



ANTROPOLOGÍA DE LA MEDICINA,
METODOLOGÍAS E INTERDISCIPLINARIEDAD:
DE LAS TEORÍA A LAS PRÁCTICAS
ACADÉMICAS Y PROFESIONALES

Oriol Romaní, Cristina Larrea,
José Fernandez (Coordinadora/es)

2

UNA ETNOGRAFIA EN LA ATENCIÓN SANITARIA

MARIBEL BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ

Universidad Rovira i Virgili

La realización de una etnografía en un servicio sanitario me ha dado la oportunidad de pensar acerca de las relaciones de nuestra disciplina con la salud, y concretamente con el modelo biomédico quien organiza la atención sanitaria en nuestra sociedad. A partir de sus propias visiones este modelo hegemónico permite procesos de interdisciplinariedad con otras áreas como la antropología, pero dentro de estas aperturas aparecen numerosas tensiones. Con esta pretensión y teniendo en cuenta que mis aportaciones son resultado de una investigación con unas características peculiares, me animo a compartir algunas ideas que espero que puedan contribuir a ampliar la diversidad de puntos de vista en este simposio.

Las ideas que apporto se agrupan en tres partes, la primera presenta desde donde hablo, lo que tiene que ver con la realización de una etnografía en la atención sanitaria dentro de una institución sanitaria pública. En la segunda parte explico como ha sido una etnografía situada por diferentes motivos, que son una propuesta de cómo se ubica la antropología en la investigación sanitaria. Todo ello permitirá en la última parte describir algunas tensiones que aunque para mi han sido derivadas de mi investigación, considero que son también el reflejo de las diferencias entre la antropología y la práctica sanitaria, y me parece que contribuyen a pensar en formas de dar continuidad a la antropología médica española en la investigación e intervención sanitaria.

1. PRESENTACIÓN DE LA ETNOGRAFÍA

Esta etnografía surge en una institución sanitaria pública, donde estaba trabajando como técnica de investigación en un proyecto con categoría

de antropóloga, y entonces inicié mi tesis doctoral con este estudio. Dentro de la enorme cantidad de situaciones de salud y enfermedad que podrían ser abordados, decidí seleccionar un problema de salud que tuviera un itinerario asistencial ya definido y con cierta trayectoria tanto en la práctica profesional como en el conocimiento de la población. Asimismo me interesaba estudiar la salud de las mujeres, pues en este grupo poblacional aparecen con mayor claridad ciertas ideologías y prácticas que reproducen y se asientan sobre factores socioculturales como el sistema de género. A su vez había otras razones del escenario en el que me encontraba, un centro de investigación, formación y asesoría sanitaria público¹, donde mis preocupaciones tenían que estar articuladas con la Salud Pública. Desde ahí justificar que mi investigación iba a estar centrada en sus funciones clásicas como la promoción y prevención de la salud y evaluación de las políticas sanitarias y, en consonancia con una de las áreas del departamento en salud y género.

Explicar el objeto de estudio, supone visibilizar los procesos de decisión que dan lugar a su construcción. Puesto que el objeto de estudio como tal no aparece en la realidad, sino que nace a raíz de problematizar la atención sanitaria en base a unos presupuestos teóricos, que en mi caso concreto son surgidos desde la antropología y el feminismo. Así, el objeto de estudio existe en la medida en que se observa y analiza desde esta determinada perspectiva. En ese sentido mi objeto ha quedado descrito como el estudio de las ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio de un área sanitaria de la Comunidad de Madrid.

Para iniciarme en este fenómeno empecé a explorar sobre otras etnografías que se hubieran hecho de forma similar. Así me encontré con un grupo numeroso de antropólogas que o bien desde la antropología médica o desde la antropología feminista o desde los estudios de clase o estructura social (Browner, 1990; Rapp, 2001) habían realizado etnografías parecidas a la mía. Aun con diferencias²

¹ Agradezco al Instituto de Salud Carlos III, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, la concesión de una beca predoctoral (Proyecto de investigación SEPY 1233/06) desde el 2003 al 2007.

² La mayoría de estas antropólogas son mujeres y extranjeras, principalmente de EEUU y Gran Bretaña. Esto exige que revisemos estos estudios sin perder de vista los transcurros

sus aportaciones me han servido para situar algunos de nuestros debates actuales sobre la atención sanitaria que reflejé en un artículo (Blázquez, 2005).

