

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**CARRERA DE ANTROPOLOGÍA**



**TESIS DE GRADO**

**ARTICULANDO MÚLTIPLES SIGNIFICADOS:  
CONSTRUCCIONES CULTURALES DE ANEMIAS EN  
DIFERENTES ESCENARIOS DEL HOSPITAL ILLIMANI  
DE LA CIUDAD DE EL ALTO, BOLIVIA, 2006-2007**

**POR: YVONNE LUCILLE GOODSON**  
**TUTORA DE TESIS: DRA. SUSANNA RANCE**

**LA PAZ – BOLIVIA**

**2008**

## Resumen

Hoy en día, en Bolivia, los médicos que trabajan en los establecimientos de salud del Estado recetan tabletas de sulfato ferroso a mujeres embarazadas y en etapa de puerperio, como parte de la Estrategia de Micronutrientes del Programa Nacional de Desnutrición Cero. De esa manera, mientras se proporciona un tratamiento claramente definido para la anemia, se está definiendo la enfermedad en los mismos términos; es decir, como una carencia de hierro.

En la presente investigación, busco deconstruir la realidad objetiva sobre la anemia y las respuestas farmacéuticas para tratarla. En ese sentido, desarrollo un estudio que articula los múltiples significados de la anemia y aplico el concepto de una patología como construcción cultural, lo cual parte de la idea de que “las categorías de enfermedades son (...) creadas por seres humanos en contextos sociales y momentos particulares” (Lindenbaum y Lock 1993:3).<sup>1</sup> Siguiendo esa perspectiva, describo y analizo las construcciones de la anemia en tres escenarios del Hospital Illimani, un hospital estatal ubicado en la ciudad de El Alto, Bolivia. Dichos escenarios son la sala de espera de consulta externa, el laboratorio y el área de internación, los cuales me sirvieron para organizar mi discusión sobre las construcciones culturales armadas por un conjunto de actores sociales ligados a ese centro hospitalario.

En la sala de espera, estudié cómo las mujeres usuarias construían la anemia a través de la categoría “hacer pasar el hambre”. No era que esas mujeres no comían bien, como sostenían varios miembros del personal de salud del Hospital Illimani, sino que había momentos y contextos en los cuales directamente no comían; es decir, decidían “hacer pasar el hambre”.

En el laboratorio del Hospital Illimani, pude conocer cómo se trabajaba con la sangre como un objeto de conocimiento científico. El desarrollo de una capacidad especial para ver la sangre, la habilidad para distinguir diferencias sutiles entre distintas muestras de sangre y la medición de la sangre en unidades minúsculas fueron elementos importantes en las construcciones culturales de la anemia en esa sección del hospital.

En el área de internación, analicé un episodio clínico conflictivo relacionado con una transfusión de sangre recetada para un caso de anemia. Por medio de él, pude discutir cómo se configuraba una

---

<sup>1</sup> Hago las aclaraciones sobre aspectos de la elección del tema y del lugar así como sobre el abordaje de la tesis en base a mi reflexión sobre un comentario que hizo la Lic. María Dolores Castro como miembro del tribunal que revisó el borrador de esta tesis.

mutua acusación y falta de entendimiento entre tres mujeres usuarias, dos ginecólogos y una enfermera de planta del Hospital Illimani. El método polifónico de Mikhail M. Bakhtin me ayudó a resaltar la “*pluralidad de voces y conciencias*”<sup>2</sup> (Bakhtin 1984:6, citado en Shotter 1992a:17) en torno a dicho caso.

Un abordaje de la anemia a partir de la etnografía y de los estudios sociales de las ciencias me permitió establecer una igualdad epistemológica entre las múltiples construcciones culturales de esa enfermedad, las cuales no se limitaban a informar la ignorancia de las mujeres usuarias o a culpar a los médicos del centro hospitalario.

---

<sup>2</sup> Énfasis del original.

# ÍNDICE

	<b>Página</b>
Guía de claves de anotación en las transcripciones de los apuntes de campo	xii
Lista de personas que colaboraron con la investigación	xiii
Lista de siglas, de acrónimos y de abreviaciones	xiv
<b>Capítulo 1: Introducción</b>	<b>1</b>
1.1. Justificación	2
1.2. Contexto local del estudio	7
1.3. Mi autoubicación como investigadora	12
1.3.1. Fases de acercamiento al problema	15
1.4. Preguntas de investigación	18
<b>Capítulo 2: Consideraciones teóricas</b>	<b>22</b>
2.1. Construcción cultural	22
2.1.1. Construcción cultural de las enfermedades andinas	24
2.1.2. Construcción cultural de las patologías biomédicas	26
2.2. Construcción de significados a través de los símbolos	30
2.3. Estudios sociales de las ciencias	35
2.3.1. Estudios de laboratorio	36
<b>Capítulo 3: Estrategias metodológicas</b>	<b>38</b>
3.1. Enfoque etnográfico	42
3.2. Teorías que guiaron el trabajo empírico y de análisis	44
3.2.1. Enfoque progresivo	44
3.2.2. Teoría fundamentada	46
3.3. Teorías que guiaron el análisis de los datos	49
3.3.1. Método autobiográfico	49
3.3.2. Método polifónico	50
3.4. Diseño etnográfico y técnicas metodológicas	52
3.4.1. Escenarios del trabajo de campo	53
3.4.2. Base de datos	54
3.5. Relaciones de campo	57

3.5.1. Reubicándome dentro de las relaciones de campo	58
3.6. Dilemas y decisiones éticas	60
3.6.1. Consentimiento informado	61
3.6.2. Confidencialidad con los sujetos de la investigación	64
<b>Capítulo 4: “Hacer pasar el hambre”</b>	66
4.1. El caso de Lucía: La anemia y el “hacer pasar el hambre”	67
4.1.1. Ser mujer fértil y el rol como enferma	69
4.1.2. El rol como enferma relacionado con la anemia	71
4.2. Comportamientos económicos relacionados con la anemia: “Haciendo pasar el hambre” en la calle	76
4.2.1. El caso de Willy: Un esposo, padre y trabajador que no hacía pasar el hambre	82
4.3. Jerarquías al momento de servir la comida	85
4.3.1. Un esposo y padre como organizador de las comidas	90
<b>Capítulo 5: Desarrollando un ojo para la anemia: Construcciones culturales de la enfermedad desde el laboratorio</b>	94
5.1. Viendo la sangre en unidades minúsculas	94
5.2. Trabajando con la sangre	96
5.3. Analizando mi propia sangre	99
5.4. Aprendiendo a ver la anemia en la sangre	102
5.4.1. Un momento frente al microscopio	104
<b>Capítulo 6: El caso de la cama 37: La mutua acusación y falta de entendimiento</b>	107
6.1. Reconstruyendo un caso clínico	109
6.1.1. Mi autoubicación como investigadora	112
6.2. Un <i>dossier</i> de la anemia	113
6.3. Plasmando la igualdad epistemológica: Las versiones de tres mujeres usuarias	115
6.3.1. Una madre hospitalizada también debe “ser para otros”	116
6.4. Informando la ignorancia: Las versiones de dos ginecólogos de planta	116
6.4.1. Subestimando a las pacientes: La explicación de una enfermera	119
6.5. Un análisis simbólico del caso de la cama 37	119
6.6. Relatos simétricos y asimétricos	122

6.6.1. Aplicando las lecciones del caso de la cama 37 a otros casos clínicos	126
<b>Capítulo 7: Conclusiones y recomendaciones</b>	<b>129</b>
7.1. Conclusiones	129
7.1.1. ¿Cómo construyen culturalmente la anemia las mujeres atendidas en la consulta externa del Hospital Illimani a través de la categoría “hacer pasar el hambre”?	131
7.1.2. ¿De qué manera construyen el diagnóstico de la anemia el personal de laboratorio del Hospital Illimani?	133
7.1.3. ¿Cómo se configura una mutua acusación y falta de entendimiento entre un grupo de mujeres usuarias, una licenciada de enfermería y dos médicos de turno en torno a dos tratamientos para la anemia?	133
7.2. Algunas recomendaciones para futuros estudios	138
7.2.1. Políticas sanitarias	138
7.2.2. Formación de profesionales de salud	139

**Articulando múltiples significados: Construcciones culturales de anemias en diferentes escenarios del Hospital Illimani de la ciudad de El Alto, Bolivia**

**CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN**

El día miércoles 16 de mayo de 2007, a horas 19:00, me subí a un minibús en la zona Cerro Pampa de la ciudad de El Alto, Bolivia.<sup>3</sup> Me acomodé en el último asiento del vehículo. La voceadora estaba en la primera fila, ocupando el sitio junto a la ventana, con su bebé de menos de un año envuelto en frazadas. Cuando el chofer paró el minibús para que un pasajero se bajara, decidí cambiarme al asiento de adelante, al lado del conductor, para que la madre pudiera estar más cerca de su bebé, para cuidarlo. En ese momento, esto fue lo que pasó:<sup>4</sup>

Sr. A: Apura, apura. (Dirigiéndose a la voceadora.)

