praxis curativa democrática (como trata de ser esta consulta), se debe enseñar al usuario a utilizarlos con efectividad, un honesto conocimiento farmacológico de los mismos y su autonomía, para evitar relaciones de dependencia e inequidad —en la línea con la asunción de responsabilidades sanitarias defendida por Linares (1982: 112)—. En este contexto, el diario de campo registra este mundo de vida, o la exposición que de él hace el paciente, por lo que puede convertirse en un objeto que ayuda a curar. Esto es, por ejemplo, como base de datos y reflexiones sobre la mecánica terapéutica y su eficacia, las presentaciones de los itinerarios biográficos de los actores implicados y el espectro de relaciones de poder en juego y sus consecuencias. O pasar a ser una herramienta, propia del interés técnico/instrumental en la relación investigador/sujeto investigado

12 Como señala Dagognet (1996), la medicina está ordenada alrededor del tratamiento, en el que el remedio constituye la concretización del acto médico. La comprensión por el enfermo de la acción de los medicamentos dados por la biomedicina obliga a una serie de mediaciones cognitivas y sociales. En este sentido el tratamiento, como uno de los elementos esenciales del dispositivo, produce y modifica las representaciones sociales de la enfermedad. Aunque esto sucede de formas diversas, dependiendo de los contextos e itinerarios socioculturales en juego, el esquema general de la unión entre el tratamiento y las representaciones populares reposa sobre la posibilidad de verificar los efectos tangibles de un producto o de un tratamiento (Jaffré y Sardan, 1999). Si las interpretaciones toman el relevo fundamentalmente de un orden discursivo, la acción del remedio puede ser constatada, lo que constituye un elemento de dotación de certidumbre.

enunciada por Habermas (1982), promotora de la colonización del mundo de vida del paciente. La herramienta, en este caso, tiene implicaciones directas en las consecuencias que, para el paciente, de ella se derivan como fin.

La falta de adecuación del dispositivo terapéutico grupal a algunos pacientes, y el significado que cobran los actos de recogida de datos, ha dado lugar a situaciones de tensión en las que, el paciente o sus acompañantes (cónyuges principalmente), protestan o se sienten violentados y no vuelven a acudir (en una ocasión, en la que fui partícipe, el marido de una paciente protestó enojado diciendo que: «no son animales exóticos a los que estudiar», y se refirió a la consulta como a un circo).

En estos casos la situación, originada por la ausencia de una eficaz evaluación en la entrevista terapeuta/paciente preliminar a la entrada a la consulta, demanda un despliegue selectivo en la interacción, conflictiva en ciertos comportamientos entendidos como naturales por los terapeutas e investigadores, con el paciente. El hecho de apuntar en el diario, receptáculo de información, es uno de los aspectos negociado, o explicado, cuando aparecen las quejas.

Con respecto a la gestión de la información sobre el paciente, resulta relevante destacar que la norma instituida en la consulta, en la línea con el discurso de tipo chamánico (Nathan, 2001) que recoge las opiniones del entorno del paciente para proporcionarle un «mito colectivo» (frente al «mito individual» que representa su narrativa en las psicoterapias de corte clásico), es que todo se hable delante de él. Esto incluye reflexiones, cuyo objetivo es siempre la remisión de la dolencia y se refieren a menudo a los principios metodológicos de la consulta, que podrían ser tratadas a posteriori y no serán enunciadas si no está él delante¹³.

13 De hecho, las reuniones fuera de consulta tratan, en algunos casos, de buscar pistas sobre la dolencia y su posible curación, pero no se adentran en especulaciones interpretativas que no vayan a exponerse frente al paciente. Sin embargo, este principio metodológico entra en contradicción con ciertas dinámicas insituidas como el control, en ocasiones, escaso del discurrir de terapeutas que componen el grupo, y las posibles implicaciones de esto en el derecho a la privacidad del paciente. Por otra parte, este tipo de enfoque de «tipo chamánico» no siempre es recibido de forma positiva por todos los pacientes, algunos de los cuales dejan de acudir al considerar poco

El diario de campo sirve como herramienta para recoger datos, plantear líneas de intervención, pero también como pantalla que permite un distanciamiento en la inmersión del antropólogo.

En ocasiones he salido de la consulta abatido por lo narrado, y vivido, en las sesiones. En otras, la sensación es de catarsis, un sentimiento pletórico, y un poco autocomplaciente, de haber realizado una buena labor. Más de una vez, mientras regresaba en tranvía atravesando la noche fría y lluviosa, el sentimiento era de inquietud. Las conversaciones, y reflexiones, con los compañeros ayudaban a disipar el nerviosismo, más no una constatación certera... «tengo miedo».

Locura, demonios... tengo miedo

En la mayoría de los pacientes, de origen extranjero, las causas de sus dolencias reenvían casi siempre, de una forma más o menos patente, a su trayectoria migratoria¹⁴ —proyectos de vida, relación con sus dos mundos y entornos (los de origen y destino), etc.—. La expresión de su sufrimiento, por medio de la sintomatología, y la búsqueda de un sentido en la explicación etiológica no están necesariamente divididas entre dos mundos irreconciliables: el mágico/religioso de la brujería, las posesiones y los demonios, o el médico/científico de las psisis, los trastornos del comportamiento o depresiones¹⁵. Muchos pacientes han incorporado ambos universos mediando, al igual que

eficaz este tipo de práctica expositiva/interpretativa en la que, consideran, se les niega la palabra priorizando las narraciones de sus acompañantes y terapeutas.

¹⁴ Principalmente por parte del grupo de terapeutas y el etnopsiquiatra que problematizan dicha dimensión, pero también de algunos pacientes que la atribuyen, explícitamente, a su malestar. Sin embargo, existen otros pacientes, como los de origen autóctono, cuyas problemáticas son abordadas, con la misma metodología pero sin el vector migratorio, desde un enfoque interpretativo basado en los itinerarios y grupos socioculturales de pertenencia y adscripción.

¹⁵ Algunos pacientes, sin embargo, sí abrazan categorías cuyas presentaciones discursivas se articulan, casi exclusivamente, en uno u otro universo. Otros demandan, insertos en un modelo que no les conviene (ya sea biomédico, mágico/religioso o de otro tipo), explicaciones más convincentes o adaptadas. Hay casos, como por ejemplo los relativos a un ejercicio de mediación familiar, en los que ni el paciente ni los terapeutas se adhieren a ninguno de los dos modelos.

el grupo y el etnopsiquiatra, entre diversas narrativas que toman elementos, en este caso, de uno y otro modelo¹⁶.

La dureza de algunas vivencias y testimonios de los pacientes, mi condición de migrante (intracomunitario), así como la falta de experiencia y de recursos atenuadores en estas lides, me provocaban ciertas contratransferencias perturbadoras e interesantes. Al parecer, por lo que iba escuchando de mis compañeros, no era el único que sufría la presión adaptativa y necesitaba momentos de distensión emocional. En este sentido, una vez más el diario de campo y ciertos gestos de carácter ritual que se fueron rutinizando en el grupo (tomar el café juntos, llevar dulces a la consulta, regresar en compañía del hospital al barrio en el que residíamos varios compañeros, etc.) ayudaban a disipar los temores. Para la mejora en el manejo de la llamada contratransferencia, así como de la transferencia y los procesos terapéuticos desencadenantes, había sido implementada, como vemos a continuación, en esta consulta objeto de estudio, una metodología específica y distintiva de las praxis psicoterapéuticas hegemónicas.

*La metodología etnopsiquiátrica: funciones del grupo,
configuraciones del espacio y uso de los objetos activos
a la luz de un estudio de caso*

EL GRUPO EN LA DISPOSICIÓN ESPACIAL

En la consulta de etnopsiquiatría de Brugmann la relación terapéutica se gestiona desde una perspectiva metodológica grupal, frente a la relación de privacidad en la diada terapeuta/paciente. Para ello, como ya se apuntó antes, incorpora la esfera pública a través de la construcción de un dispositivo en las consultas constituido por un grupo multicultural (y plurilingüe) de terapeutas y acompañantes, y a su vez, como señala Nathan (2001: 113), de círculos culturales de pertenencia y adscripción. Insertos en una lógica espacial en la que el grupo de terapeutas, y el paciente, forman un círculo, donde ninguna posición se distingue con relación a otras, se trata de impulsar procesos analógicos. Estos tienen por objetivo, según el autor, materiali-

¹⁶ Si la presentación discursiva/cultural del paciente orienta las narrativas explicativas que el grupo adopta, sucede también en sentido inverso, conciliando, o adaptando, aquel a líneas discursivas según nuestra escenificación.

zar la alteridad para que el paciente pueda pasar de ser un individuo universal (descontextualizado) a representante del grupo cultural del cual es originario.

En este caso, el grupo no supera nunca un máximo (teórico) de 20 personas, manteniéndose de preferencia entre las 10 y 15, y las intervenciones son centralizadas por el etnopsiquiatra principal. La formación académica de los terapeutas abarca la psicología, la psiquiatría, la antropología, el trabajo social, la enfermería psiquiátrica o la sociología¹⁷.

Los orígenes culturales también son muy diversos. Todos los terapeutas de orígenes alóctonos hablan sus lenguas maternas y el francés, siendo en algunos casos esta su lengua materna. El etnopsiquiatra ha nacido en Bélgica, si bien es de origen polaco¹⁸.

Si, como ya señalé antes, la entrada en escena de un dispositivo grupal en la relación terapeuta/paciente no es siempre adecuada para todos los usuarios, el caso de la paciente E. (ver el apartado: estudio de caso clínico) es revelador de la inoperancia terapéutica de una praxis de tipo diádico. La paciente E., de 35 años de edad y origen marroquí, regresa a la consulta (en 2006) tras once años de ausencia motivada por el miedo a que el espíritu que la atormenta haga daño al psiquiatra. En la metáfora de la lucha grupal contra el espíritu se manifiestan por un lado los actos resocializadores de E. al solventarse la, en términos de Goffman (1998), ruptura comunicativa/situacional, la disociación entre contenido y continente que ocasiona el síntoma. Y poder atribuir al texto discursivo/comportamental un contexto en un ámbito de reconocimiento y apoyo empático¹⁹ con su presentación cultural. Mientras que, por otra parte, dicha lucha escenifica los posibles efectos adversos que la constante exposición a las consecuen-

17 Estas características no son siempre compartidas por otras prácticas etnopsiquiátricas. Moro aconseja que los participantes en el grupo de terapeutas sean preferiblemente diez (1998), y que su formación provenga de la psiquiatría o psicología (1994).