Dentro de las diferentes propuestas metodológicas que se realizan dentro del trabajo de campo, he apostado por hacer una observación participante que aunque ha sido acompañada de otras técnicas como el análisis de documentos y entrevistas en profundidad (tanto individuales como grupales), la principal técnica ha sido la observación. Esto me parecía que era una novedad en el campo sanitario que, aunque acostumbrado a la observación como una práctica necesaria para el aprendizaje sanitario (fijense en la cantidad de profesionales acompañados de estudiantes en los actos sanitarios), este tipo de relaciones siempre son asimétricas (pues forman parte de la relación docente-discente) y no tienen como objetivo el análisis de lo que allí se está sucediendo, no hay un entrenamiento ni conocimiento de la técnica, y desde ahí existe poco reconocimiento de la observación por las y los profesionales que la identifican como subjetiva y con poco valor científico. Sin embargo dentro de la antropología y también desde otras experiencias en investigación sanitaria la observación participante tiene una gran importancia pues permite no solo un primer acercamiento a la realidad de estudio, a la forma de trabajo sanitario, a la población sino también por la potencia que tiene para mostrar las contradicciones entre las prácticas, las ideologías y los discursos. Así pues, me he embarcado en una observación participante realizada desde octubre del 2005 y hasta enero del 2008³, en todos los espacios que tenían relación con la atención sanitaria al proceso del embarazo, parto y puerperio en un área sanitaria de Madrid, que son:

diferenciales existentes tanto en lo concerniente a los procesos s/e/a (diferentes sistemas sanitarios, representaciones de la salud y enfermedad,...), al desarrollo de la teoría feminista y de los movimientos de mujeres y su participación en la salud, y por último al asentamiento de la antropología y particularmente de la antropología médica en nuestro país.

³ Aunque el trabajo de campo han sido tres años ha sido discontinuo por la accesibilidad a los contextos de estudio, la organización de la atención sanitaria, las exigencias a participar en otras actividades de la institución financiadora de la investigación y por circunstancias de la propia investigadora.

En el embarazo: en las consultas de seguimiento de los dos centros de especialidades y de los hospitales y en las consultas de atención primaria llevadas por las matronas junto con los cursos de preparación al parto en cuatro centros de salud.

En el parto: en los servicios de urgencias y paritorio de los dos hospitales.

En el puerperio: en las plantas de hospitalización, en las consultas y cursos en atención primaria llevadas por las matronas.

Esta área sanitaria está situada al suroeste de Madrid, y comprende dos grandes municipios donde se alternan tanto población urbana como semirural. La heterogeneidad de la población usuaria de los servicios sanitarios de esta área, es decir, de las mujeres que acuden a la atención sanitaria es tanto de clase social (en cuanto a nivel económico y también educativo), edades, situación de ocupación, de pareja y también de procedencia extranjera.

Desde la antropología, hemos subrayado que los significados de un fenómeno social pueden ser diferentes en función de la diversidad de los actores sociales que tienen relación con el mismo. Con el propósito de visibilizar estos diferentes puntos de vista, y colocándolos todos en un mismo lugar de autoridad en relación a la construcción de la atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio, se han realizado entrevistas tanto a profesionales que prestaban atención sanitaria, por ejemplo auxiliares de enfermería, enfermeras, matronas y ginecólogas⁴, como a mujeres y a sus acompañantes, que han sido parejas masculinas. Además se han realizado contactos y entrevistas con asociaciones de mujeres partidarias del parto en casa, a favor de la lactancia materna y asociaciones de profesionales tanto de ginecología y obstetricia como de matronas. También se han incorporado las visiones procedentes de reuniones con profesionales sanitarios en los que se han debatido sobre la atención sanitaria a este proceso. De manera que en esta etnografía he intentado reunir conjuntamente los discursos y las observaciones de las prácticas de todos estos agentes.

⁴ Hablo de ginecólogas puesto que la mayoría de los profesionales de esta especialidad con los que he contactado han sido mujeres, solo había 5 ginecólogos de un total de 25 profesionales de esta especialidad. En el grupo de matronas ha habido 2 hombres que incluyo como si fueran mujeres y el resto de los grupos profesionales han sido de mujeres.