Sra. B: Es que, la señorita...

Y: Reñime a mí. (Yo quería cambiar de asiento.) A ella no la riñas. (El esposo rió, pero no sé si con mi chiste causé más problemas a su esposa o si hubiera sido mejor no decir nada.)

Otro día, el viernes 11 de mayo de 2007, a horas 14:30, me subí a un minibús en el desvío a Cerro Alto, en la Ceja de la ciudad de El Alto. El conductor y la voceadora estaban discutiendo, entre chiste y chiste; un pasajero también intervino en la discusión:<sup>5</sup>

(El minibús no arrancaba.)

Sr. C: ¡Empuja pues!

Sra. D: ¿Cómo voy a empujar? Te he dicho que no recojas pasajeros...

Sr. C: Pero vos empuja.

Sra. D: Yo voy a manejar, vos vas a venir a empujar... (Riendo.)

P: ¡Así no vamos a llegar nunca!

(Seguían recogiendo pasajeros. El Sr. C arrancó el minibús antes de que la Sra. D entrara.)

Sra. D: Oye... me vas dejar atrás. (Tono de voz más alto, riendo.)

---

<sup>3</sup> Véase el mapa de Bolivia en el anexo 1, para apreciar la ubicación de la ciudad de El Alto.

<sup>4</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo, cinco horas después de la interacción entre mi persona (Y), el minibusero, el señor Amaru (Sr. A), y su esposa y voceadora, la señora Beatriz (Sra. B).

<sup>5</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo, inmediatamente después de la interacción entre el minibusero, el señor Carlos (Sr. C), y su esposa y voceadora, la señora Delia (Sra. D) y un pasajero (P).

En mi opinión, la Sra. D lideraba el intercambio: no iba a empujar el minibús y reñía a su esposo por haber recogido pasajeros. En comparación con la Sra. B, de la primera cita, la Sra. D no era sumisa ante su esposo-jefe.

Empiezo la tesis citando los anteriores intercambios entre voceadoras-esposas y conductores-esposos de la ciudad de El Alto para ilustrar cómo las construcciones de la anemia se configuran en múltiples contextos.

Una de las mujeres con quien hablé en la sala de espera del Hospital Illimani (Lucía) me contó que su anemia se había desarrollado en el contexto de trabajo con su esposo, en un minibús. De esa manera, Lucía transportó la anemia al pequeño mundo cultural dentro del vehículo, articulando aspectos de su contexto laboral y de las relaciones de género y de patrón/empleador a su construcción cultural de la anemia. El intercambio con Lucía llegó a formar una parte central del primer capítulo de hallazgos (“Hacer pasar el hambre”).

Esta investigación trata de las nuevas maneras de entender la anemia. Sin embargo, a medida que fui avanzando en el estudio, mi propia comprensión de la anemia fue cambiando. En efecto, inicialmente, tomé a la anemia como una categoría real y como el punto central del trabajo. Luego, me dejé llevar por los contextos cambiantes de los relatos que me contaban los sujetos de la investigación. Fue de ese modo que llegué a comprender que el mundo sociocultural dentro de un minibús, así como el trabajo, las peleas y los chistes que se producen en su interior, están tan relacionados con la anemia como los niveles de hemoglobina<sup>6</sup> en la sangre de una persona.<sup>7</sup>

### **1.1. Justificación**

De acuerdo con la publicación *Análisis de salud: Bolivia 2004*, del Ministerio de Salud y Deportes, “Uno de los problemas en la mujer embarazada es la anemia” (Ministerio de Salud y Deportes 2006:53).<sup>8 y 9</sup> En ese documento, se mencionan datos de la Encuesta Nacional de Demografía y

---

<sup>6</sup> La hemoglobina es un pigmento rojo que da color a los hematíes o glóbulos rojos de la sangre y proporciona el oxígeno que las células necesitan para respirar; contiene el hierro de la sangre. (En [www.definicion.org](http://www.definicion.org), 29 de marzo de 2008.)

<sup>7</sup> Véase los gráficos 1 y 2 en el inciso 1.2. (“Contexto local del estudio”) para apreciar de manera gráfica como fue cambiando mi comprensión de la anemia a lo largo de la investigación.

Clarifiqué algunos puntos de este párrafo en base a mi reflexión sobre un comentario realizado por la licenciada María Dolores Castro como miembro del tribunal que revisó el borrador de esta tesis.

<sup>8</sup> Según la Norma Boliviana de Salud “Atención a la mujer y al recién nacido en puestos de salud, centros de salud y hospitales de distrito”, un nivel entre 11,4 gramos por decilitro (g/dl) y 14,4 g/dl de hemoglobina representa una anemia moderada, mientras que un nivel por debajo de 11,4 g/dl de hemoglobina significa anemia severa. Tales valores son aplicables a la ciudad de El Alto, considerando su altitud de 3800 metros

Salud (ENDSA), para demostrar cómo la preponderancia de la anemia a nivel nacional se incrementó de 27,9% a 35,8%, comparando las gestiones 1998 y 2003 (ENDSA 2003:228, citado en Ministerio de Salud y Deportes 2006:53).

Las normativas del Programa Nacional de Desnutrición Cero y del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)<sup>10</sup> también hacen alusión al tema de la anemia. Sin embargo, la anemia es un tema que preocupa al Ministerio de Salud y Deportes en varios aspectos de la salud y no solamente en lo que se refiere a la salud manterno-infantil. En ese marco, cito algunas normativas relativas a las enfermedades de tuberculosis, al mal de Chagas y a la malaria que también están relacionadas con la anemia. En el Área estratégica de vigilancia y control de la malaria, la anemia es citada como uno de los efectos secundarios de dicha patología, de preocupación especial para la mujer embarazada.<sup>11</sup> En el Programa Nacional de Chagas, se plantea que niños y niñas con desnutrición o anemia severa no pueden ser tratados, dado que esas condiciones son contraindicaciones para el tratamiento del mal de Chagas (Ministerio de Salud y Deportes 2007:42). En el Programa Nacional de Control de Tuberculosis, no se hace una referencia específica a los temas de la desnutrición o de la anemia, pero esos temas sí forman parte de los materiales educativos de prevención y de orientación al paciente, los cuales señalan la importancia de una buena alimentación para evitar la transmisión de la tuberculosis (Ministerio de Salud y Deportes 2008).

Pese a la amplia gama de políticas referida a la anemia, para el personal de salud y para los gestores de políticas públicas en salud con quienes interactué, la anemia es un problema mayormente de las mujeres embarazadas y de los niños menores de cinco años. Entre esos actores clínico-institucionales, identifiqué dos maneras predominantes de definir el problema de la anemia:

- a) La anemia como un problema nutricional, con la lógica de que las mujeres embarazadas no se alimentan bien y, por ende, no alimentan bien a sus hijos tanto cuando están dentro del vientre como cuando nacen.

---

sobre el nivel del mar (Ministerio de Desarrollo Humano-Secretaría Nacional de Salud - SNS y Mother Care Bolivia 1996:77).

<sup>9</sup> Planteo estas aclaraciones en base a mi reflexión sobre un comentario realizado por la licenciada María Dolores Castro como miembro del tribunal que revisó el borrador de esta tesis.

<sup>10</sup> Este seguro es otorgado por el Estado boliviano para la atención médica gratuita de mujeres embarazadas y de niños menores de cinco años. De igual modo, cubre a las mujeres hasta seis meses después del parto.