18 Los terapeutas proceden de países diversos como Bélgica, Congo, Turquía, Marruecos, Túnez, Ruanda, España, etc.

19 Por un lado, en el carácter de reconocimiento institucional del país de acogida que a los terapeutas les atribuye el paciente, y por otro en la no discriminación frente a un discurso que defiende una causalidad de la dolencia diferente a la articulada por la cultura biomédica.

cias, vehiculadas en la dolencia y narrativa del paciente, de experiencias traumáticas puede tener para el terapeuta. Y las implicaciones que, en una relación de poder como la terapéutica, de ello se derivan en la eficacia curativa.

En el caso de E., el grupo actúa de cortafuegos dotando de una mayor consistencia emocional a sus componentes y facilitando que la transferencia y contratransferencia logren los efectos curativos deseados.

En la otra consulta de Etterbeck no funciona porque están solos. Aquí nosotros le protegemos (al psiquiatra) y podemos luchar contra su enemigo en el sueño, y que sea eficaz la terapia... Al principio, en las consultas en 1995, funcionó porque también había más gente en la consulta. (*Extracto caso de la paciente E. Apartado: Estudio de caso clínico*).

LOS OBJETOS ACTIVOS: EL ACTO DE DAR

En un mismo orden de cosas, la entrada en escena del uso de los llamados *objetos activos* trata de priorizar clínicamente los procesos de la transferencia y la contratransferencia volviéndolos sujetos tangibles y abordables, al mismo tiempo que susceptibles de verificación empírica.

En esta consulta el *objeto activo* puede ser tanto *dado* al paciente por el grupo, como *prescrito* por el psiquiatra y *recibido* de aquel. Del mismo modo, mientras cumpla unos requisitos específicos, puede ser elaborado o bien consistir en un objeto ya determinado. En el caso de la paciente E. (ver apartado: Estudio de caso clínico) el *objeto activo, dado* al paciente, no ha sido elaborado por el psiquiatra ni los coterapeutas. Las coincidencias han producido una circunstancia no ordinaria en la cual, hábilmente, el psiquiatra ha sabido actuar con certeza entregándole un objeto, un franco de Senegal, perteneciente a otro universo cultural y funcional, y cuyo objetivo es desencadenar una transferencia. Cabe señalar que antes de entregárselo lo habrá pasado, como es la norma, por todo el grupo con la intención de que sus componentes puedan tocarlo y «prepararlo» para que surta el efecto deseado.

El acto de *dar* el objeto activo, representado por un objeto neutro (que no posee ninguna función en este contexto) como es el franco senegalés, provoca a la paciente una transferencia con efectos mitiga-

dores en su dolencia. El buen uso, fruto aquí de la intuición y del azar, de este recurso metodológico enfatiza *el acto mecánico sanador*, una acción específica de naturaleza lógica que reenvía al concepto de medio y fuerza maná de Mauss (1902, 2001), frente a aproximaciones de corte interpretativo y simbolista²⁰.

Mientras E. hablaba de un sueño con un caballero negro en unas montañas (terapeuta: «que al parecer puede ser la representación de un genio»), casualmente se abre la puerta de la sala de la consulta y entra uno de los terapeutas (negro). E. se queda sorprendida por la coincidencia y el psiquiatra (según explica por intuición y de forma fortuita) saca una moneda que tenía en el bolsillo, un franco de Senegal, y explicándole que es una moneda que viene de África, y que puede ayudarla con su problema, se la da. A partir de ese momento ocurre una transferencia: la paciente dejará de sufrir la visita nocturna del *djinn* la noche antes de acudir a la consulta (de miércoles a jueves). Al cabo de unos días encontrará debajo de su colchón el objeto causa de su maleficio: un sobre que contiene diferentes sustancias y materiales en su interior. (*Extracto caso de la paciente E. Estudio de caso clínico*).

Estudio de caso clínico

PRESENTACIÓN Y LLEGADA DEL PACIENTE A LA CONSULTA

E. es una mujer de origen marroquí de 35 años de edad. El francés, junto al árabe, es su lengua materna. Lleva una ropa de tipo europeo, sin ningún elemento visible de pertenencia religiosa. Hace once años que no viene a la consulta. Llegó a la misma derivada del hospital Erasme (Bruselas) por problemas de depresión, sueño, pesadillas y trastornos con componentes culturales (denominación esta última que se repite en muchos pacientes que son derivados desde otros centros, y que describe la especificidad de la consulta de etnopsiquiatría vista desde otros lugares del ámbito terapéutico institucional). Los trastornos que

20 Si bien, en este sentido, opera la llamada *eficacia simbólica*, esto es, volver inteligible una situación problemática (haciéndola soportable al espíritu y por lo tanto tolerable) mediante un sistema/estructura coherente que vectoriza las diferentes experiencias, las cuales, de otro modo, se ofrecerían caóticas e insoportables (Lévi-Strauss, 1987); las características teórico/metodológicas del dispositivo terapéutico reenvían más bien a un acto práctico que a un acto interpretativo y simbólico.

ha sufrido la paciente a lo largo de los años están relacionados con la visita de un *djinn* durante la noche que la posee sexualmente.

HISTORIA CLÍNICA EN LA CONSULTA ETNOPSQUIÁTRICA

Once años atrás, cuando el psiquiatra (W.) trató a esta paciente, ya se trabajaba con dos o tres terapeutas en la consulta (en aquella época, 1995, ninguno de los terapeutas actuales estaba). Por aquel entonces, durante un tiempo, en la consulta no se conseguía ningún resultado con ella. Un día, al poco de regresar W. de una estancia en Senegal, mientras E. hablaba de un sueño con un caballero negro en unas montañas (terapeuta: que al parecer puede ser la representación de un genio), casualmente se abre la puerta de la sala de la consulta y entra uno de los terapeutas (negro). E. se queda sorprendida por la coincidencia y el psiquiatra (según explica por intuición y de forma fortuita) saca una moneda que tenía en el bolsillo, un franco de Senegal, y explicándole que es una moneda que viene de África, y que puede ayudarla con su problema, se la da. A partir de ese momento ocurre una transferencia: la paciente dejará de sufrir la visita nocturna del *djinn* la noche antes de acudir a la consulta (de miércoles a jueves). Al cabo de unos días encontrará debajo de su colchón el objeto causa de su maleficio (un sobre que contiene diferentes sustancias y materiales en su interior); al parecer, fue su madre la que le hizo el maleficio como venganza por no quererse casar con alguien en Marruecos —según ha comentado W., en otras ocasiones existe una especie de principio, del cual desconoce sus causas (tal vez asociaciones de ideas), por el que cada vez que se da un objeto y se realiza una transferencia el paciente, a los pocos días encuentra (en sitios inverosímiles a veces) el objeto/hechizo—.

MOTIVOS POR LOS QUE REGRESA EN LA ACTUALIDAD A LA CONSULTA

La dolencia que la atormentaba en el pasado actualmente ha desaparecido. Sin embargo, tras haber estado, tres o cuatro veces, con un chico al que quiere, el espíritu parece haber vuelto vengándose y haciendo cosas contra él (por medio de la aparición en sueños). Aparece entonces la cuestión de que en Marruecos hace unos años había un especialista de los sueños al que se acudía para contárselos y que, sin embargo, según dice W., ahora esa función la monopolizan

los psiquiatras. El motivo por el que dejó de venir a la consulta diez años atrás nadie lo conocía. De un día para otro no volvió a acudir y no se supo más de ella. Ahora explica que fue debido a que tuvo un sueño con W. En el sueño aparecía por un lado esa persona/espíritu que quería hacerle daño, y por otro W. protegiéndola. Entonces, ese hombre/espíritu peligroso (que no guarda parecido con nadie que conozca) y W. se pelean y acaba venciendo el hombre/espíritu. Este la amenaza diciéndole que si vuelve a ir a la consulta matará al psiquiatra. Entonces ella acude a la siguiente consulta pero se asusta mucho cuando ve que W. estaba ausente, ya que había enfermado (según W., estuvo tres semanas enfermo), así que decidió no volver a ir hasta ahora. Ha regresado porque dice que cuando mantiene relaciones con un hombre sueña con él y con el espíritu y teme que este (o ella misma, según explica), le haga daño.

LOS MODELOS EXPLICATIVOS DE LA PACIENTE EN SU NARRACIÓN BIOGRÁFICA

En la construcción de esta lógica, causante de desgracias, parecen haber influido ciertos acontecimientos que ella ha interpretado como significativos. Este es el caso, por ejemplo, de haber estado saliendo con un hombre mucho tiempo, y cuando dejó de hablarle, al cabo de unos meses, vio que había cerrado el negocio (que en apariencia iba bastante bien) y se había mudado (él le explicó que fue debido a que se encontraba cansado y tenía muchos problemas. Unos años atrás un amigo suyo quería casarse con ella pero se negó. En el momento de darle la negativa se disponía a cerrar la puerta de su casa, mientras él entraba en su furgoneta, cuando al ponerla en marcha y dar la vuelta a la carretera pasó un camión y le mató. Dice que cree que envejecerá sola. Sobre su historia personal explica que a los 16 años quería haber estudiado para ser enfermera y sin embargo no la dejaron seguir con los estudios e intentaron casarla con un hombre de 35 años. Ella se negó. Le advirtieron que o bien aceptaba el matrimonio o se quedaba en Tánger para siempre. Volvió a negarse y la encerraron en una habitación pegándola hasta que se le cayó el pelo. Esto sucedió en 1980; después, su familia y ella fueron a vivir a Bruselas. Sin embargo, E. se puso a trabajar desde joven, logrando ser económicamente independiente, y casi no mantiene relaciones con ellos (desde que se negó a casarse con aquel hombre la rechazan y la consideran la oveja negra). Con su madre mantiene contacto de vez en cuando aunque su

relación es más bien distante y problemática. El hombre con el cual querían obligarla a casarse todavía la ve, va detrás de ella y la amenaza, pese a que actualmente está casado. Ya desde pequeña le decían que era distinta porque se negaba a aceptar lo que le imponían. Era muy buena en el colegio pero, para que se pudiese quedar en casa limpiando, su madre le hizo un certificado médico. El mismo médico (marroquí) que firmó el certificado, por aquel entonces, ahora se da cuenta de que fue un error y le ha aconsejado que vuelva a la consulta de etnopsiquiatría. Ahora siente como si le subiesen unas bolas por la garganta y fuese a morir. E. comenta que en su anterior trabajo alguien intentó matarla metiéndole algo en la bebida. Es muy intuitiva y dice tener algunas visiones clarividentes. En una ocasión tuvo una experiencia en la que intuyó que le estaban robando en casa. Al ir a su casa alertada por la premonición se encontró con el ladrón dentro (un tipo que anteriormente le había robado el bolso y cumplió prisión por ello). Ha soñado con un conocido y al poco falleció. Dice que su madre se protege de ella, en cierto modo le atribuye poderes brujos, acudiendo a los imanes. En muchas ocasiones su madre y ella han tenido sueños simultáneos.