Esta diversidad nos muestra como las definiciones de este fenómeno están en transformación, y son construidas en relación, aunque entre estos discursos y agentes existen relaciones de poder, y la hegemonía la ocupan aquellos que prestan la atención sanitaria.

Algunos de los resultados de mi etnografía, son aportaciones que he hecho desde la antropología, no desde la Salud Pública, donde se dan por supuestas determinadas dinámicas (del conocimiento que se aplica, de la forma de organizar la atención sanitaria) sin analizar ni las relaciones, significados y efectos que producen en la diversidad de los actores sociales implicados, pues se parte de que su fundamento es en relación a la cobertura de la salud de la población y del incuestionable modelo biomédico.

Un acercamiento de este tipo a la atención sanitaria me ha permitido conocer como en este proceso coexisten diferentes enfoques, que aunque todos ellos anclados en la biología, suponen visiones diferentes de la salud, del cuerpo de las mujeres, de su rol en la atención sanitaria, y del proceso reproductivo. Nombro que hay un enfoque más anclado en el riesgo y la medicalización, frente a otro más centrado en lo fisiológico, en la normalidad del embarazo, parto y puerperio. Aunque parezca y se presenten en ocasiones como antagónicos, considero que comparten algunos lineamientos como la biologización de los procesos de salud y enfermedad, de la salud de las mujeres, ya que la biología sigue siendo el eje para la comprensión de estos procesos aunque en ocasiones se hagan añadidos de los aspectos psicoemocionales y sociales de la salud de las mujeres. Otros aspectos comunes son que comparten la primacía del modelo biomédico en la regulación de las prácticas sanitarias, que aunque realicen críticas a la medicalización de algunos procesos, es el conocimiento biomédico y la evidencia científica el regulador de los conocimientos sanitarios⁵. Así el control sanitario se sigue presentando como el principal sistema de atención para salvaguardar y garantizar la salud de la población, y desde ahí crece su poder y autoridad y la exclusión de otros sistemas y formas de atención,

⁵ Debo enfatizar que mi etnografía ha sido desde los servicios sanitarios y ciertos discursos no son visibles allí aunque existan y tengamos constancia por otras etnografías como Montes (2007) e Imaz (2008).

saberes y grupos que parten de otras definiciones de la salud. El enfoque fisiológico aunque cuestiona al enfoque de riesgo que se centra el productivismo de la reproducción (Tabet, 1985), no revisa ni plantea alternativas a esta visión donde prima una lógica económica capitalista preocupada por la producción, el producto y organización científica del proceso sanitario. Esta pluralidad de enfoques se traduce en una diversidad de prácticas sanitarias, según el enfoque que prime en cada contexto sanitario y también en relación a las concepciones sobre las relaciones sanitarias y la participación de la población usuaria en su salud y en la atención sanitaria.

Además habría otros enfoques que surgen desde las relaciones de género, y construyen a las usuarias de estos procesos no como mujeres sino como madres, cuya misión es la reproducción, de lo que en parte Jesús de Miguel (1979) nos había introducido, pero que son ideologías que siguen presentes y se anclan en otros argumentos tanto por parte de las mujeres como de las profesionales. De igual forma aparece la centralidad de los fetos, que se convierten en sujetos con derechos y con la misma individualidad que sus madres, dando lugar a muchas tensiones que son relatadas por las mujeres. Y desde hace poco, asistimos a la promoción de la participación de los hombres en los embarazos, partos, en el puerperio y la crianza bajo diferentes argumentos según los sujetos a los que escuchamos, pero la novedad radica en que los hombres no habían sido convocados como actualmente a participar en la reproducción.

Estos y otros temas de los que doy cuenta en mi tesis, sirven para visibilizar las relaciones de poder que tienen lugar en la atención sanitaria, y las respuestas que principalmente las visiones no hegemónicas y las mujeres dan a las mismas.

Desde estos breves apuntes y desde nuestras posiciones etnográficas como traductoras privilegiadas de estos acontecimientos cotidianos de las vidas de las mujeres de nuestra sociedad, se pueden describir los cambios y continuidades que aparecen en la atención sanitaria y apoyar como decía Martín (1987), a que los hechos de resistencia de las mujeres en los procesos de atención a su salud sexual y reproductiva dejen de ser fragmentos de una rebelión para conseguir abrir fracturas que produzcan cambios y otros horizontes hacia la

igualdad en la atención sanitaria.