<sup>11</sup> Descripción basada en una conversación que sostuve con el doctor Juan Carlos Arraya, responsable del Área estratégica de vigilancia y control de la malaria, el jueves 21 de agosto de 2008, de 15:05 a 15:15, aproximadamente, en su oficina ubicada en la Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud y Deportes.

b) La anemia como un problema de falta de educación debido al cual las mujeres embarazadas no entienden por qué deben tomar las tabletas de sulfato ferroso<sup>12</sup> y, por tanto, la necesidad de enseñarles que la anemia, si no es tratada, puede producir una pérdida excesiva de sangre en el momento del parto o en el caso de complicaciones durante el embarazo.<sup>13</sup> Dicha situación está ligada a las altas tasas de mortalidad materna en Bolivia. La estrategia general de recetar tabletas de sulfato ferroso a todas las mujeres embarazadas que acuden a los establecimientos de salud del Estado está dirigida, justamente, a reducir los casos de hemorragia.

Una suposición central de esta tesis es que, según los proveedores de salud del Hospital Illimani, las mujeres usuarias no se alimentan bien y tampoco alimentan bien a sus hijos, debido a que no saben cómo alimentarse. Construí ese hallazgo a partir de numerosos intercambios que tuve en el centro hospitalario, donde los médicos, las enfermeras y la nutricionista explicaban a las mujeres usuarias qué debían comer, citando alimentos como la espinaca, el brócoli, el hígado y la carne roja. Sin embargo, es posible que el no “alimentarse bien” este relacionado con una insuficiencia de alimentos y no con no saber comer. Por tanto, sería bueno, en un estudio futuro, ampliar la indagación sobre qué significa “alimentarse bien” o qué significa una buena alimentación para los proveedores de salud del Hospital Illimani o de alguna otra institución sanitaria en Bolivia. Conocer más sobre las construcciones del personal de salud respecto a la buena alimentación ayudaría a generar un diálogo más abierto sobre ese tema entre profesionales de salud y científicos sociales.<sup>14</sup>

Antes de proseguir, quisiera hacer un paréntesis para aclarar mi tratamiento de los discursos de los proveedores de salud en esta investigación. Si bien los discursos sobre la anemia del personal de salud que trabajaba en el Hospital Illimani fueron variables, no di prioridad a sus construcciones culturales ni en el trabajo empírico ni en el trabajo de análisis. Ciertamente, prioricé la configuración de la anemia en los diferentes escenarios del centro hospitalario. En la etapa de escritura de esta tesis, me di cuenta de que, a veces, juntaba a todo el personal de salubridad en un grupo genérico, mientras que en otros momentos trataba de señalar diferencias entre los diferentes

---

<sup>12</sup> Uno de los componentes centrales de la estrategia de Mother Care Bolivia, una organización que trabajó el tema de la anemia entre mujeres embarazadas a fines de la década de 1990, con el financiamiento de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), fue el mercadeo social de las tabletas de sulfato ferroso.

<sup>13</sup> Un estudio que trata este tema, desde un punto de vista clínico, es *Situación y manejo de la anemia durante el trabajo de parto, en embarazadas de término, en el Hospital La Paz, de diciembre 2003 a abril 2004* (Ugalde Castro 2004).

<sup>14</sup> Hago esta aclaración en base a mi reflexión sobre un comentario realizado por la licenciada María Dolores Castro como miembro del tribunal que revisó el borrador de esta tesis.

grupos dentro de la categoría del personal de salud. En todo caso, reconozco que mi tratamiento de las construcciones de la anemia por parte de los diferentes profesionales de salud podría ser profundizado.

Hubiera sido interesante explorar, por ejemplo, que decían las enfermeras y la nutricionista del hospital sobre la anemia.<sup>15</sup> A pesar de que tuve contacto con esas personas a lo largo del trabajo de campo, no otorgué prioridad a sus intervenciones en las fases de la transcripción, de codificación y de análisis de los datos. En ese sentido, en un estudio futuro, sería valioso analizar específicamente las construcciones de la anemia de los diferentes profesionales de salud, tanto en el contexto del centro hospitalario como en otros contextos.

En esta investigación, planteo la anemia como un problema del hambre y como una enfermedad sociocultural de la sangre. Sin embargo, como se alude en los discursos de los proveedores de salud, con quienes interactué en el Hospital Illimani, en el estudio surgieron otras explicaciones para la anemia desde un enfoque biomédico, como por ejemplo: una anemia que puede ser medida mediante la determinación del nivel de hemoglobina en la sangre o un problema que puede ser evaluado a través de un estudio cuantitativo de las historias clínicas de las mujeres atendidas en el hospital y diagnosticadas con anemia. No digo que tales explicaciones de la anemia sean erradas. Más bien reconozco su validez y su coherencia desde un enfoque biomédico y a partir de formación académica en ciencias de la salud. No obstante, mi diagnóstico de la anemia no surge de las historias clínicas o del valor de la hemoglobina en la sangre.

La utilidad de esta investigación radica en salir del enfoque clínico-epidemiológico de la enfermedad para incorporar factores socioculturales y económicos a través de una metodología etnográfica. Esta mirada hacia la ciencia, la medicina y la enfermedad me permite enfocar el problema de la anemia de una manera distinta a la de trabajos anteriores sobre el tema.

Al plantear un estudio que busca articular los múltiples significados de la anemia, propongo deconstruir la realidad objetiva sobre la anemia y las respuestas farmacéuticas para tratarla. En esa dirección, para abordar ese tema, me situé en un hospital materno infantil de la ciudad de El Alto. Dicha elección se debió, en gran medida, a mi situación de trabajo, tal como explico en los puntos 1.3. (“Mi autoubicación como investigadora”) y 1.3.1. (“Fases de acercamiento al problema”).

---

<sup>15</sup> Hago esta aclaración en base a mi reflexión sobre un comentario realizado por la licenciada María Dolores Castro como miembro del tribunal que revisó el borrador de esta tesis. La sugerencia de la licenciada Castro también apuntaba a tener en cuenta las construcciones de la anemia de los profesionales de salud fuera del centro hospitalario donde se realizó el trabajo de campo.

Realicé la investigación en dos etapas, como describo en el capítulo 3 (“Estrategias metodológicas”). En ese capítulo, desarrollo la importancia de una etapa inicial, seguida por un periodo de transcripción, de codificación y de análisis de los datos, a fin de volver al campo en una etapa de validación. Además de los elementos metodológicos mencionados, en mi motivación de abordar el tema de esta tesis, también influyeron aspectos teóricos.<sup>16</sup>

En la bibliografía boliviana, no encontré muchos trabajos sobre la construcción cultural de una patología biomédica. Sin embargo, sí existe abundante bibliografía sobre las construcciones culturales de patologías en el campo de la medicina tradicional. Es el caso de los estudios sobre las enfermedades *larpha*<sup>17</sup> u *orejo*<sup>18</sup> (Michaux 1994 y Castellón Quiroga 1997), aire o *wayra*<sup>19</sup> (Fernández Juárez 1999, Alba Fernández 1994, Castellón Quiroga 1997) y susto<sup>20</sup> (Fernández Juárez 2004 y Rösing 1993).

En la bibliografía extranjera, en cambio, sí encontré ejemplos del análisis de una patología biomédica como objeto de estudio, entre ellos, sobre el asma (Prout 1996<sup>21</sup> y Willems 1998), la arteriosclerosis (Mol 1998),<sup>22</sup> la infertilidad (Cussins 1998) e incluso la anemia (Mol 1999). Esos trabajos se ubican en la frontera entre la antropología médica y la sociología médica, en un campo denominado estudios sociales de las ciencias (Knorr Cetina y Mulkay 1983, y Nader 1996), y ayudan a estimular preguntas acerca de las relaciones sociales, de las instituciones y de las

---

<sup>16</sup> Hago esta aclaración en base a mi reflexión sobre los comentarios realizados por la magister en Ciencias Aurora Bellido Gómez y por la licenciada María Dolores Castro como miembros del tribunal que revisó el borrador de esta tesis.

<sup>17</sup> Utilizo letras cursivas para identificar palabras de otro idioma o para enfatizar palabras o frases en español.