E. comenta que una de las cosas que más le han marcado han sido los imanes en Marruecos, a los que acudió para que intentaran curarla. Le pegaron (reproduciendo los traumatismos de cuando le pegó su familia). Dice tener un problema relacionado con todo lo que sea avanzar, como conducir o aprender (tiembla al hablar de esto). Cinco años atrás estuvo enamorada de un chico sirio con el que se quiso casar. Su madre envió a su hermano para que amenazara de muerte al chico si lo hacía.

ALGUNAS PROPUESTAS PARA LA MEJORA DE LA MECÁNICA CURATIVA

El psiquiatra comenta que la otra consulta de Etterbeck (de tipo diádico) no funciona porque están solos. Aquí nosotros le protegemos (a él) y podemos luchar contra su enemigo en el sueño, y que sea eficaz la terapia. Afirma que al principio, en las sesiones en 1995, funcionó porque también había más gente en la consulta. W. propone que venga su madre a la consulta pero E. se niega. Él argumenta que no es para ayudarla a ella, razón por la que se niega (ya que, según nos dice, su madre no lo haría), sino para proporcionarnos información sobre su infancia. Una terapeuta insiste y le explica que es bueno tener un

apoyo de fuera aquí dentro. Quedamos en la posibilidad de que venga una prima suya (con la que tiene confianza y a la que le suele contar sus sueños).

La paciente ha seguido acudiendo, de forma constante, a las siguientes sesiones de la consulta de etnopsiquiatría.

Consideraciones finales

Desde mi trabajo de campo como antropólogo, en el doble papel de investigador/terapeuta, he querido mostrar aquí algunas de las particularidades metodológicas de la investigación en el dispositivo etnopsiquiátrico del hospital Brugmann, partiendo de la consideración, autoetnográfica, de la subjetividad del investigador, así como las especificidades más emblemáticas de la metodología etnopsiquiátrica y su relación con la investigación antropológica y la eficacia terapéutica.

Las características de mi trabajo de campo etnográfico en la consulta de etnopsiquiatría del hospital Brugmann ponen de relieve dos dimensiones metodológicas. Por un lado la necesaria adaptación de las estrategias metodológicas, como el uso y significados del diario de campo del investigador, así como la relevancia de la consideración de los elementos, relativos a este campo social, articulados por y en la subjetividad del investigador. Por otro lado, la adaptación de la metodología terapéutica para, evitando una aproximación monocultural y diádica, la mejora en la eficacia curativa. En ambas dimensiones metodológicas se revela fundamental el manejo de la llamada transferencia y contratransferencia, desde una perspectiva sociocultural, con el objeto de obtener resultados significantes para el proceso de la investigación y la terapéutica.

Tanto en la investigación como en la curación, la praxis está condicionada por el encuentro y la inscripción de los itinerarios socioculturales, profesionales y biográficos de los actores implicados en un campo social dado. Como hemos visto en el estudio de caso clínico, el grupo, y las múltiples trayectorias y sensibilidades de sus componentes, escenifica aquí la pertinencia de un dispositivo que problematiza la cultura profesional biomédica, concebida de forma diádica, proponiendo mecanismos curativos adaptados a ciertos pacientes, y que cuestiona y supervisa las relaciones desiguales de poder terapeuta/paciente. De la misma forma que plantea ciertas preguntas relativas

a la tensión entre lo privado y lo público, lo profesional y profano, la creencia y el conocimiento.

El buen ejercicio de la metodología etnopsiquiátrica, en un dispositivo no segregador al estar inserto en la red de cuidados sanitarios normalizada, requiere de ciertas precauciones que se han ido exponiendo a lo largo del texto. Algunas de ellas tienen que ver con la necesaria existencia de mecanismos *lex artis* de información y escucha del paciente, como la entrevista introductoria al dispositivo, que logren discernir para qué paciente está o no adaptada, y de qué manera, este tipo de metodología. Se trata de evitar, tanto en la relación investigadora del antropólogo como en la terapéutica, las derivas autoritarias y no igualitaristas; ahondando así en una democratización del dispositivo etnopsiquiátrico, así como del método de investigación, con el objetivo de que el paciente pueda decidir cómo va a ser su consulta con toda la información posible.

En mi opinión, y en este contexto de reflexión sobre las metodologías, la mirada antropológica de carácter aplicado, desde y hacia la terapéutica, se revela como apropiada si promueve una honesta *praxis psiquiátrica e investigadora* en la que se conciba la relación entre los diversos itinerarios socioculturales y biográficos, de paciente y profesionales, de manera horizontal e igualitaria, y que indague, articulada a los procesos de construcción de las subjetividades, en la distinción entre los factores etiológicos de la enfermedad de tipo social, psicológico, cultural y orgánico. Todo ello mientras evita la sobre-determinación cultural y la intelección de la cultura desde una perspectiva estática y reductora, y explora las ideologías, métodos y espacios desde los que se coordinan modelos explicativos del trinomio salud/enfermedad/atención, coadyuvando de esta forma en la propuesta de prácticas creativas para la mejora de la eficacia terapéutica.

Bibliografía

- ACHOTEGUI, Joseba (2005) «La emigración en el siglo XXI. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)». *Revista Norte de salud mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría*. 21:39-53. Extraído del artículo, ampliado por el autor, disponible en: <<http://portal.aragon.es>>. Pág 1-23.

- BERGER, Peter y LUCKMANN, Thomas (1984) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- CASTEL, Robert (1976) *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. Paris: Editions de Minuit.
- CRENN, Chantal (2000) «Une consultation pour les migrants à l'hôpital». *Homme et Migrations*, 1225: 39-45.
- DAGOGNET, Francois (1996) *Pour une philosophie de la maladie*. Paris: Textuel.
- DEVEREUX, George (1961) *Mohave Ethnopsychiatry and Suicide*. Smithsonian Institution, Bureau of American Ethnology, Bulletin n° 175, Washington D.C.
- (1977) *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris: Gallimard.
- (1980) *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris: Flammarion.
- FASSIN, Didier (1999) «La santé des immigrés et des étrangers: méconnaissance de l'objet et objet de reconnaissance». En JOUBERT, M. (eds). *Précarisation, risque et santé*. Paris: Inserm.
- GAILLY, Antoine (2008) Entrevista personal para investigación de tesis doctoral: Muñoz (2010). *El acceso a los medios sanitarios en la diversidad cultural. Mediación intercultural en el ámbito sanitario y terapias interculturales en salud mental. Estudios de caso en Bélgica y España*. (<http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/51145751.html>)
- GEERTZ, Clifford (2001) *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- GOOD, Byron y GOOD, Marie Jo Delvecchio (1994). *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GOFFMAN, Erving (1970) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- [1959] (1998) *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- HABERMAS, Junger (1982) *Conocimiento e interés*. Madrid: Taurus.
- HAMMERSLEY, Martin y ATKINSON, Paul (1994) *Etnografía, métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- JACORZYNSKI, Wiltod (2004) *Crepúsculo de los ídolos en la Antropología Social: más allá de Malinowski y los posmodernistas*. México: CIESAS-M. Á. Porrúa.

- JAFFRÉ, Yannick y SARDAN, Olivier (1999) *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris: Presses Universitaires de France.
- LAPLANTINE, Francois (1973) *L'Ethnopsychiatrie*. Paris: Éditions Universitaires.
- LEVINSON, Daniel y GALLAGHER, Eugene (1971) *Sociología del enfermo mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- LINARES, Juan Luis (1982) *Ideología médica, sociedad y sanidad*. Madrid: Akal.
- MAUSS, Marcel y HUBERT, Henri [1902] (2001) *Esquisse d'une théorie générale de la magie*. Versión electrónica: <<http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss/>>.
- MENÉNDEZ, Eduardo (1984) *Hacia una práctica médica Alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: CIESAS-Cuadernos de la Casa Chata.
- MORO, Marie Rose (1992) «Principes théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie: l'exemple du travail avec les enfants de migrants et leurs familles». *Santé mentale au Québec*, 17: 71-98.
- (1994) *Parents en exil. Psychopathologie et migration*. Paris: Presses Universitaires de France.
- (1998) «Quelques définitions en ethnopsychiatrie». *Pour la Recherche*, 17. (sin paginar)
- MUÑOZ MARTÍNEZ, Rubén (2010) *El acceso a los medios sanitarios en la diversidad cultural. Mediación intercultural en el ámbito sanitario y terapias interculturales en salud mental. Estudios de caso en Bélgica y España*. Tesis doctoral inédita. (<http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/51145751.html>)
- NATHAN, Tobie (1998) «Ethnopsychiatrie: actualité, spécificité, définitions». *Le carnet Psy*, 33: 10-13.
- (2001) *L'influence qui guérit*. Paris: Odile Jacob.
- RECHTMAN, Richard (1995) «De l'ethnopsychiatrie à l'a-psychiatrie culturelle». *Évolution Psychiatrique*, 60 (3): 637-649.
- ROSENHAN, David (1973) «On being sane in insane places». *Science*, 179: 250-258.
- SCHEFF, Thomas (1973) *El rol de enfermo mental*. Buenos Aires, Amorrortu.
- STENGERS, Isabelle (2003) *Cosmopolitiques*. Paris: La Découverte.

STRAUSS, Claude Lévi [1974] (1987) *Antropología estructural*. Barcelona: Paidós.

VELASCO, Honorio y RADA, Ángel Díaz (2003) *La lógica de la investigación etnográfica*. Madrid: Trotta.

