

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@hotmail.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 Lynöe, 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 Lynöe, 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 obtenidos<sup>1</sup> (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*<sup>2</sup> (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 Lynöe, 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 acceso<sup>3</sup>.

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.

<sup>3</sup> 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 previsión<sup>4</sup>. 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-

<sup>4</sup> 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.