2. UNA ETNOGRAFÍA SITUADA

La selección de un objeto de estudio, las preguntas que una se hace sobre el mismo, las formas de abordaje, los contextos etnográficos y, las y los actores participantes, surgen en mi caso a partir de un proceso consciente de intentar articular mis intereses y trayectoria personal (en la investigación sociosanitaria y en la salud de las mujeres) con el escenario donde me encontraba. Este escenario está formado a nivel macro por una institución sanitaria pública que trabaja en Salud Pública tanto realizando investigación como formación y asesorías. Y a nivel micro por encontrarme en un departamento donde había experiencias previas en proyectos de investigación con profesionales de antropología y con cierta apertura al menos a priori a otras formas de entender estos procesos.

Desde estas coordenadas fui construyendo mi objeto de estudio, en consonancia con el lugar donde estaba y que me iba a financiar la investigación, y también con mis preocupaciones antropológicas. Esta encrucijada entre los intereses sanitarios y antropológicos se advierte en la definición de los objetivos de mi investigación, desde la Salud Pública se buscan más los resultados prácticos, la aplicabilidad en la atención sanitaria y por tanto en la práctica. Esta exigencia considero nos vuelve a recordar que la participación de otras disciplinas en la salud es factible en la medida que contribuyen a resolver problemas de salud y otras cuestiones bien de índole teórica o metodológica son secundarias, puesto que prima la acción, no la reflexión. En cambio en la antropología, y máxime dentro de una tesis doctoral, hay una mayor preocupación por la teoría, aunque también por su articulación con la práctica. Para responder a ambas realidades establecí que uno de mis objetivos se iba a dirigir a estudiar la atención sanitaria visibilizando las ideologías y prácticas de los diferentes actores sociales, con sus divergencias y relaciones asimétricas y, el otro objetivo en hacer propuestas que contribuyesen a la mejora de la atención sanitaria.

Mi investigación ha tenido que mostrar y demostrar cuáles son sus vinculaciones y aportaciones con la Salud Pública, para ello he tenido

que primero, conocer y dominar las lógicas y los códigos conceptuales, normativos, lingüísticos, etc de este campo. Y después, traducir los conceptos, discursos y métodos antropológicos a dicho campo, y de la misma forma hacer que la teoría de género sea perceptible, tanto a la Salud Pública como a la propia Antropología Médica. Defiendo que establecer estos puentes no es por empeño de la investigadora, sino porque las problemáticas que aparecen en la atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio, tienen múltiples dimensiones y para su análisis, comprensión y manejo se requieren, desde mi forma de entender, de estos subcampos (antropología, salud pública y feminismo).

Una investigación además se perfila a partir de las características propias de la persona que realiza la investigación. Las cuales tienen que ver tanto con los procesos de formación como con la procedencia y pertenencia a una institución sanitaria. Igualmente con unas disposiciones derivadas de unas experiencias y opiniones sobre ser acompañante y usuaria del sistema sanitario, y del ser una mujer, de una determinada clase, joven que le condiciona las decisiones, emociones e interacciones con el escenario, con el objeto de estudio, como así me ha sucedido con determinados sujetos del grupo de profesionales sanitarios dónde la edad y la formación han jugado un papel importante, con los hombres parejas de las mujeres usuarias dónde el sexo/género ha determinada la relación y con las usuarias dónde las experiencias previas sobre el embarazo, parto y puerperio han influido en mi reconocimiento. Y así yo, la persona que investiga también se ha convertido en sujeta de estudio, que aporta, coloca, la información y cuyo capital también se modifica, refuerza y cuestiona a través del trabajo de campo.

Faye Ginsburg (2004) nos habla de cómo situarnos cuando uno aborda problemas en los cuales las investigadoras están comprometidas, no sólo por el extrañamiento que una puede perder ante un fenómeno cultural propio, conocido, experimentado, sobre el que parece que ya se ha dicho todo, pero dónde quizá es oportuno su desnaturalización, y dónde se requiere la distinción entre el punto de vista de la población y el de la persona que investiga. Esta cuestión ha sido denominada también como hacer antropología en casa, en el sentido de estudiar fenómenos socioculturales de nuestros propios contextos, de los que

formamos parte del universo de estudio, y esta dualidad habremos de aprender a manejarla entre las facilidades para comprender el punto ético de la población, el conocimiento de la comunidad, las facilidades en la accesibilidad al campo y a las personas, pero cómo mantenerse y no imponer su propio de vista, compartir e interpretar sin dar nada por supuesto y distinguir las variaciones en los discursos y en las prácticas, y la diversidad del objeto de estudio.