¿DOCTORES O GESTORES? LA IDENTIDAD PROFESIONAL DUAL
DEL MANDO INTERMEDIO EN DOS HOSPITALES CATALANES

Rosalía Cascón-Pereira

Profesora colaboradora permanente

Departamento de Gestión de Empresas

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

Universitat Rovira i Virgili (URV)

rosalia.cascon@urv.cat

Resumen: A pesar de que ya se han estudiado diversos aspectos de las reformas hospitalarias derivadas del new public management, este texto pretende colmar el vacío existente en torno al conocimiento de la experiencia de los médicos-gestores (MG). Su principal objetivo, a partir del enfoque de la identidad social, es comprender de qué forma viven los MG la incorporación de la gestión a sus desempeños clínicos, y cómo re-construyen su identidad profesional, a partir de un estudio basado en las experiencias de 20 MG de dos hospitales catalanes.

Palabras clave: nueva gestión pública, médicos-gestores, experiencia, enfoque de la identidad social.

Abstract: Although various aspects of hospital reform resulting from new public management have already been studied, this text aims to fill the gap regarding the experience of doctor-managers (DM). In addition to focusing on social identity, the text studies the experiences of 20 DM from two Catalan hospitals with the principal aim of understanding how DM respond to the addition of management responsibilities to their clinical practice and how they rebuild their professional identities.

Keywords: new public management, doctor-managers, experience, focus on social identity.

Introducción

Recientemente, la mayoría de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) han introducido reformas en la gestión de sus sistemas sanitarios con el fin de disminuir los incrementos en los costes de salud (Bach, 2001). Estos cambios se han inspirado en la lógica de la nueva gestión pública (*new public management*), aparecida en el Reino Unido bajo el gobierno liberal de Margaret Thatcher en la década de 1980 e importada hacia el resto de los países de Europa Occidental a partir de la década siguiente y que tenía el objetivo de mejorar la calidad en el cuidado de los pacientes y, de forma paralela, mejorar el control de costes sobre los recursos sanitarios.

España, incluida entre esos países, ha introducido una variedad de medidas y legislación en los últimos veinticinco años con el objetivo de cambiar el contexto en el que médicos y gestores «operan». Aunque de algún modo los médicos españoles siempre han gestionado sus servicios, las reformas inspiradas en esta lógica comportan la transferencia de las responsabilidades de gestión a los mandos intermedios y, por tanto, un mayor énfasis del papel de gestor de los médicos y enfermeras como aspecto clave para la mejora de la gestión sanitaria.

Resulta sorprendente que, ante estos intentos de implicar a los médicos en la gestión, se hayan realizado tan pocos estudios dirigidos a explorar las experiencias de los médicos sobre estos cambios en el contexto sanitario. En su lugar, la investigación en este ámbito se ha centrado en explorar los efectos de la reforma sanitaria sobre la eficacia y eficiencia de las organizaciones sanitarias. Esta tendencia no resulta del todo sorprendente si se considera que la mayor parte de la investigación en este ámbito se financia con frecuencia por agencias nacionales, y por tanto, por agendas políticas que tratan de evaluar la eficacia de estos nuevos sistemas sanitarios (Harrison y Miller, 1999; Jackson y Lapsley, 2003; Hood *et alii*, 1999).

Del mismo modo, incluso en aquellos casos en los que el foco de atención se ha dirigido a los mismos médicos, la tendencia ha sido la de explorar el impacto de la reforma sanitaria sobre el personal médico en términos de los contenidos de su papel y de sus actitudes ante la gestión, en lugar de intentar comprender en profundidad cuáles son

sus experiencias ante estos cambios y la fuente de esas actitudes. En particular, se han llevado a cabo numerosos estudios que exploran las consecuencias de la reforma sanitaria sobre la autonomía de los profesionales y sobre las relaciones entre clínicos y gestores (McDonald, 1995; Harrison y Pollitt, 1994; Leopold *et alii*, 1996; Dent, 1998; Elston, 1991; Freidson, 1994; Reed, 1996; Harrison y Ahmad, 2000; Bruce y Hill, 1994; Newman *et alii*, 1996; Flynn, 1992; Hunter, 1994; Ong, 1998; Ackroyd, 1996). Paralelamente, se ha dirigido la atención a explorar el impacto de esos cambios sobre el contenido del papel de los médicos gestores (Currie y Procter, 2002, 2005; McConville y Holden, 1999; Hoque *et alii*, 2004; Adams *et alii*, 2000; Fitzgerald, 1995; Fitzgerald y Sturt, 1992; Willcocks, 1994; entre otros). No obstante, toda la investigación referida hasta aquí se ha realizado desde un nivel agregado de análisis que ha resaltado los valores opuestos del colectivo clínico y el colectivo gestor, y que ha ignorado los significados y experiencias individuales de los médicos ante la gestión (Fitzgerald y Sturt, 1992; Bruce y Hill, 1994; Newman *et alii*, 1996; Ong *et alii*, 1997).

Ante este escenario de investigación, resulta difícil obtener una idea sobre los significados que los *médicos-gestores* (MG) —o *híbridos*, como también se los ha denominado (Fitzgerald, 1995)— asignan a sus papeles y sus relaciones con otros actores del contexto sanitario. Por ello, con el fin de obtener una imagen más completa sobre cómo los MG se definen a sí mismos, este estudio pretende bucear bajo la superficie de las relaciones antagónicas y estereotipadas entre médicos y gestores descritas por la literatura (Baldry *et alii*, 2007). El propósito es, por ende, precisamente el de ir más allá de la simple categorización de las actitudes ante la gestión de los MG, para comprender en profundidad sus experiencias de gestión y entender los procesos sociopsicológicos que subyacen tras estas actitudes y que afectan a su identidad profesional y a sus relaciones con los médicos y con la alta dirección.

El enfoque de la identidad social (EIS) (Haslam, 2001; 2004) se presenta como un marco teórico adecuado porque considera todas aquellas situaciones en las que la identidad surge de la pertenencia grupal, como sucede en este estudio, en el que la identidad profesional de los MG emerge de la pertenencia a un grupo profesional. La premisa fundamental de este enfoque considera que los grupos se interiorizan y pasan a constituir parte del *self* de una persona, es decir,

dan respuesta a la pregunta: «¿quién soy yo?» (Haslam, 2001; Turner, 1996), lo que afecta a las relaciones que se derivan de la nueva construcción de significados (Weick, 1995).

Basándonos en lo expuesto, el objetivo de este capítulo es comprender cómo viven los MG la incorporación de la gestión a sus funciones clínicas y cómo re-construyen su identidad profesional, a partir de un estudio basado en las experiencias de 20 MG de dos hospitales catalanes. Su estructura es la siguiente: en primer lugar, se justifica este estudio resaltando la inexistencia de una explicación sobre las diferentes actitudes de los médicos ante la gestión. A continuación, se proporciona una breve descripción del contexto en el que se realizó el trabajo de campo. Siguiendo la descripción del procedimiento de investigación, se presentan los resultados sobre cómo se definieron a sí mismos los MG del estudio, así como los significados que utilizaron para construir su identidad. Por último, se derivan algunas conclusiones e implicaciones.

La identidad profesional de los médicos gestores

Dada la tradicional reivindicación de los médicos de una autonomía clínica, la postura adoptada por muchos autores en este ámbito ha sido la de construir un escenario de opuestos conceptualizando de manera estereotipada a médicos y gestores como «ellos» y «nosotros» (Dopson, 1994; Bolton y Way, 2007). Este escenario ha llevado a una generalización sobre las actitudes adversas de los MG ante la gestión. No obstante, la evidencia de algunos estudios muestra que, paralelamente a la existencia de médicos resistentes a la invasión de la gestión en la práctica médica, existen otros médicos que apoyan la incorporación de las ideas de gestión a la clínica (Gatrell y White, 1996; McHugh *et alii*, 2007).

Estas diferencias de actitud hacia la gestión halladas en la literatura (Fitzgerald y Ferlie, 2000) alertan sobre el hecho de que la premisa general —«ellos y nosotros»— no logre captar la complejidad de las experiencias y actitudes de los MG ante la gestión.

Un pequeño número de estudios han tratado de dar respuesta a este *gap* en la literatura, profundizando en la comprensión de las diferentes actitudes de los MG en sus funciones híbridas (Doolin, 2002; Cascón y Hallier, 2012; Hallier y Forbes, 2004, 2005; McGivern, 2007;

McDonald *et alii*, 2008; Lewellyn, 2001; Cohen y Musson, 2000). Los hallazgos de estos estudios coinciden en identificar dos posturas entre los médicos que asumen responsabilidades de gestión. Por una parte, se encuentran aquellos médicos que entran en la gestión con el entusiasmo por mejorar la provisión de los servicios de salud y de influir en la configuración y funcionamiento de sus unidades. Por otra parte, se encuentran aquellos otros con poco o nulo interés en la gestión y cierta hostilidad hacia las reformas del sistema de salud, pero que se sienten obligados a asumir un puesto de gestión para defender sus intereses o porque no hay nadie más dispuesto o capaz para asumirlo (Doolin, 2002; Hallier y Forbes, 2004, 2005; McGivern, 2007; Jacobs, 2005; Ham y Dickinson, 2008).

Lo que resulta de todo esto es que, mientras estos estudios han descrito en mayor profundidad las actitudes de los MG hacia la gestión, carecen de un análisis en profundidad suficiente para explicar el porqué de estas diferentes actitudes.

En un intento de ir más allá de estas descripciones sobre las actitudes de los médicos ante la gestión, algunos estudios han tratado de comprender por qué en algunos casos los profesionales se oponen, y en otros cooperan con la lógica de gestión. En el estudio de Lewellyn (2001), por ejemplo, esas diferencias se atribuyen a la estrategia del hospital y a las características del puesto ocupado. Una explicación muy distinta la proporcionan Hallier y Forbes (2005) o Cascón y Hallier (2012), que utilizan la perspectiva de la Identidad Social para explicar las diferencias halladas.

Aunque los estudios de Hallier y Forbes (2005) y Cascón y Hallier (2012) han sido reveladores acerca de cómo las experiencias iniciales de los MG en sus funciones híbridas afectan a su pertenencia grupal, poca o nula ha sido la atención prestada a los significados de las categorías utilizadas por estos médicos para describir qué significa para ellos ser un MG. Así pues, aunque dichos estudios arrojan un poco de luz sobre cómo surgen y se protegen las expectativas iniciales de identidad de los MG, poco se sabe acerca del contenido o el significado de la identidad que tratan de desarrollar o proteger.