<sup>18</sup> *Larpha* u *orejo* es una enfermedad infantil definida en el campo de la medicina tradicional como una diarrea resistente a cualquier tratamiento médico; es causada por el mal olor de un cuerpo en descomposición que la madre hubiera cruzado de manera fortuita al pasar cerca de un cementerio o de un basural, cuando esperaba familia (Michaux 1994:47).

<sup>19</sup> Según Juan José Alba Fernández (1996), en un estudio sobre los recursos tradicionales de salud en comunidades quechuas, *wayra* significa aire o viento. Como enfermedad en el campo de la medicina tradicional, es causada por un viento maligno que pasa por la persona afectada (Alba Fernández 1996:90) y puede ocasionar dolores de cabeza y/o de barriga, vómitos y torceduras de la boca (Castellón Quiroga 1997:208).

<sup>20</sup> El susto es “Un síndrome cultural que (...) viene propiciado por una fuerte impresión que desencadena la pérdida de una de las entidades anímicas que conforman el alma humano” (Fernández Juárez 1999:93).

<sup>21</sup> Alan Prout fue catedrático de la Carrera de Sociología y Antropología Social en la Universidad de Keele cuando escribió este artículo.

<sup>22</sup> Annemarie Mol, oriunda de Holanda, etnógrafa y filósofa. En su libro *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice [El cuerpo múltiple: La ontología en la práctica médica]*, hace uso de la antropología médica siendo este texto un requisito para la materia “Introducción a los estudios de la ciencia y tecnología” del posgrado en la Carrera de Antropología de la Universidad de Rice. En [www.wikipedia.org/Annemarie\\_Mol](http://www.wikipedia.org/Annemarie_Mol), 29 de abril de 2008; [www.lnhv.nl/index.php?page=18&sub=7](http://www.lnhv.nl/index.php?page=18&sub=7), 29 de abril de 2008; y <http://smatter.rice.edu/455.2004/syllabus.html>, 29 de abril de 2008.

cuestiones de poder, vinculadas con un estudio social de la enfermedad, de la salud y de la construcción del conocimiento científico. En el campo de la antropología médica, también existen algunos estudios sobre patologías como una construcción cultural, como los relacionados con los trastornos de estrés postraumático (Young 1993), a la neurastenia (Kleinman 1980), a la esquizofrenia (Estroff 1993) y al mal de Chagas (Briceño-León 1993).

En Bolivia, algunos trabajos de esa índole en el campo de los estudios sociales de las ciencias son los referidos al aborto (Rance 2003 y Rance 2005a), al parto y a la salud perinatal (Bradby y Murphy-Lawless 2005, y Taller de Historia y Participación de la Mujer - TAHIPAMU 2003), y al cáncer cervical (Ministerio de Salud y Previsión Social, EngenderHealth, Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud - OMS 2002).<sup>23</sup> No obstante, aún existe un vacío analítico en el cual se podría ajustar una investigación sobre la anemia como una construcción cultural.

Por medio de esta investigación, busco llenar ese vacío, aportando desde la antropología médica crítica a las políticas y a las acciones en el sector de salud, así como a la formación del personal de salubridad. En ese sentido, pretendo contribuir al diálogo entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud con hallazgos que surgieron de una metodología etnográfica y cualitativa. Profundizo esta discusión en el capítulo 6 (“El caso de la cama 37: La mutua acusación y falta de entendimiento”), en el cual abordo algunos métodos específicos para trabajar conjuntamente entre científicos sociales y personal médico.

## **1.2. Contexto local del estudio**

Realicé mi investigación en el Hospital Illimani, un centro hospitalario en la ciudad de El Alto,<sup>24</sup> donde mayormente se atiende a mujeres usuarias que se benefician con el SUMI. Este hospital atiende las 24 horas del día y cuenta con 41 camas destinadas a maternidad, dos a cirugía y 17 a pediatría, según los datos del Colegio Médico Regional El Alto (2006:58) sobre las camas hospitalarias en la red pública de salud del país.

Llevé a cabo mi trabajo de campo en dicho hospital durante seis meses, de mayo a septiembre de 2006 y de julio a agosto de 2007. Empecé con una etapa de observación en la sala de espera de

---

<sup>23</sup> María Dolores Castro (2001), catedrática de la Carrera de Antropología de la UMSA, contribuyó al estudio del Ministerio de Salud y Previsión Social, EngenderHealth y OPS/OMS con el documento *Evaluación de la situación de cáncer de cuello uterino en Bolivia: Revisión bibliográfica*.

<sup>24</sup> Véase el mapa de los distritos de salud de la ciudad de El Alto en el anexo 2, para apreciar la organización de los distritos sanitarios y la distribución de los establecimientos de salud en esa ciudad de Bolivia.

consulta externa, durante las visitas médicas en el área de internación, en las salas de parto y de parto, y en el laboratorio. Esto me llevó a una segunda etapa de entrevistas con el personal de salud, con estudiantes de medicina y de enfermería, con mujeres usuarias y con sus familiares y sus acompañantes. Fui ajustando mis preguntas de investigación según iba transcurriendo mi trabajo de campo, en una ida y vuelta entre los datos empíricos, las reflexiones personales y las búsquedas bibliográficas.

Inicialmente, me interesaba conocer la situación de las mujeres usuarias embarazadas o en etapa de posparto. Retrospectivamente, atribuyo esa elección a los parámetros establecidos por el SUMI y por la Estrategia de Micronutrientes,<sup>25</sup> los cuales están orientados a ese grupo de población. Sin embargo, a medida que fui avanzando en mi trabajo de campo, también fui expandiendo mi universo de estudio para incluir a otras mujeres con anemia. En ese sentido, mi investigación también incluye a mujeres no embarazadas y a mujeres en fase de poscesárea y de posaborto.

Pierre Bourdieu (2000) plantea que no elegimos un tema al azar, sino en función del contexto académico, político, social y económico en el cual estamos ubicados como investigadores. Así mismo, Bourdieu sostiene que un investigador debe reflexionar sobre el contexto en el cual está ubicado. A este tipo de reflexión, Bourdieu denomina “la objetivación participante”. A continuación, cito una aseveración del autor al respecto (2000:5):

Lo que tiene que ser objetivado, entonces, no es el antropólogo realizando el análisis antropológico de un mundo ajeno a él, sino el mundo social que ha hecho tanto el social, sus membresías y creencias sociales y religiosas, género, edad, nacionalidad, etc., sino también, y esto es lo más importante, su posición particular dentro del microcosmos de los y las antropólogos/as. De hecho, ha sido científicamente comprobado que sus elecciones científicas más decisivas (de tema, método, teoría, etc.) dependen estrechamente del sitio que ella (o él) ocupa dentro de su universo profesional.

En mi caso, reconozco que el lugar donde decidí realizar la investigación influyó en la construcción cultural del objeto de estudio; determinó, por ejemplo, mi trabajo con mujeres y embarazadas, y no con otros sectores de la población. Además, el hecho de ubicar el estudio en un centro hospitalario,

---

<sup>25</sup> Esta estrategia es una iniciativa del Ministerio de Salud y Deportes que forma parte del Programa Nacional de Desnutrición Cero. Tiene la finalidad de disminuir los niveles de desnutrición y de anemia en las mujeres embarazadas y en los niños menores de cinco años, a través de la dotación de suplementos nutricionales.

hizo que relacione bastante la anemia con el tema de la reproducción. Sin embargo, a medida que fui avanzando en mi investigación, traté siempre de desafiar la noción de la mujer exclusivamente como madre. En efecto, no sólo indagué sobre las anemias de las mujeres embarazadas, sino que las mujeres no embarazadas y las mujeres cuyos embarazos no terminaron en un parto también formaron parte de la investigación. De igual modo, reconozco que de haber realizado el estudio a partir de una permanencia en una zona de la ciudad de El Alto, probablemente hubiera abordado el tema de la anemia con una gama más amplia de la población. En ese sentido, se puede argumentar que la investigación está más vinculada con la necesidad de aportar a las políticas públicas que a la población misma.<sup>26</sup>

En base a las políticas destinadas a la anemia, los médicos del servicio de consulta externa y del área de internación del Hospital Illimani recetaban permanentemente tabletas de sulfato ferroso a las mujeres embarazadas y en etapa de posparto atendidas en el establecimiento de salud. Sustentaban esa decisión en el convencimiento médico de que la anemia está basada en la carencia de hierro. La doctora Dávalos, médico de planta de dicho hospital, a tiempo de describirme la resistencia de las mujeres usuarias a consumir las tabletas de sulfato ferroso y de afirmar que ellas no entendían lo que pasaba, hizo el siguiente comentario: “No saben su importancia... (Por eso las mujeres usuarias no toman las pastillas.) Tenemos que enseñarles la importancia”.<sup>27</sup>

Algunas de las mujeres que conocí en el Hospital Illimani me explicaron las razones por las cuales se resistían a tomar las pastillas de sulfato ferroso. Una de ellas (Señora Heidi) me contó que su amiga había tomado las tabletas durante el embarazo y que su bebé había nacido con un dedo de la mano más corto que los otros. Otras mujeres, entre ellas la Sra. Ignacia, me explicaron que tomaban hierbas para curar cualquier enfermedad o que confiaban en que Dios las iba a mantener saludables. Para esas mujeres, el problema no era la anemia, sino las tabletas de sulfato ferroso.