Además la etnografía está situada⁶ dentro de una determinada forma de acceder al campo de trabajo, que ha apostado por una investigación no encubierta en la institución sanitaria. He querido visibilizar el derecho de otras disciplinas a participar en la investigación sanitaria, con otras preguntas de estudio y otras metodologías. He seguido el circuito normalizado de las investigaciones sanitarias, buscando además de este reconocimiento y normalización de estas investigaciones, el acceso a la realidad con permiso, con la aprobación de los circuitos de control y seguimiento, y con la oportunidad de poder nombrar el origen y el contexto de estudio. Aunque esto me haya supuesto un alargamiento de mis tiempos del trabajo de campo, un desgaste en otros procesos que tenían que ver con la burocracia, la entrega de una bata o uniforme según los espacios sanitarios, la obligación de ir con una tarjeta identificativa que me situaba más en el rol de sanitaria que de alguien ajeno a la atención sanitaria, la obligación de realizar consentimientos informados escritos durante la observación participante además de con las otras técnicas, la firma de un contrato con un tiempo y un horario de acceso y la aceptación de ciertas reglas como no consultar las historias clínicas y otros documentos sanitarios. Desde todas estas condiciones impuestas (elegidas o no) se ha configurado mi etnografía que me ha permitido tener unos alcances y no otros, pero que son experiencias que espero que sirvan para comprender como vamos haciendo antropología en la salud.

⁶ Estas condiciones me han supuesto numerosas tensiones presentadas en otras ocasiones (Blázquez, 2006).

3. TENSIONES DE UNA ETNOGRAFÍA

Mi punto de partida ha sido adoptar una posición que Didier Fassin (1999: 54) denomina antropología implicada que interviene y quiere contribuir con el objeto de estudio, mediante la mejora de los servicios sanitarios, la praxis sanitaria, la promoción de un mayor control de la población sobre su salud,... pero manteniendo una distancia epistemológica que le permita una actitud crítica tanto sobre su objeto de estudio, como sobre su propia práctica antropológica. Hay un compromiso con la realidad estudiada, que busca participar en la construcción de los cambios y que cree que a través de la investigación se pueden abrir procesos de transformación (tanto en la institución sanitaria como en la población). Además esta convicción ideológica y ética contribuye a dar sentido a lo que una hace, y aunque se encuentre inmersa más en el ámbito teórico, de construcción de la intervención sanitaria, no se olvide que el trabajo tiene que servir para algo y para alguien.

Sin embargo hay una primera tensión que a veces se supera, pero sigue latente, y es no perder de vista que el modelo de atención sanitaria hegemónico tiene el control sobre la atención sanitaria y es quien regula el qué y el cómo de lo que se hace. A pesar de que ha habido una apertura de integrar otras disciplinas, teorías⁷ y métodos como la investigación cualitativa en la salud. En la práctica he encontrado que la presencia de personal de antropología o si quieren procedente del ámbito de las ciencias sociales, se observa como complementario, de apoyo, en determinados problemas de salud, para la utilización de determinadas metodologías, pero el eje central tanto del conocimiento como de la práctica sigue siendo el modelo biomédico, que establece una determinada manera de intervenir en las formas de concebir y atender los procesos de salud y enfermedad, de

⁷ Como ejemplo me resultó llamativo en una reunión de mi institución que hubiera médicos que hablasen de la enfermedad distinguiendo entre *illnes*, *disease* y *sickness*. Cuando pregunté cuales eran los autores en que se basaban me señalaron a médicos desconocidos para mí desde mi formación antropológica, yo comenté que desde la antropología se había hecho esta distinción anteriormente. Su respuesta fue que podría ser pero que no eran médicos. Esta situación me hizo constatar, como en numerosas ocasiones he comprobado, como el conocimiento biomédico se construye a partir de sus propios profesionales (médicos), sus propias fuentes (revistas biomédicas) y todo aquello que no se halle en estas áreas se invisibiliza y cuando aparece se desvaloriza.

producir el conocimiento sobre estos procesos y de orientar la investigación. En ese sentido, he constatado como cada vez emerge con mayor fuerza el modelo de la evidencia científica como el sistema objetivo y verdadero para orientar el trabajo sanitario.