Este capítulo trata de cubrir esa carencia mediante un intento de comprender cuál es la identidad de los MG y cómo la desarrollan a través de la construcción de diferentes significados. En lugar de, simplemente, categorizar a los MG basándonos en su predisposición a

asumir responsabilidades de gestión, como han realizado los estudios previos, centrar la atención en los significados proporcionados por los MG a su experiencia de gestión puede constituir una buena ayuda a la hora de comprender mejor sus actitudes hacia la gestión. En definitiva, al explicar cómo y por qué los MG se definen a sí mismos utilizando unas categorías y no otras, se pueden explicar algunos de los resultados hallados a escala agregada en estudios previos sobre las actitudes de los MG.

Aunque se parte del EIS (Haslam, 2001; 2004) para el análisis de los datos obtenidos durante el trabajo de campo, es importante enfatizar aquí el carácter exploratorio e inductivo del estudio que se describe a continuación (Skinner, 1985; Starkey, 1990; Zuboff, 1988). Si bien la investigadora entró en el campo con el objetivo de explorar las percepciones de los MG sobre su función gestora, y con algunas nociones sobre la literatura del mando intermedio, se recurrió al enfoque de la identidad social después de empezar a analizar los datos del trabajo de campo, porque la «identidad» surgió del análisis como la categoría principal para explicar los datos. No obstante, por razones de estructura del capítulo y para facilitar la comprensión del lector, se han presentado las cuestiones teóricas en primer lugar, y no a la inversa como haría justicia al modo en el que se llevó a cabo esta investigación.

El contexto de investigación

La reforma sanitaria del Sistema Nacional de Salud español se inició en 1986 con la aprobación de la Ley 14/1986 General de Sanidad que creaba el Sistema Nacional de Salud y transfería las responsabilidades de los servicios de salud a las 17 comunidades autónomas. Al principio de los años 90 esta reforma se inspiró claramente en la agenda de la Nueva Gestión Pública popularizada en el Reino Unido por el gobierno de Margaret Thatcher, cuyo objetivo principal era mejorar la eficiencia en la provisión de servicios por el sector público (García-Armesto *et alii*, 2010). Como en el caso de la transferencia de responsabilidades, las diferentes comunidades autónomas procedieron a incorporar estas nuevas ideas en sus sistemas de salud a diferentes ritmos. Cataluña fue pionera en este ámbito. Trató de desarrollar iniciativas innovadoras en las diferentes formas de propiedad y gestión

de las organizaciones sanitarias, lo cual convierte el contexto catalán en un estudio de caso extremo, según Eisendhart (1989).

Los cambios se iniciaron en Cataluña con la aprobación parlamentaria de la LOSC en 1990, entre cuyos objetivos se hallaba la separación de la compra y la provisión de los servicios de salud, la introducción de relaciones contractuales entre las partes y la creación de un contexto competitivo en la provisión de los servicios de salud con el objetivo de mejorar su eficiencia (Gallego, 2000). El enfoque catalán de la reforma fue significativo respecto a la cuestión de la transferencia de la lógica del sector privado a la gestión de los hospitales públicos. Esta lógica implicaba el traspaso de las responsabilidades de gestión a los servicios o unidades. En este contexto, la figura del mando intermedio adquiere una importancia crucial para garantizar la eficiencia en la gestión de los servicios sanitarios. Por este motivo, el contexto era ideal (Eisendhart, 1989) para estudiar las percepciones de los MG, quienes habiendo estudiado para ser médicos, tenían que ejercer como gestores.

El estudio se llevó a cabo en dos hospitales universitarios de Cataluña seleccionados por muestreo teórico porque estaban experimentando cambios organizativos impulsados por la lógica de la Nueva Gestión Pública. Con el objetivo de maximizar las oportunidades de comparación, inicialmente se seleccionó un hospital de propiedad privada y gestión pública (Hospital A), y después se seleccionó un hospital de propiedad y gestión públicas (Hospital B).

Procedimiento de investigación y recogida de datos

Este estudio se ha llevado a cabo desde la perspectiva del construccionismo social como paradigma epistemológico, y utilizando *grounded theory* como enfoque metodológico (Glaser y Strauss, 1967). Esta metodología resulta adecuada para el propósito de esta investigación, dado que su objetivo es desarrollar teoría a partir de la comprensión en profundidad sobre cómo los MG construyen su identidad profesional (Locke, 2001).

Siguiendo a Craib (1997), la investigadora reconoce su subjetividad en el proceso y que los resultados presentados no son más que una construcción social de las realidades de los MG del estudio. El trabajo de campo se llevó a cabo a lo largo de doce meses por di-

cha investigadora, una mujer de 27 años. Aunque se presentó como una estudiante de doctorado y economista para ganar acceso a los hospitales en la fase inicial del trabajo de campo, una vez dentro de él se presentaba a sí misma como psicóloga. Esta última categoría le permitió acceder mejor a las confesiones y percepciones de los MG, a sus espacios de intimidad, y ser considerada en algunos casos como una *insider*.

Los datos se recogieron a través de diferentes métodos. El método principal fue la realización de entrevistas en profundidad con 20 de los 34 jefes de servicio, 10 del Hospital A y 10 del Hospital B. Estas entrevistas duraron entre 2 y 4 horas, por lo que en la mayoría de los casos se realizaron en dos ocasiones. Se trató de maximizar las oportunidades de construir teoría diversificando al máximo la muestra teórica por edad, especialidad médica, sexo, antigüedad en el puesto, formación previa en gestión, antigüedad en el hospital y tamaño del servicio en función del personal a cargo. Para asegurar una selección adecuada, las conversaciones informales en los pasillos y espacios comunes y la observación participante fueron de gran ayuda.

Las entrevistas se estructuraron en torno a las siguientes áreas de exploración: cómo se definían a sí mismos en términos profesionales, percepciones de dificultad y experiencias con su rol gestor, contenido del rol gestor, transición de rol y relaciones con la alta dirección y con el personal de su unidad. No obstante este guion de temas, los entrevistados eran libres de plantear cualquier otro tema que consideraran importante respecto a sus experiencias en el puesto. Adicionalmente, la alta dirección de ambos hospitales fue también entrevistada con el objetivo de comparar sus percepciones con las de los mandos intermedios. Los datos analizados en este capítulo pertenecen a un estudio más amplio, en el que se incluyeron también veinte supervisoras.

Otras fuentes de datos utilizadas en esta investigación fueron las notas de observación participante, tomadas mientras se «merodeaba» por el hospital observando las dinámicas que tenían lugar en relación a los intereses de esta investigación, o mientras se acompañaba a los mandos intermedios en su trabajo. Esta fuente de datos fue muy útil para completar el análisis de los datos procedentes de las entrevistas.

Por último, se utilizó documentación adicional sobre cada hospital (noticias, folletos informativos, información de la web, documentos internos de la organización como las descripciones de los pue-

tos de trabajo o los cuestionarios para la evaluación del desempeño), fuentes secundarias que proporcionaron un contexto muy rico para poder comprender mejor los datos procedentes de las entrevistas en profundidad y la observación participante.

Análisis de datos

La investigadora entró en el campo con la intención de responder a las siguientes dos preguntas: ¿cómo perciben sus roles como gestores los mandos intermedios del colectivo médico y de enfermería? y ¿qué factores influyen en dichas percepciones? El análisis de los datos para responder a estas preguntas adoptó el procedimiento definido por Glaser y Strauss (1967) como análisis comparativo constante. Por tanto, la recogida y el análisis de datos no fueron fases independientes sino entrelazadas, de modo que el análisis proporcionaba los criterios para el muestreo teórico y para refinar la construcción de teoría a partir de las categorías identificadas.

Después de una organización inicial de los datos en códigos de primer orden como «definición de sí mismo/a» (por ejemplo, médico), «significado de gestión» (por ejemplo, lejos de la realidad), «significado de la asistencia» (por ejemplo, cerca de la realidad), «dificultades percibidas» (por ejemplo, relaciones con la alta dirección), etc., estos datos se integraron en categorías emergentes, sin perder de vista en todo momento aquellos datos que no se ajustaran a dichas categorías.

De este modo, a medida que se procedió del *open coding* al *axial coding* y *selective coding*, nuestro análisis fue evolucionando para explorar diferencias, matices y propiedades de la identidad profesional como categoría clave que emergió del análisis (Strauss y Corbin, 1998). El siguiente paso fue explorar el motivo de esas diferencias, tratando de identificar relaciones de la Identidad Profesional con otras categorías o atributos como la antigüedad en el puesto, los significados construidos en torno a la gestión y la asistencia, así como las emociones expresadas, con el objetivo de descubrir algún patrón. Fue en este punto cuando la investigadora acudió a la literatura para explorar si el patrón emergente había sido ya explicado o se podía enmarcar en alguna teoría ya existente. El enfoque de la Identidad Social parecía encajar con el patrón descubierto, por lo que se adoptó como marco teórico explicativo.

La investigadora se ayudó del programa NVivo para organizar y codificar los datos recogidos. La explicación construida para estos datos fue validada a través del *feedback* obtenido por jefes de servicio, gerentes y directores de hospital que asistieron a un seminario organizado para ellos en la facultad. Poco después se llevó a cabo un *focus group* con médicos y enfermeras dedicados a la gestión para seguir validando la interpretación de los datos en uno de los módulos del Máster en Gerencia de Entidades Proveedoras de Servicios de Salud, en el que la investigadora imparte docencia.