---

<sup>26</sup> A pesar de haber reconocido la influencia del lugar del estudio en la construcción cultural del objeto de la investigación, no apliqué la reflexión que propone Bourdieu (2000) a la autorreflexión sobre mi trabajo, mi estudio y mi origen nacional, ni a cómo influyeron en la formulación de este proyecto investigativo. Si bien considero importante reflexionar sobre cómo mi historia personal forma parte de un contexto académico, político, social y económico más amplio, no es una reflexión que profundizo en este estudio. Realizo estas aclaraciones en base a mi reflexión sobre un comentario que hizo la licenciada María Dolores Castro como miembro del tribunal que revisó el borrador de esta tesis.

<sup>27</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo, el 21 de abril de 2006, a horas 12:15, en el momento de la interacción entre mi persona, la doctora Dávalos, pediatra, y el doctor Quispe, ginecólogo, en el área de consulta externa del Hospital Illimani. En este documento, todas las citas referentes a una interacción con la doctora Dávalos y con el doctor Quispe corresponden a esta misma conversación.

Encuentro cierta concordancia entre las posturas anteriores y el comentario que me hizo una investigadora en ciencias sociales, (Jhovana) quien en una conversación que sostuvimos sobre mi investigación me contó su experiencia con los suplementos nutricionales proporcionados por el SUMI, en este caso las gotas de ferrazol: “[Son] asquerosas. Ésas no se las toma nadie”.<sup>28</sup>

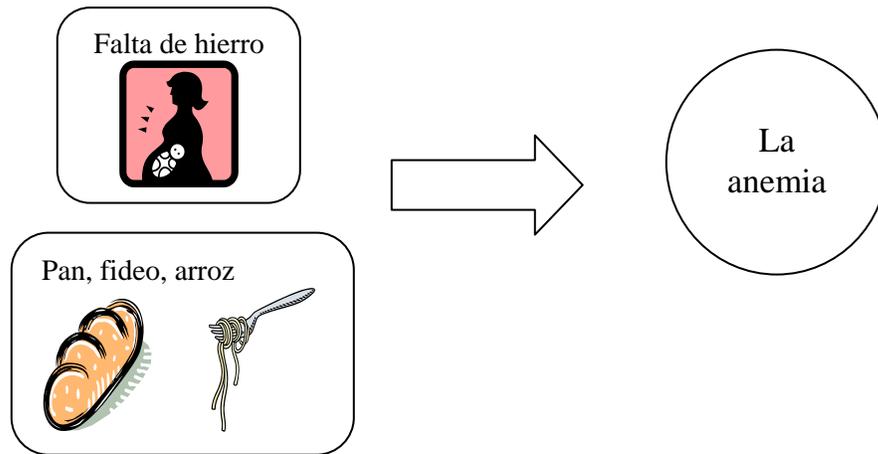
Sin embargo, en este trabajo no trato de responder a las preguntas de los médicos, es decir, a por qué las mujeres usuarias no toman las tabletas de sulfato ferroso. Al contrario, planteo otras maneras de entender y de enfocar la anemia. En ese sentido, en el primer capítulo de hallazgos, exploro la resistencia de combatir la anemia con suplementos nutricionales mediante el análisis de la categoría “hacer pasar el hambre”. Para ello, analizo cómo la decisión de no comer está relacionada con las condiciones de trabajo y con las relaciones familiares y de género, al igual que con la generación de ingresos económicos. Además de ser un problema de hambre y de (des)nutrición, la anemia también es una enfermedad de la sangre. En consecuencia, la categoría de la anemia como enfermedad de la sangre surgió empíricamente como una transversal de la tesis. En el segundo capítulo, discuto las construcciones de la anemia en el laboratorio del Hospital Illimani. En el último capítulo, explico cómo la sangre destinada a una transfusión articuló los relatos de tres mujeres usuarias, de una enfermera y de dos ginecólogos de planta, en un episodio hospitalario que refleja la falta de entendimiento mutua entre los diferentes actores.

Para ilustrar la visión amplia que asumí en relación a la anemia, a continuación incluyo dos gráficos que demuestran como fueron cambiando mi comprensión de la anemia y del objeto de estudio a lo largo de la investigación.

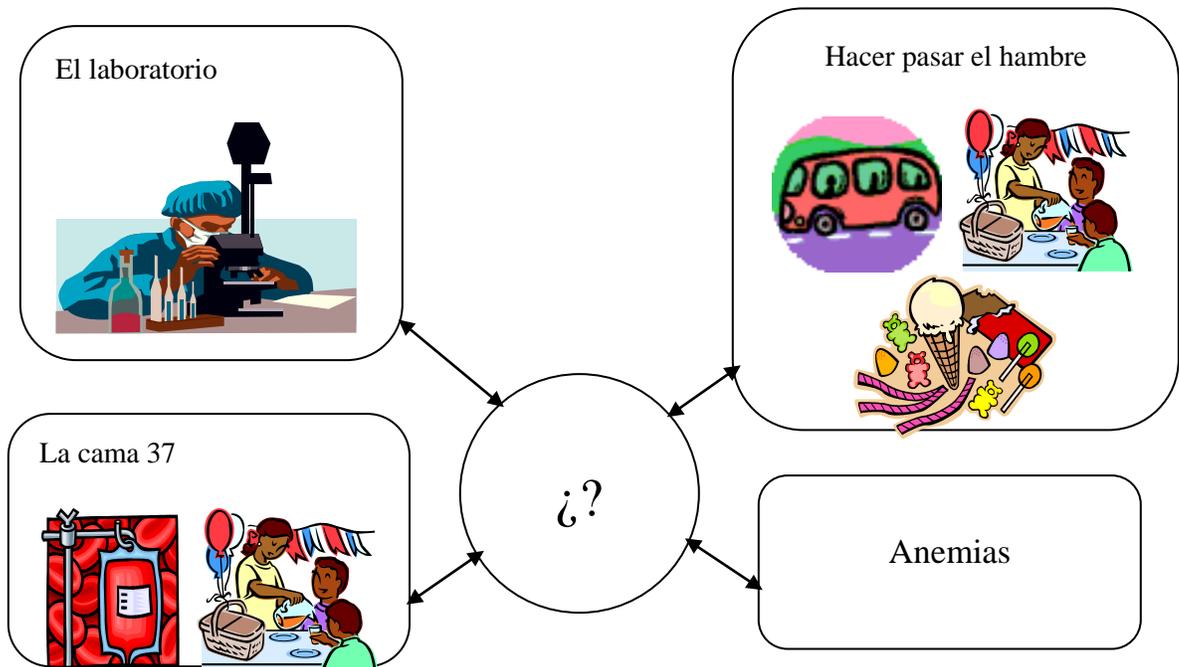
---

<sup>28</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo, el jueves 4 de mayo de 2006, de 17:30 a 17:55, en el atrio del Monoblock de la UMSA, en el momento de la conversación entre mi persona y una investigadora en ciencias sociales que trabajaba en dicha universidad.