A pesar de que la práctica sanitaria sea en muchas ocasiones un espacio cargado de constricciones para introducir otros conceptos, métodos y enfoques, simultáneamente es un espacio privilegiado para otras acciones como puede ser la observación y el análisis de los fenómenos de salud, para la metainvestigación sanitaria, pero a su vez, para ir adquiriendo posiciones de avance de la antropología, que permitan tomar decisiones, iniciar movimientos centrífugos para la transformación social, etc. Estas posiciones no son fáciles suponen numerosas asunciones, concesiones y contradicciones para poder intervenir y hacerse un hueco, y en esa forma de estar, mientras tanto se participa en la perpetuación de ciertas dinámicas sanitarias con las que no se está de acuerdo. Este dilema nos aproxima a las posiciones de otros antropólogos sobre si se puede practicar una antropología médica crítica al interior del modelo biomédico hegemónico o es éste tan poderoso, que al final, mina las voluntades, apropiándose de ellas y haciéndolas parte de sí misma sin que se produzcan más cambios que aquellos que no supongan el cuestionamiento de sus bases.

La hegemonía del paradigma biomédico se hace evidente ante preguntas y cuestionamientos sobre la etnografía en cuanto a su diseño abierto, sin hipótesis a refutar, sobre el ir y venir de la recogida de información al análisis, la representatividad de la muestra, la validez del estudio, la aplicabilidad de sus resultados,... Lo que refleja tanto un desconocimiento de la antropología y de las ciencias sociales en general, de la etnografía y de la investigación cualitativa en particular, pero también la demanda de mimetizar todas las prácticas tanto formativas, investigadoras y de intervención al campo sanitario establecido y a su propia lógica. En este proceso la aparición de determinados enfoques cualitativos, el uso de algunas técnicas como las entrevistas, la observación y los grupos de discusión desde una perspectiva positivista, que mide sus resultados por la frecuencia de aparición de determinados discursos, que fundamentan su validez en la repetición de los discursos, en la realización de entrevistas cerradas y muestras poblacionales numerosas, los análisis que

descontextualizan los discursos y donde los verbatim son la pieza clave de los resultados, como algunos ejemplo que he ido viendo en este tiempo, creo que no ayudan a integrar otras visiones, a superar la dicotomía cuantitativo frente a cualitativo y a comprender finalmente la complejidad de la realidad en que hay sucesos que aparecen, y que solo pueden ser aprehensibles de otras maneras.

Existen otros dilemas que no quiero dejar de comentar como lo relacionado con establecer modos de ser reconocida y el reconocimiento de la investigación por parte de la población de estudio. Introducirse en el ámbito sanitario, estando presente en los “actos clínicos” supone que una sea reconocida en la mayoría de las situaciones como estudiante de alguna de las disciplinas de la salud, quienes constituyen los intrusos habituales de la atención sanitaria. Por tanto se veía que mi trabajo de tomar notas, escuchar, ver, tenía que ver con aprender. El personal sanitario me ha explicado procesos clínicos, me ha dado consejos sobre las formas de atender, etc y la población me ha preguntado como sanitaria, pidiéndome consejos, diagnósticos. Aunque una explicita verbalmente lo que hace y para qué, estas son las asignaciones normales y requiere un tiempo que la población te perciba de otra manera y se revierta la asimetría en ambas relaciones. Con respecto al personal sanitario encima eres de una disciplina no reconocida dentro del ámbito sanitario, y desde una perspectiva cualitativa, que tampoco es considerada. Para la población todo esto es más indiferente, lo que quieren es alguien más que medie en sus procesos sanitarios y te utilizan más como un transmisor de sus quejas y sugerencias sobre el funcionamiento de la atención sanitaria, más allá del objeto de estudio⁸.