La identidad profesional de los médicos gestores

Para comprender la identidad de los médicos gestores, en primer lugar se exploró cómo se definían a sí mismos en términos profesionales a través de la siguiente pregunta: «¿cómo se define a sí mismo en términos profesionales? Es decir, cómo completaría la siguiente frase: yo soy...». Dado el énfasis empresarial del sector privado en objetivos comerciales y de negocio, se esperaba hallar una mayor identificación con la gestión en el hospital de gestión privada. Sin embargo, no fue así. Ninguno de los MG se definió a sí mismo como «gestor», independientemente del hospital al que pertenecían. En cambio, sí se definían como miembros de una categoría diferente a la de los directores del hospital y gerencia, a quienes se referían como gestores, y a la de sus colegas clínicos:

En sanitat, eh... els caps de servei no som gestors... Assistencialment, cada metge té la seva funció, el seu paper i... això tothom ho té molt clar, jo crec, lo que ha de fer i la seva funció, en quant a l'assistència directa als pacients, eh? I una altra cosa és lo que ens toca fer a nosaltres, organitzar el servei, les coses del treball, contractació de gent que es necessita, de demanar lo que es necessita, les carències que té, intentar solventar-les, i això és el pont que hi ha entre la direcció mèdica i serveis assistencials, que són els que fan la feina, i el director mèdic... que són els gestors. (Dra. V., HA).

Al afirmar esta nueva identidad, era común para los MG utilizar el término *gestor* únicamente para referirse a la alta dirección y gerencia hospitalarias. No solo no percibían este término como propio, sino que intentaban de forma expresa diferenciarse de *los gestores*, enfati-

zando aquellas características que les diferenciaban de este grupo, y estereotipándolos negativamente. La tabla 1 resume las características que los MG utilizaban para afirmar la superioridad de su identidad profesional frente a los gestores, en términos de los significados asignados a «lo que hacían» en contraposición a la «gestión» realizada por gerencia y dirección médica.

Tabla 1: Significados de rol explicitados al comparar con la «gestión pura».

«Gestión» (Gerencia y Alta dirección hospitalarias)	«Lo que hacemos» (Médicos Gestores)
Lejos de la realidad	Cerca de la realidad
Decisiones basadas en criterios económicos y cuantitativos	Decisiones basadas en criterios clínicos y calidad
Motivación para gestionar basada en oportunismo e intereses políticos	Motivación para gestionar basada en mejorar la atención sanitaria

Antes de pasar a detallar cada uno de esos significados, resulta interesante observar que algunos de ellos ni siquiera aceptaban denominar aquello que hacían con el término *gestión*, tal era la aversión a este término, sino que preferían referirlo como «organizar», «liderar» su servicio o «hacer que las cosas funcionaran»:

¿Podries categoritzar d'aquesta feina del dia a dia, quin percentatge de tasques assistencials fas, de gestió...? [Cortándome en seco]: Assistencial ara actualment no faig gaire, eh? Més que de gestió, canvia, a mi no m'agrada gaire aquesta paraula [hace una mueca de rechazo con la cara], serien organitzatives (Dra. S., HB).

Esta aversión al término *gestión* denotaba un alto componente emocional en la construcción de sus identidades como médicos gestores. En este sentido, los significados asociados a la gestión quedaban impregnados por estas emociones y favorecían el proceso de distinción social positiva en la construcción de su propia identidad y de estereotipación negativa del grupo con el que se comparaban para construir dicha identidad (Haslam, 2004), en este caso «los gestores».

El significado de mayor saturación, es decir, que apareció en todas las entrevistas como rasgo diferenciador de la gestión de «los gestores» versus lo que ellos hacían, fue la distancia-proximidad respecto a la realidad. La importancia de esta característica era tal que se utilizaba como un baremo no únicamente para diferenciar su gestión de la de los gestores, sino también para distinguir entre los buenos y los malos MG. A este respecto, la gestión realizada por la alta gerencia y dirección hospitalarias se definía como alejada de la realidad del día a día asistencial:

Ah!, i la gerència... buf! [resoplido muy significativo, como diciendo «estos»] no sé, aquests sembla que visquin molt allunyats de la realitat, molt... (riendo). *¿I per què?* Perquè... a veure, suposo que estan més en el macromón de la macroeconomia de l'hospital i llavontes... no viuen el dia a dia, no viuen els problemes que tens, és a dir, estan molt allunyats de la base treballadora, és a dir, de l'adjunt, del metge... Estan tancats al seu palau i no se n'enteren de res (Dr. B., HA).

Ese alejamiento de la realidad se describió en términos de reproche y burla hacia la alta dirección y gerencia:

Yo algunas veces he pensado, que si aquí en la planta de ginecología ingresáramos y operáramos a hombres, y no hubiera problemas, no se haría nada, no se haría nada... jamás se los ha visto asomar la nariz por aquí, y de eso... encerrados permanentemente en el despacho pidiendo cosas diversas continuamente, cosas pues, bueno, más o menos... ¡idiotas! (Dr. M., HB).

Esto evidencia que el valor de su identidad como MG residía en la proximidad al proceso asistencial. Estar próximo a la realidad asistencial significaba mantener la actividad asistencial. De modo que aquellos jefes de servicio que no lo hacían eran caracterizados como «malos» MG porque habían perdido su contacto con la realidad para poder gestionar bien:

Un metge que no visita, un metge cirurgia que no opera, eeeh... perd la seva pròpia essència i s'allunya molt de la realitat... quan jo només feia gestió em va donar la sensació que m'allunyava del dia a dia i per això ara com a director d'aquest Servei, a més dos dies a la setmana opero i un dia a la setmana visito al dispensari per tocar de peus a terra (Dr.G., HB).

Para ellos, la gestión hospitalaria no requería unas habilidades determinadas. En cambio, su actividad asistencial sí que requería de un conocimiento especialista. Este conocimiento se percibía como fuente de autoridad para gestionar y para relacionarse con el resto de los profesionales médicos, así como con dirección y gerencia. De hecho, se recurría a esta autoridad para enfatizar su superioridad respecto a «los gestores» que no tenían una especialidad médica:

Las... las direcciones médicas están constituidas por... por personas, de vez en cuando hay la excepción que confirma la regla, ¿eh?, pero por personas que no han seguido la carrera profesional, que como cosa de agarradero, porque de algo hay que vivir, se han agarrado a la gestión y a vivir... Entonces claro, yo me puedo sentar a discutir temas técnicos, no pretendo yo ahora dar lecciones de cómo hay que llevar esto, pero desde luego, lo que no me tiene que contar es como tengo que llevar mi servicio, ¿por qué? A mí esto me lo puede contar otro jefe de servicio y... y claro que yo me puedo equivocar y asumir mis errores, pero no puedo estar discutiendo con una persona, que a los tres minutos de estar... que es lo que antes decía, uno no puede respetar a un mando, no puede respetar de ninguna manera pues a un mando, que te das cuenta a la tercera palabra de que... ¡es que no sabe de qué está hablando! (Dr.T., HB).

Los MG también se distinguían a sí mismos de «los gestores» en cuanto a los criterios en los que basaban sus decisiones. Mientras las decisiones de los gestores se percibían como basadas en criterios de negocio y comerciales, las suyas se basaban en proporcionar la mejor opción asistencial. En este sentido, entraban en conflicto con la dirección por su exceso de énfasis en los criterios económicos y porque sus valores interferían con la provisión asistencial que querían proporcionar. Tal y como un MG comenta:

Cuando subo las escaleras (donde está ubicada gerencia del hospital) me pregunto a mí misma: «¿trabajamos en el mismo hospital? No me lo puedo creer» [ríe]. Tal y como te he dicho no perciben... no estoy segura de si debería decirte esto... [con miedo], pero... la realidad económica que ellos tratan es muy distinta de lo que tú necesitas realmente, y necesitan poner distancia para eliminar ese conflicto. Tienen una visión únicamente financiera de cómo hay que gestionar el hospital, y claro, la ocultan bajo el término «calidad» pero cuando la calidad empieza a tener un precio... entonces vuelven a la lógica de la eficiencia (Dra. F., HA).

En los discursos de los MG, las prioridades clínicas y la eficiencia financiera no eran únicamente irreconciliables como dos aproximaciones distintas para gestionar los hospitales, sino que constituían fuentes muy distintas de poder. En la mirada de los MG, la dirección médica y la gerencia tenían el monedero pero carecían del criterio clínico necesario para tomar las decisiones apropiadas para las necesidades del hospital y los pacientes. Para los MG, el papel de gerencia y dirección era el de proporcionar los recursos económicos necesarios a las unidades para que ellos pudieran desarrollar con éxito su trabajo. Desde su perspectiva, las únicas fuentes legítimas de autoridad en las que basaban su práctica clínica y su gestión de los servicios eran las necesidades del paciente y el conocimiento clínico. Este contraste entre los intereses y prioridades entre los gestores y los MG era utilizado también como una característica de diferenciación para construir su identidad. Sus intereses para gestionar los percibían como totalmente legítimos y basados en la mejora de la unidad, de la asistencia o de la especialidad, mientras que la gestión de los gestores se caracterizaba por estar basada en intereses políticos que desaprobaban.

Sembla que els de dalt estan... en un altre món. Suposo que moltes vegades pensen des del punt de vista pura i exclusivament economicista i per interessos polítics... més que tenint en compte les persones, és a dir... els que fem els xurros som nosaltres, si no t'entens no hi han xurros (Dr. C., HA).

Tomados conjuntamente, estos significados atribuidos a su gestión frente a la de «los gestores» ilustran muy bien lo que Haslam *et alii* (1996) definen como comportamiento de distinción positiva. La construcción de estos significados polarizados permite afianzar una identidad profesional positiva como MG que nace de la exaltación de diferencias respecto a un grupo al que no quieren pertenecer y al que categorizan de forma negativa. Según Turner *et alii* (1987), las percepciones sociales de similitud o diferencia son el producto más importante del proceso de auto-categorización. Y, por tanto, en el proceso de desarrollo de la identidad grupal los miembros pueden acentuar expresamente las diferencias respecto a los grupos con los que se comparan para construir esa identidad, con el objetivo de favorecer su propio estatus y autoestima. De este modo, el estereotipo negativo

de «los gestores» era solo posible porque recurrían a su característica diferencial como especialistas médicos que realizaban práctica asistencial. Era esta característica, ausente en el grupo de comparación, la que convertían en fuente de autoridad.

Jo sóc metge, o sigui el metge per definició i perquè ho sent així és metge, una altra cosa és l'estètica, no? El com ho pintis... si fas gestió o no, quan té el malalt davant el metge fa de metge (Dr. G., HA).

Es decir, los MG basaban su fuente de autoestima al construir su identidad profesional en lo que «eran» (médicos) frente a «lo que hacían» (gestión). Ciertamente, la importancia de ser médico era tal que todos los MG se definieron a sí mismos como médicos por encima de cualquier otra categoría profesional, aunque su trabajo implicara un porcentaje muy bajo de actividad asistencial.