**Gráfico 1: Mi comprensión de la anemia *al inicio* de la investigación**



**Gráfico 2: Mi comprensión de la anemia *al final* de la investigación**



Fuente de los gráficos 1 y 2: Elaboración propia con insumos de los siguientes textos, “Attitudinal and discursive approaches to language”, una sección de la Introducción de *Changing Voices: Abortion Talk in Bolivian Medical Settings* (Rance 2003:6) y “Unfolding discourse analysis”, capítulo 2 de *Discourse and Social Psychology: Beyond Attitudes and Behaviour* (Potter y Wetherell 1987:32-55).

Como demuestro en el gráfico 1, al iniciar el estudio, trazaba una relación causal entre la alimentación y la anemia. Además asociaba la enfermedad casi exclusivamente con mujeres embarazadas, en gran parte debido a mi decisión de realizar la investigación en un establecimiento de de salud del Estado y debido a que las políticas sanitarias para la anemia implementadas en ese centro hospitalario fueron dirigidas exclusivamente a mujeres embarazadas y en puerperio y a niños menores a cinco años. La anemia concebida como una patología biomédica se constituyó en el objeto de estudio y entendí ese objeto como algo “abstracto e idealizado” [*abstract and idealized*] (Potter y Wetherell 1987:54).

Segun fue transcurriendo la investigación, la anemia como objeto de estudio central fue desplazada por otros temas que cobraron mayor interés. En ese sentido, la anemia me llevó a explorar otros temas para hacer una lectura no solamente médica de la enfermedad. En comparación al inicio de la investigación, al final ya no concibo un objeto de estudio fijo e inmutable sino un “objeto [que] puede ser constituido de maneras alternativas”<sup>29</sup> (Potter y Wetherell 1987:54). La noción de un objeto de estudio múltiple y negociable, simbolizado por los puntos interrogatorios como se muestra al centro del gráfico 2, forma la base de mi análisis de la anemia como una construcción cultural.<sup>30</sup>

### **1.3. Mi autoubicación como investigadora**

Según Judith Aldridge, “Especialmente en la investigación cuantitativa, tradicionalmente se espera que todo rasgo de la producción y del/de la productor/a sea borrado de la redacción del relato de investigación” (Aldridge 1993:54, citado en Rance y Salinas Mulder 2001:18). Sin embargo, no busco borrar del texto para sostener una neutralidad artificial. Me parece más preciso ubicarme en el texto para demostrar cómo estuve involucrada en el desarrollo del tema de investigación, en el espacio donde realicé el estudio y con las personas que me colaboraron.

Volviendo al trabajo de Susanna Rance y Silvia Salinas Mulder,<sup>31</sup> rescato la justificación de las autoras para el método de la autoubicación (2001:18):

---

<sup>29</sup> Traducción propia. Texto original en inglés: “object can be constituted in alternative ways” (Potter y Wetherell 1987:54).

<sup>30</sup> Hago estas aclaraciones sobre la construcción del objeto de estudio en base a mi reflexión sobre los comentarios realizados por la magister en Ciencias Aurora Bellido Gómez como miembro del tribunal que revisó el borrador de esta tesis.

<sup>31</sup> Silvia Salinas Mulder es antropóloga, especializada en temas de género, salud sexual y reproductiva, y desarrollo. Trabajó con entidades estatales, no-gubernamentales y agencias de desarrollo en actividades de

La exigencia de declararse como investigador/a proviene de tres nociones interrelacionadas:

- Todos hablamos desde “alguna parte” y nadie tiene una mirada neutral.
- La voz supuestamente neutral que retrata al/a la “otr@” es colonial y opresiva.
- El/la investigador/a que no declara su identidad, intereses y propósitos corre el riesgo de violar principios éticos en sus relaciones con l@s sujet@ de estudio.

La autoubicación (...) es necesaria para identificar claramente desde dónde estamos mirando el mundo del/de la otr@. Lejos de ser una mera autoindulgencia, es un ejercicio que cumple fines epistemológicos, políticos y éticos. Constituye el primer paso en el proceso de producción de conocimiento, en las relaciones establecidas con l@s sujet@s y audiencias de nuestro estudio.

En mi caso, la biculturalidad y el bilingüismo determinaron fuertemente mi papel y mi enfoque como investigadora. Me sentí dividida, además, entre otros enfoques y otras afiliaciones distintas, entre mi identidad como empleada de una ONG norteamericana en Bolivia y como estudiante en una universidad boliviana, entre mi formación académica en los Estados Unidos de América y mi formación académica en Bolivia, y entre identificarme a mí misma como boliviana y/o como estadounidense y ser identificada como tal. Esos rasgos de mi identidad me otorgaron una racionalidad dividida, una especie de lente doble que presentó tanto ventajas como dificultades. A continuación, discutiré brevemente cómo esa mirada influyó en la construcción de conocimiento en la presente investigación.

Soy una mujer universitaria de 30 años. Actualmente, vivo en La Paz, Bolivia. Mi madre es boliviana y mi padre es norteamericano. Nací y crecí en el Valle de San Fernando, una zona residencial a 30 minutos en auto de la ciudad de Los Ángeles, en el Sur del Estado de California, en los Estados Unidos de América.

Aunque mi madre incorporó aspectos de la cultura boliviana en nuestra vida familiar (comida típica, idioma, baile y música), la zona en la cual crecí era predominantemente caucásica. En mi curso de primaria, por ejemplo, de los 30 estudiantes que asistíamos, no había más que cinco con padres y/o con madres emigrantes.

Mi relación con mi etnicidad fue conflictiva y cambiante a lo largo de mi vida. En mi niñez, rechacé el lado boliviano de mi identidad, especialmente cuando sentí el disgusto de mis compañeros de

---

investigación, docencia, coordinación y asesoramiento a programas y proyectos (Rance, Kaune, Castro, Salinas, De la Quintana, Veldhuis y Michaux 2002:29).

colegio blancos ante las costumbres raras que me enseñó mi madre. Cuando ingresé a primaria, dejé de hablar español en la casa, con mi madre.

En la universidad, empecé a notar ciertas ventajas de mi etnicidad. Por primera vez, mis compañeros me identificaron como boliviana y aproveché la connotación exótica de esa adscripción. La diversidad étnica en la universidad fue más marcada en comparación con mi lugar de origen. Había numerosos grupos estudiantiles latinos que coordinaban actividades políticas, académicas y sociales. Sentí una presión indirecta para involucrarme con ellos, pero al final los rechacé. Me parecieron extremistas en su reivindicación étnica y política. A pesar de haber aceptado ciertos aspectos de mi origen boliviano, en esa etapa de mi vida, seguí negociando mi identidad dividida como boliviana-americana.

En enero de 2002, llegué a la ciudad de La Paz. Ese mismo año, empecé a cursar materias en la UMSA, una universidad estatal ubicada en la sede gubernamental de Bolivia, primero en Desarrollo Humano, como parte de un programa de maestría del Posgrado en Ciencias del Desarrollo de la UMSA (CIDES-UMSA) y, posteriormente, en algunas materias de pregrado de la Carrera de Antropología de la misma casa superior de estudios.

Irónicamente, una de las razones por las que decidí venir a Bolivia fue para conocer más esa parte de mi identidad; para conocer el lugar de origen de mi madre. Esa curiosidad me llevó a tener un interés profundo en la sociedad boliviana y, con el tiempo, ese hecho resultó ser una ventaja para la investigación.

En septiembre de 2004, ingresé a trabajar como voluntaria en una ONG norteamericana. Trabajé como facilitadora en un proyecto para adolescentes en la temática de salud sexual y reproductiva, en el que parte de mi labor era organizar y realizar talleres educativos para y con madres y mujeres embarazadas jóvenes, en la ciudad de El Alto. Como el trabajo era efectuado en coordinación con el Servicio Regional de Salud (SERES) y con el Servicio Departamental de Salud (SEDES), empecé a conocer los centros de salud y los hospitales de esa ciudad.

En diferentes momentos de mi trabajo de campo para esta investigación, me di cuenta de que mi afiliación y mi cargo institucional en la ONG coincidieron en el desarrollo de mi identidad como investigadora.