Otra tensión se deriva de las formas de intervenir en la realidad, ya que la propia investigación es una forma de intervención, además de construyendo discursos sobre la población y el objeto de estudio, también desde que la acción de la persona investigadora incide en la

⁸ En muchas entrevistas a las mujeres y sus parejas cuando preguntaba sobre qué aspectos mejorarían. Yo dentro de que habíamos estado hablando de la atención sanitaria durante su embarazo, parto y puerperio, suponía que sus propuestas estarían en relación con estas experiencias. Sin embargo la primera de las demandas que me hacían era que no hubiera lista de espera, a lo que yo en algunos casos les tenía que remitir a si existía lista de espera en el embarazo.

vida y en la acción de las personas sujetos de estudio. A veces simplemente al hacerles protagonistas, al hacerles preguntas y suscitarles su reflexión, pero también cuando se es testigo de muchos procesos de comunicación dónde hay tensiones derivadas de las condiciones en que se dan estas interacciones (poco tiempo para ver a las pacientes, resolución sólo de problemáticas biomédicas, asimetría en la relación, burocracia en la atención, sistema de citas,...) En mi caso hago una apuesta por la intervención, pues no soy ajena a lo que sucede, soy testigo de este encuadre dónde hay malentendidos, confusiones y se ejercita el poder de la institución sanitaria para controlar las vidas de las personas. He intentado hacerme consciente de esta tendencia, y he ido intentando explicitarla y manejarla.

Habría más tensiones que serán abordadas en mi tesis, pero todas ellas se complican cuando además mi posición busca e interpreta desde el feminismo intentando avanzar en modelos más relacionales que ayuden a entender mejor la salud de las mujeres (como es en este caso) pero también de los hombres (Esteban, 2007).

BIBLIOGRAFÍA

BLAZQUEZ, Maribel (2006) “Luces y sombras luces y sombras de la antropología en la salud pública: el caso de una etnografía situada en el ámbito sanitario” En: *VII Congreso de antropología aplicada*: Santander, 13 al 15 diciembre de 2006. No publicado.

BLAZQUEZ, Maribel (2005) "Aproximación a la Antropología de la Reproducción", *Revista AIBR* 42, Disponible a 16 de septiembre de 2005 en: www.plazamayor.net/antropologia/42jul/articulos/jul0506.pdf

BROWNER, Carole. SARGENT, Carolyn (1990) “Anthropology and Studies of Human Reproduction” in C. SARGENT; T. JOHNSON (eds.) *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. New York: Praeger.

ESTEBAN, Mari Luz (2007) “Antropología, sistema médico-científico y desigualdades de género en salud” en ML ESTEBAN (ed) *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*, Asociación Defensa Salud Pública País Vasco.

DE MIGUEL, Jesús (1979) *El mito de la inmaculada concepción*, Barcelona, Anagrama.

FASSIN, Didier (1999) “L’anthropologie entre engagement et distanciation” en C. BECKER; JP DOZON; C. OBBO; M. TOURE, M. *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, Karthala.

GINSBURG, Faye (2004) “Cuando los nativos son nuestros vecinos” en: M. BOIVIN; ROSATO, A; ARRIBAS, V. *Constructores de otredad*. Buenos Aires, Eudeba. Disponible a 15 de noviembre de 2006 en: http://www.antropologiasyc106.com.ar/constructores/25cap4_ginsburg.pdf

IMAZ, Elixabete (2008) *Mujeres gestantes, madres en gestación. Representaciones, modelos y experiencias en el tránsito a la maternidad de las mujeres vascas contemporáneas*. Tesis doctoral en Antropología Social y Cultural. Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU).

MARTIN, Emily (1987) *The Woman in the Body*, Boston, Beacon Press.

MONTES, Chus (2007) *Las culturas del nacimiento: Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Tesis doctoral en Antropología Social y Cultural. Tarragona, Departament d’Antropologia, Filosofia i Treball Social. Universitat Rovira i Virgili.

NAROTZKY, Susana. (1995) *Mujer, mujeres y género*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

OAKLEY, Ann (1981) *Subject Women*, Oxford, Martin Robertson.

TABET, Paola (1985) “Fertilité naturelle, reproduction forcé” en N. Mathieu (Ed.) *L’Arraïsonnement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*. Paris, Editions de l’Ecole des hautes Etudes en Sciences Sociales.

RAPP, Rayna (2001) “Gender, Body, Biomedicine: How Some Feminist Concerns Dragged Reproduction to the Center of Social Theory”, *Medical Anthropological Quarterly* 15 (4): 466-77.