Jo per damunt de tot sóc metge, però has de fer de gestor i has de fer-ho bé. O sigui recursos n'hi ha pocs, n'hi ha molt pocs, molt per sota del que necessaries i llavors els has d'administrar molt bé, llavors és imprescindible que siguis un bon gestor, perquè a vegades has de fer miracles amb aquest recursos (Dr. C., HA).

Si tales comparaciones con gerencia y dirección les servían para construir una identidad social positiva basada en los significados asignados a la gestión, la tabla 2 muestra cómo las principales dificultades y limitaciones de la nueva identidad surgían de la comparación con los significados asignados a la práctica clínica. En concreto, mientras el trabajo asistencial se definía teniendo en cuenta los sentimientos de seguridad, control, claridad, autonomía y confianza que proporcionaba, el trabajo de gestión, por el contrario, se definía en relación con los sentimientos de inseguridad, falta de control, ambigüedad e impotencia.

Tabla 2. Significados de rol explicitados al comparar con la asistencia clínica

<i>«Lo que hacemos» (Médicos Gestores)</i>	<i>Trabajo asistencial (Médicos)</i>
Secundario, puede esperar	Prioritario, no puede esperar
Impredecible, no depende de uno	Predecible, rutinario, que depende de uno mismo
Responsabilidad ilimitada	Responsabilidad limitada

De estos significados, el que provocaba mayor aversión a la gestión era el de ser impredecible y el de su responsabilidad ilimitada:

Eeehhh... no sé, jo li explicaré i ho entendra bé. Eeehhh... jo m'he preparat tota la vida per fer el que faig i... i això em dona una seguretat tremenda! Jo diria que em sento segur, segur... però segur i expert és per això, eh? Ara, també em sento a vegades insegur. Insegur pels temes de gestió, vull dir si no tinc suport darrere aquí em dóna la inseguretat de dir bueno, a veure... ara em truca la... la supervisora, no la meva sinó l'altra supervisora que té un problema d'espai i tot això, llavors ara em sento insegur perquè no m'imagino d'on treuré l'espai perquè arriba un moment que dius bueno, és que no està a les teves mans! (Dr. G., HA).

Estos significados explicaban por qué los MG destinaban más tiempo del requerido, según la definición de sus puestos, al trabajo asistencial, incurriendo en muchos casos en una sobrecarga de funciones. En definitiva, la práctica médica les proporcionaba un sentimiento de seguridad y control que les permitía afrontar y compensar el estrés provocado por significados asignados a la gestión. El trabajo clínico era referido como «un refugio» al que acudir para neutralizar las emociones de ansiedad, impotencia y falta de control derivadas de sus responsabilidades de gestión. En este sentido, el trabajo clínico se convertía en necesario para gestionar, no solo como fuente de auto-ridad, sino también por su efecto emocional compensatorio. Por tanto, el nuevo papel otorgaba a la práctica clínica nuevos significados. Significados que emanaban de la comparación de estas tareas con las tareas de gestión.

Lo que estos hallazgos sugieren es que la incorporación de algunas características de la identidad clínica era esencial para proteger

la autoestima y seguridad de los MG. Los significados asignados al trabajo asistencial y a la gestión explican que se definieran a sí mismos como médicos y no como gestores, de acuerdo con la afirmación de Abrams y Hogg (1999) de que las personas tienden a identificarse con aquellas identidades sociales que protegen su estatus y autoestima. Mantener la identidad clínica, ciertamente, permite proteger dicha autoestima. Así, puede decirse que la construcción de su nueva identidad como MG se trata de una acomodación del nuevo papel gestor a su identidad clínica previa, y no de una asimilación de este rol gestor (Piaget, 1969). En lugar de rechazar su identidad clínica para construir su identidad como gestores, los MG construyeron una versión híbrida de la gestión a partir de acomodar su función como gestor a las características más valoradas de su identidad como clínicos. En términos de la teoría de la transición de rol de Nicholson (1984), los MG de este estudio reflejan una estrategia de ajuste y no una estrategia de desarrollo personal. Es decir, mientras «ser médico» constituye su identidad profesional y se integra en su identidad personal, «ser gestor» constituye simplemente un rol que asumen pero que no integran en su identidad. Así, en lugar de cambiar su identidad como clínicos para adaptarse a su rol como gestores, construyeron un nuevo significado de gestión para acomodarlo a su identidad como clínicos.

Discusión y conclusiones

Para discutir los principales hallazgos presentados en este capítulo, vamos a considerar en primer lugar cómo contribuye este estudio a la comprensión sobre la construcción de la identidad de los MG. En segundo lugar, discutiremos qué aporta dicho conocimiento a la comprensión de las diferentes actitudes de los MG frente a la gestión. Por último, mencionaremos brevemente qué implicaciones se derivan para la gestión sanitaria.

Lo que muestra este estudio, en concreto, es que las identidades profesionales de los MG no son estáticas sino emergentes y discontinuas, tal y como las definen los enfoques narrativos y discursivos en el estudio de la identidad (Alvesson y Willmott, 2002). Durante el proceso de categorización inicial, las experiencias de nuestros MG indican una clara tendencia a anclar la construcción de su nueva identidad en su identidad clínica previa por la seguridad y las emociones positivas

que esta identidad les proporciona. Esta identidad clínica llega a ser tan importante que, aunque se perciben diferentes de «los gestores» y diferentes de los clínicos a los que gestionan, se definen a sí mismos como «médicos», aunque ya no realicen asistencia clínica. Es decir, lo que les diferencia del grupo de clínicos al que gestionan es lo que hacen, es decir, su rol gestor, y no lo que son, su identidad.

La construcción de esta nueva identidad se fundamenta en la construcción de significados de rol que surgen de la comparación con la asistencia clínica y la gestión pura de gerencia y alta dirección. Entre los significados construidos destaca la proximidad a la realidad a través del trabajo asistencial como fuente de su autoridad para gestionar a los clínicos de su unidad y de defensa de sus valores frente a la alta dirección. Este significado ilustra el principio de meta-contraste (Haslam, 2001) a través del cual cualquier médico que realice gestión es percibido más o menos como prototípico, se le valora positiva o negativamente en función de su proximidad a la realidad.

La comprensión del proceso de construcción de su identidad a través de la construcción de los significados atribuidos a la gestión pura y la asistencia clínica ha permitido comprender el desarrollo de sus actitudes ante la gestión, lo que constituye un nuevo paso con respecto a los estudios existentes, que estereotipan la aversión de los médicos hacia la gestión (Dopson, 1994; Bolton, 2003, 2004; Marnock *et alii*, 2000) sin comprender el porqué de esa actitud. Este estudio muestra que las actitudes negativas hacia la gestión forman parte de un proceso de construcción de significado (Weick, 1995) que da sentido a las experiencias iniciales de los MG en su nuevo rol. Por ello, dicha aversión hacia los valores de gestión no es algo que pueda cambiarse con formación en gestión, como la mayoría de las iniciativas en este ámbito parece promover, puesto que no proviene de una falta de conocimiento de las teorías, objetivos y políticas de gestión, sino más bien de algo mucho más profundo como es la identidad y los significados sobre los que se construye. Por ello, la elevada inversión monetaria en programas de formación en *management* por las organizaciones sanitarias no tiene sentido si antes no se incide de forma específica en sus identidades a través de las relaciones con los grupos de referencia mediante los cuales construyen su identidad, y en particular con el grupo que permite construir los significados de gestión, que es el de gerencia y dirección médica.

En este sentido, se recomienda prestar atención a la dimensión «proximidad a la realidad» como clave para desarrollar intervenciones que incidan en las actitudes de los médicos hacia la gestión. En particular, y con el objetivo de que los MG desarrollen significados más positivos acerca de la gestión que precedan a actitudes positivas hacia esta, se recomiendan intervenciones que permitan a los MG percibir a quienes representan la gestión como próximos a la realidad asistencial, ya sea requiriendo una especialidad médica como requisito para estos puestos, ya sea manteniendo un mínimo de práctica asistencial, etc., u otras intervenciones que mejoren la relación de los MG con los que a sus ojos representan «la gestión», gerencia y dirección.

En conclusión, es infrecuente que un estudio desde la perspectiva de la identidad social explore el contenido y los significados de una particular identidad social, en este caso la de los MG. Por lo común, los estudios desde esta perspectiva exploran las relaciones con los grupos de referencia. Por ello, el valor de este estudio reside en que dirige el foco de atención hacia el contenido de la identidad profesional de los MG para poder comprender mejor el proceso de construcción de esta identidad que subyace tras el desarrollo de sus actitudes ante la gestión. Ciertamente, las inferencias conceptuales de este capítulo pretenden que futuros estudios en otras áreas ocupacionales puedan beneficiarse del grado de comprensión logrado en este estudio acerca de cómo los MG construyen su identidad.

Referencias

- ABRAMS, D. y HOGG, M.A. (1999) *Social Identity and Social Cognition*. Oxford: Blackwell Publishers.
- ACKROYD, S. (1996) «Organization contra organizations: professions and organizational change in the United Kingdom». *Organization Studies*, 17 (4): 599-621.
- ADAMS, A.; LUGSDEN, E.; CHASE, J.; ARBER, S. y BOND, S. (2000) «Skill-Mix Changes and Work Intensification in Nursing». *Work, Employment and Society*, 14 (3): 541-555.
- ALVESSON, M. y WILLMOTT, H. (2002) «Producing the appropriate individual. Identity regulation as organizational control». *Journal of Management Studies*, 39 (5): 619-644.