### 1.3.1. Fases de acercamiento al problema

Inicialmente, estaba interesada en la antropología de la alimentación. Para ello, contaba con antecedentes en ese campo durante mis estudios en Berkeley.<sup>32</sup> Sin embargo, debido, en gran medida, a mi situación de trabajo, me fui acercando progresivamente a temas de salud. En ese sentido, la coincidencia entre el trabajo y la universidad fue una ventaja. Ambos me aproximaron a mi tema de investigación.

De hecho, para esta tesis, pude empezar mi trabajo de campo en el Hospital Illimani gracias al contacto con una pediatra (Dra. D) de ese hospital que había asistido a una reunión para personal de salud convocada por mi oficina. En esa ocasión, y en muchas otras, me presenté al personal de salud del hospital mencionado señalando que trabajaba para la ONG y que, además, era tesista, para hacer el primer contacto. Reflexionando al respecto, en pleno trabajo de campo, me pareció que ello podía llevar a una confusión acerca de mis objetivos de investigación. No obstante, me fui dando cuenta de que mis propósitos para la tesis eran marcadamente diferentes a mis propósitos laborales como facilitadora de talleres para madres y de mujeres embarazadas jóvenes.

Si bien en ambos casos aprendía, en el trabajo en la ONG tenía la tarea adicional de impartir conocimiento. Así mismo, fui advirtiendo las diferencias entre mis finalidades laborales y de investigación cuando empecé a sentir cierta culpabilidad en los talleres que facilitaba como parte de la ONG, en los que tenía que enseñar a las madres jóvenes que estaban equivocadas en sus creencias sobre los métodos anticonceptivos. Según el enfoque constructivista que estaba empleando en mi tesis, la biología de la (anti)concepción que enseñaba en los talleres tenía el mismo valor que los conocimientos de las mujeres sobre el tema: ambos tipos de conocimiento eran construcciones culturales. En ese sentido, mi trabajo de investigación me ayudó a cuestionar algunos de los supuestos que existían detrás de mi labor como facilitadora en temas de salud sexual y reproductiva.

Por otra parte, me pareció que el personal de salud del Hospital Illimani no lograba distinguir entre mi trabajo para la tesis y mi trabajo para la ONG. Por ejemplo, a veces, alguno de los médicos (Dra. D y Dra. K) que conocía en el área de consulta externa me pedía hacer visitas a las madres jóvenes de las salas de internación para invitarlas a los talleres que realizaba como parte de la ONG, cuando

---

<sup>32</sup> En aquella ocasión, exploré el tema del almuerzo escolar en un colegio estatal en la ciudad de Berkeley, Estados Unidos de América. La investigación resultó interesante porque llegué al sitio en el momento en que el gobierno municipal y el distrito escolar estaban implementando un cambio en la oferta del servicio alimentario escolar ofrecido por el Estado a los estudiantes de bajos recursos, de manera gratuita.

ese día estaba en el hospital realizando mi trabajo de campo para la tesis. Al inicio, esa flexibilidad de tiempo me pareció una ventaja para mi trabajo en la ONG, y tal vez lo fue, pero también noté que mi trabajo de campo estaba siendo afectado. Por ello, decidí ir clarificando y separando las tareas, y asigné ciertos días para trabajar sólo en la tesis y otros días para trabajar sólo en el proyecto de la ONG. Me ayudó bastante reconocer la diferencia en los enfoques, pero nunca logré separar las tareas 100%. A veces, inclusive, llegué a percibir una inmensa complementariedad entre esas dos esferas de mi vida. En efecto, una me ayudaba a mejorar en la otra; la relación no siempre era antagónica.

También tuve problemas separando esos dos mundos en la universidad. Sucedió cuando una de mis docentes (la doctora Lemerre) me dijo que mi trabajo era más parecido a un informe para una ONG que a una investigación antropológica.<sup>33</sup> En ese momento, me di cuenta de que estaba escribiendo para dos audiencias con propósitos distintos.

Algo parecido ocurrió con esta tesis. Con mis preguntas iniciales sobre la anemia, estaba trazando una relación causal entre la alimentación y la salud. Me encontré estancada en un marco positivista, haciendo preguntas que hubieran sido más apropiadas para una tesis de nutrición y no así para una tesis antropológica. Me cuestioné al respecto tempranamente, como ilustro en la siguiente cita de uno de mis avances escritos para el taller de tesis:<sup>34</sup>

...aunque estoy interesada en la conexión entre alimentación y salud, tal vez las personas con quienes quiero trabajar no hacen esa misma conexión. Tal vez la comida no está relacionada con la salud. Tal vez evitar la anemia no les importa, porque hay otras cosas que pesan más en sus vidas y ven la anemia como algo pasajero. No sé.

Fue importante para mí entender cómo las mujeres en el Hospital Illimani hablaban acerca de la anemia y sobre temas afines. No quería imponerles mi lógica.

En el mismo avance de escritura, pude explorar mi dificultad para salir del paradigma positivista y plantear preguntas más interpretativas:

Para mí, parece una lucha, una pelea. Pero creo que es más fluido que eso y que no es una relación binaria. Ésta es mi lucha. Ni siquiera estaba planteando preguntas de

---

<sup>33</sup> Comunicación personal, en junio de 2005, con la docente de la materia Antropología Andina de la Carrera de Antropología de la UMSA.

<sup>34</sup> Avance escrito el 6 de abril de 2006 para el Taller de Tesis I de la Carrera de Antropología. Docente: Susanna Rance. Tema de tesis en ese momento: La construcción social de la anemia.

investigación antropológicas. Estaba haciendo preguntas desde el campo de la nutrición, enraizada en un paradigma positivista, con categorías preestablecidas. Era como si ya supiera lo que iba pasar. Ésta es una contradicción, porque el propósito de la investigación es responder a preguntas para las cuales no tienes la respuesta.

Ahora, con mis preguntas sobre la construcción cultural de la anemia, es como si estuviera entrando al seno, al corazón de esta mi tormenta de paradigmas. Me obliga a definir de dónde estoy viniendo y, también, me obliga a escuchar las voces de las personas con las cuales quiero trabajar.

Me gustó el desafío de enfrentar los dos paradigmas. Mi tendencia era a caer, casi inconscientemente, en el paradigma positivista, aunque el paradigma interpretativo era más adecuado para una investigación etnográfica. En ese sentido, comparto la postura de Liz Stanley<sup>35</sup> cuando dice (1996:7):

La mayoría de las investigadoras aceptan que, además de motivos puramente utilitarios (o sea, por definiciones de su profesión), también tienen otros motivos para hacer la investigación: tiene significado social y/o intelectual; (...) desafía sus habilidades o conocimientos existentes.

Mi motivación para indagar específicamente sobre la anemia como una construcción cultural surgió de una inquietud que tuve con relación a diferentes maneras de entender y de definir la anemia, plasmada en una investigación que realicé para la materia de Antropología Andina de la Carrera de Antropología de la UMSA. Cito un extracto de ese trabajo para demostrar mis pasos en la construcción de este hallazgo (Goodson 2005:7):

Se ha comprobado que la anemia fue uno de los riesgos principales asociados con esta población de mujeres embarazadas. Sin embargo, no es una enfermedad conocida dentro del marco cultural de la misma.

Parecía que había una confusión acerca de la anemia. A continuación, cito algunas de las percepciones que tenían las madres que participaron en el estudio:

---

<sup>35</sup> Profundizo la postura de Stanley (1996) en el capítulo 3 (“Estrategias metodológicas”), en el que discuto su concepto sobre el método autobiográfico.

**¿Qué comías normalmente?**<sup>36</sup>

A veces no tengo ganas de comer nada. Tenía anemia. (Tatiana)

**¿No comías?**

No mucho, quería dormir nomás.

**¿Cómo entiendes la anemia?**

Es cuando bajas mucho de peso. (María)

Hay que tomar 90 pastillas de sulfato ferroso, uno cada día.

Las madres asocian la enfermedad más con los síntomas que con las causas. Es una representación local de la enfermedad. (...) La lógica occidental, en este caso, es de representar la enfermedad por sus causas biológicas, al nivel celular, o sea, una falta de hierro en la sangre. Como investigadora esperaba una explicación biológica. Por esto me pareció que había una confusión acerca de la definición de la anemia, pero no es una confusión, no es una falta de entendimiento, solamente es una representación con distintos referentes culturales.