- BACH, S. (2001) «Rolling back the state? Health sector reform and the restructuring of Employment Relations in Europe». *Competition & Change*, 5 (4): 335-354.
- BALDRY, C.; BAIN, P.; TAYLOR, P.; HYMAN, J.; SCHOLARIOS, D.; MARKS, A.; WATSON, A.; GILBERT, K.; GALL, G. y BUNZEL, D. (2007) *The Meaning of Work in the New Economy*. London: Palgrave.
- BOLTON, S.C. (2003) «Multiple roles? Nurses as managers in the NHS». *The International Journal of Public Sector Management*, 16 (2): 122-130.
- BOLTON, S.C. (2004) «A simple matter of control? Hospital nurses and new management». *Journal of Management Studies*, 41 (2): 317-333.
- BOLTON, S.C. y WAY, R. (2007) «Human Resource Management at the negotiating table». *International Journal of Public Sector Management*, 20 (4): 304-311.
- BRUCE, A. y HILL, S. (1994) «Relationships between doctors and managers: the Scottish experience». *Journal of Management in Medicine*, 8 (5): 49-57.
- CASCÓN-PEREIRA, R. y HALLIER, J. (2012) «Getting that certain feeling: the role of emotions in the meaning, construction and enactment of doctor managers' identities». *British Journal of Management*, 23(1): 130-144.
- COHEN, L. y MUSSON, G. (2000) «Entrepreneurial identities: reflections from two case studies». *Organization*, 7 (1): 31-48.
- CRAIB, I. (1997) *Classical Social Theory*. Oxford: Oxford University Press.
- CURRIE, G. y PROCTER, S. (2002) «Impact of MIS/IT upon middle managers: some evidence from the NHS». *New Technology, Work and Employment*, 17 (2): 102-118.
- (2005) «The antecedents of middle managers' strategic contribution: The case of a professional bureaucracy». *Journal of Management Studies*, 42 (7): 1325-1356.
- DENT, M. (1998) «Hospitals and new ways of organising medical work in Europe: standardisation of medicine in the public sector and the future of medical autonomy». En THOMSON, P. y WARHURT, C. (eds.) (1998) *Workplaces of the future*. London: Macmillan.

- DOOLIN, B. (2002) «Enterprise discourse, professional identity and the organizational control of hospital clinicians». *Organization Studies*, 23 (3): 369-390.
- DOPSON, S. (1994) «Management: the one disease consultants did not think existed». *Journal of Management in Medicine*, 8 (3): 26-36.
- EISENHARDT, K.M. (1989) «Building theories from case study research». *Academy of Management Review*, 14 (4): 532-550.
- ELSTON, M.A. (1991) «The politics of professional power: Medicine in a changing health service». En GABE, J.; CALNAN, M. y BURY, M. (eds.) (1991) *The sociology of the health service*. London: Routledge.
- FITZGERALD, L. (1995) «Clinical management: the impact of a changing context on a changing profesión». En LEOPOLD, J.; HUGHES, M. y GLOVER, I. (eds.) (1995) *Beyond reason? The National Health Service and the limits of management*. Aldershot: Avebury.
- FITZGERALD, L. y FERLIE, E. (2000) «Back to the future?» *Human Relations*, 53 (5): 713-739.
- FITZGERALD, L. y STURT, J. (1992) «Clinicians into management: on the change agenda or not?» *Health Services Management Research*, 5 (2): 137-146.
- FLYNN, R. (1992) *Structures of control in health management*. London: Routledge.
- FREIDSON, E. (1994) *Professionalism reborn: Theory, prophesy and policy*. Cambridge: Polity Press.
- GALLEGO, R. (2000) «Introducing purchaser/provider separation in the Catalan health administration: a budget análisis». *Public Administration*, 78(2): 423-442.
- GARCIA-ARMESTO, S.; ABADÍA-TAIRA, M.B.; DURÁN, A.; HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C. y BERNAL-DELGADO, E. (2010) «Spain: Health System Review». *Health Systems in Transition*, 12 (4): 1-295.
- GATRELL, J. y WHITE, T. (1996) «Doctors and management: the development dilemma», *Journal of management in medicine*. 10(2): 6-12.
- GLASER, B.G. y STRAUSS, A.L. (1967) *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- HALLIER, J. y FORBES, T. (2004) «In search of theory development in grounded investigations: Doctors' experiences of managing as an example of fitted and prospective theorizing». *Journal of Management Studies*, 41 (8): 1379-1410.

- HALLIER, J. y FORBES, T. (2005) «The role of social identity in doctors' experiences of clinical managing». *Employee Relations*, 27 (1): 47-70.
- HAM, C. y DICKINSON, H. (2008) «Engaging doctors in leadership: What we can learn from international experience and research evidence». *NHS Institute for Innovation and Improvement*, Warwick, UK.
- HARRISON, S. y POLLITT, C. (1994) *Controlling Health Professionals*. Buckingham: Open University.
- HARRISON, R. y MILLER, S. (1999) «The contribution of clinical directors to the strategic capability of the organization». *British Journal of Management*, 10 (1): 23-39.
- HARRISON, S. y AHMAD, W. (2000) «Medical autonomy and the UK state 1975-2025». *Sociology*, 34 (1): 129-146.
- HASLAM, S.A. (2001) *Psychology in organizations: The social identity approach*. London: Sage Publications Ltd.
- (2004) *Psychology in organizations: The social identity approach*. London: Sage Publications Ltd.
- HASLAM, S.A.; OAKES, P.J.; TURNER, J.C. y MCGARTY, C. (1996) «Social identity, self-categorization and the perceived homogeneity of ingroups and outgroups: the interaction between social motivation and cognition». En SORRENTINO, R.M. y HIGGINS, E.T. (eds.) (1996) *Handbook of motivation and cognition* (Vol.3). New York: Guilford Press.
- HOQUE, K.; DAVIS, S. y HUMPHRIES, M. (2004) «Freedom to do what you are told; senior management team autonomy in an NHS acute Trust». *Public Administration*, 82 (2): 355-376.
- HOOD, C.; SCOTT, C. y JAMES, C. (1999) *Regulation inside government: waste-watchers, quality police and sleaze-busters*. Oxford: Oxford University Press.
- HUNTER, D. (1994) «From tribalism to corporatism: the managerial challenge to medical dominance». En GABE, J.; KELLEHER, D. y WILLIAMS, G. (eds.) (1994) *Challenging Medicine*. London: Routledge.
- JACKSON, A. y LAPSLEY, I. (2003) «The diffusion of accounting practice in the new "managerial" public sector». *International Journal of Public Sector Management*, 16 (5): 359-372.

- JACOBS, K. (2005) «Hybridisation or polarisation: doctors and accounting in the UK, Germany and Italy». *Financial Accountability and Management*, 21 (2): 135-161.
- LEOPOLD, J.; HUGHES, M. y GLOVER, I. (1996) *Beyond reason? The National Health Service and the limits of management*. Aldershot: Avebury.
- LEWELLYN, S. (2001) «Two-way windows: clinicians as medical managers». *Organization Studies*, 22 (4): 593-623.
- Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad (B.O.E. nº 102/1986 de 29-04-1986).
- Llei 15/1990, de 9 de Juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya (D.O.G.C. nº 1324 de 30-7-1990)
- LOCKE, K. (2001) *Grounded Theory in Management Research*. Thousand Oakes, CA: Sage.
- MACDONALD, K.M. (1995) *The sociology of the professions*. London: Sage Publications Ltd.
- MARNOCK, G.; MCKEE, L. y DINNIE, N. (2000) «Between organisations and institutions legitimacy and medical managers». *Public Administration*, 78 (4): 967-987.
- MCCONVILLE, T. y HOLDEN, L. (1999) «The filling in the sandwich: HRM and middle managers in the health sector». *Personnel Review*, 28 (5/6): 406-424.
- MCDONALD, R.; HARRISON, S. y CHECKLAND, K. (2008) «Identity, contract and enterprise in a primary care setting: an English general practice case study». *Organization*, 15 (3): 355-370.
- MCGIVERN, G. (2007) «Strategic and incidental clinicians in management: their identity, role enactment and implications for professional re-stratification». 23rd EGOS Conference in Vienna.
- MCHUGH, M.; JOHNSTON, K., y MCCLELLAND, D. (2007) «HRM and the management of clinicians within the NHS». *International Journal of Public Sector Management*, 20 (4): 314-324.
- NEWMAN, K.; PAYNE, T. y COWLING, A. (1996) «Junior doctors and management: myth and reality». *Health Manpower Management*, 22 (1): 32-38.
- NICHOLSON, N. (1984) «A theory of work role transitions». *Administrative Science Quarterly*, 29 (2): 172-191.
- PIAGET, J. (1969) *El nacimiento de la inteligencia en el niño*. Madrid: Aguilar.

- ONG, B.N. (1998) «Evolving perceptions of clinical management in acute hospitals in England». *British Journal of Management*, 9 (3): 199–210.
- ONG, B.N.; BOADEN, M. y CROPPER, S. (1997) «Analysing the medicine-management interface in acute trusts». *Journal of Management in Medicine*, 11 (2): 90–97.
- REED, M.I. (1996) «Expert Power and control in late modernity: an empirical review and theoretical synthesis». *Organization Studies*, 17 (4): 573–598.
- SKINNER, Q. (1985) *The Return of Grand Theory in the Human Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- STARKEY, K. (1990) «Review essay: studies on transition: meanings and method». *Journal of Management Studies*, 27 (1): 97–110.
- STRAUSS, A. y CORBIN, J. (1998) *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory, Procedures and Techniques*. Newbury Park, CA: Sage.
- TURNER, J.C. (1996) «Henri Tajfel: An Introduction». En ROBINSON, W.P. (Ed.) (1996) *Social Groups and Identities: The Developing Legacy of Henri Tajfel*. Oxford; Butterworth: Heinemann.
- TURNER, J.C.; HOGG, M.A.; OAKES, P.J.; REICHER, S.D. y WETHERELL, M.S. (1987). *Rediscovering the social group: a self-categorization theory*. Oxford: Blackwell.
- WEICK, K.E. (1995) *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks: Sage Publications Ltd.
- WILLCOCKS, S. (1994) «The clinical director in the NHS: Utilising a Role-theory perspectiva». *Journal of Management in Medicine*, 8 (5): 68–76.
- ZUBOFF, S. (1988) *In the age of the smart machine: the future of work and power*. Oxford: Heinemann.

El libro que aquí presentamos es, en gran parte, fruto del VII Coloquio de la Red de Antropología Médica (REDAM). Las distintas aportaciones se encuentran divididas en tres grandes bloques: el primero, en el que se entra de lleno en esta discusión global acerca de los alcances y los límites de la antropología médica y de su colaboración con las metodologías cuantitativas en el campo de la salud, en especial con la epidemiología. El segundo, en que se analizan distintas experiencias de investigación con un especial énfasis en los aspectos metodológicos de las mismas. Y, el tercero, en el que, como no podía ser de otra manera tratándose de los sistemas de salud de nuestras sociedades contemporáneas, se plantea la problemática en el seno de una de sus instituciones principales, como es el hospital.