En el estudio que realicé el año 2005, primero, identifiqué una diferencia en la manera en que los médicos y las madres con quienes hablé definieron la anemia. Luego, me puse en el lugar de los médicos, declarando que las mujeres estaban confundidas. En el proceso de escribir sobre las diferentes maneras de entender la patología, me di cuenta de que ambas definiciones de la anemia eran válidas, aunque diferentes. Con ese antecedente, elaboré un proyecto que me permitió explorar más el tema.

#### **1.4. Preguntas de investigación**

Mis preguntas de investigación fueron cambiando en el transcurso de mi trabajo de campo. Inicialmente, pensaba realizar mi estudio en un centro de salud en la ciudad de El Alto y sólo con mujeres embarazadas. La pregunta que tenía planteada en abril del año 2006 fue: ¿Cómo definen la anemia las mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud Cerro Pampa?

Después de realizar el estudio piloto en el Hospital Illimani, decidí quedarme en ese sitio para llevar a cabo el resto de la investigación. Además amplí mi universo para incluir a mujeres no embarazadas y a personal de salud. En octubre de 2006, mis preguntas fueron:

---

<sup>36</sup> Cito las interacciones con los sujetos de la investigación de la misma manera que lo hice en el trabajo original.

- a) ¿De qué manera se representa la “anemia” o las patologías afines en el contexto del Hospital Illimani de la ciudad de El Alto?
- b) ¿Cómo se representan esas patologías entre las usuarias que acuden al hospital para recibir atención médica?
- c) ¿Cómo se representan esas patologías entre los proveedores de salud que trabajan en el hospital?

Las preguntas seguían bastante generales. Continué con mi trabajo de campo y, a medida que éste transcurría, los diferentes espacios del hospital iban cobrando más importancia. Por ese motivo, vi por conveniente organizar mis subpreguntas sobre la base de tres escenarios del hospital y sentí la necesidad de estructurarlas a partir de categorías analíticas que surgieron empíricamente en cada uno de los escenarios. En noviembre de 2007, concreté las preguntas que cito a continuación:

a) Pregunta general:

- ¿Cómo construyen culturalmente la anemia el personal de salud y las mujeres atendidas en el Hospital Illimani?

b) Subpreguntas:

- ¿Cómo construyen culturalmente la anemia las mujeres atendidas en la consulta externa del Hospital Illimani a través de la categoría “hacer pasar el hambre”?
- ¿De qué manera construyen el diagnóstico de la anemia el personal de laboratorio del Hospital Illimani?
- ¿Cómo se configura una mutua acusación y falta de entendimiento entre un grupo de mujeres usuarias, una licenciada de enfermería y dos médicos de turno en torno a dos tratamientos para la anemia?

En este punto, hago un paréntesis para profundizar sobre el proceso del desarrollo de las preguntas de investigación.<sup>37</sup> Cómo se expresa en el título de la tesis, mi objetivo central, y punto de partida, fue entender los significados construidos en torno a la anemia. Sin embargo, a medida que la investigación fue avanzando, fui ajustando mis preguntas en función del contexto del estudio. Así mismo, según fueron surgiendo nuevas categorías de interés, fui adaptando el diseño de la investigación; es decir, fui acomodando mi elección de las fuentes y de las manera de obtener información a los nuevos temas. Por ejemplo, cuando escuché la conversación emotiva entre las tres

---

<sup>37</sup> Hago estas aclaraciones en base a mi reflexión sobre los comentarios realizados por la magister en Ciencias Aurora Bellido Gómez y por la licenciada María Dolores Castro como miembros del tribunal que revisó el borrador de esta tesis.

mujeres usuarias involucradas en el caso de la cama 37, me aboqué a explorar diferentes versiones de ese caso conflictivo, hecho que me llevó a analizar las construcciones culturales del tratamiento de ese caso de anemia.

También quiero señalar cómo fue cambiando la especificidad de las preguntas de acuerdo con cada etapa de investigación. Así, antes de empezar el trabajo de campo, contaba con una pregunta bastante general sobre cómo las mujeres embarazadas construyen la anemia y, al iniciar el trabajo de campo, añadí a mis interrogantes las construcciones culturales del personal de salud. Después de la primera etapa del trabajo de campo, y en una fase preliminar de codificación y de análisis de los datos, decidí reorganizar las preguntas por escenario; esas preguntas fueron las que guiaron las fases de validación, de análisis y de escritura de la tesis. Para la etapa final de escritura, planteé preguntas bastante específicas para organizar y orientar el texto. Sin embargo, cabe señalar que las preguntas fueron mucho más abiertas al inicio de la investigación y fueron esas preguntas, justamente, las que guiaron el momento inicial del trabajo empírico y de codificación de la información obtenida.

Debido a las limitaciones de tiempo y de espacio, decidí no profundizar algunos puntos en esta investigación. Seguidamente, detallo algunos de esos casos.

En el punto 4.2. (“Comportamientos económicos relacionados con la anemia: ‘Hacer pasar el hambre’ en la calle”), describo y analizo cómo Miriam,<sup>38</sup> una de las mujeres que entrevisté en la sala de espera, vinculó el “hacer pasar el hambre” con los antojos. Sin embargo, en este trabajo, no amplió sobre el tema de los antojos ni su conexión con la práctica de “hacer pasar el hambre”, aunque existe una amplia literatura antropológica al respecto.

De igual manera, existen diversos estudios que discuten la variabilidad de los discursos y de las prácticas biomédicas (Gilbert y Mulkay 1984, Berg y Mol 1998, Mol 1999 y Rance 2005b). Reconozco que esas categorías no son homogéneas. Sin embargo, en el último capítulo de hallazgos de este estudio (“El caso de la cama 37: La mutua acusación y falta de entendimiento”), exploro, por ejemplo, esa variabilidad entre los discursos de los diferentes miembros del personal de salud, pero no indago sobre la variabilidad que se puede presentar entre los discursos de una misma persona.

En mi última etapa de trabajo de campo, tomé algunas fotografías para mostrar los espacios del Hospital Illimani, principalmente del área de laboratorio. Reconozco que el uso de imágenes para

---

<sup>38</sup> Nombre real. La señora me autorizó a utilizar su nombre verdadero durante la entrevista.

representar el sitio de la investigación y/o a los sujetos del estudio tiene implicaciones epistemológicas, políticas y éticas, pero, en el caso del presente trabajo, no entro en ese debate.

## CAPÍTULO 2: CONSIDERACIONES TEÓRICAS

En este capítulo, rescato ejemplos de la enfermedad como una construcción cultural, tanto de la literatura boliviana como de trabajos extranjeros, para ilustrar los alcances y las limitaciones de este tipo de análisis.<sup>39</sup> Empiezo con las enfermedades culturales andinas. Posteriormente, exploro la bibliografía de trabajos elaborados sobre enfermedades biomédicas. Si bien parto de casos que refuerzan una línea convencional de la bibliografía boliviana sobre la enfermedad y la cultura, es decir acerca de la medicina tradicional y de la medicina biomédica, también incluyo una breve crítica de esa categorización dual y de la posibilidad de incorporar otros ámbitos culturales en la construcción de un concepto de la enfermedad. Con esas bases, exploro la factibilidad de abordar la anemia desde un esquema sociocultural, rescatando elementos de la antropología simbólica aplicada a cuestiones de la antropología médica.

### 2.1. Construcción cultural

Para esta investigación, planteo la patología de la anemia como una patología construida culturalmente. Este planteamiento parte de la propuesta realizada por antropólogos, sociólogos e historiadores, en las últimas décadas, referida a que tales “categorías de enfermedades son creadas por seres humanos en contextos sociales particulares y momentos particulares” (Lindenbaum y Lock 1993:3). Un pilar del concepto de la construcción cultural se refiere a que los hechos se construyen, no se descubren.

A continuación, incluyo una breve discusión de la categoría de género y de la comida como construcciones culturales. Hago esto para resaltar que el estudio de la simbolización, de las relaciones sociales y de las categorías de persona son elementos centrales de este tipo de análisis.

---

<sup>39</sup> La licenciada María Dolores Castro, en su revisión como tribunal del borrador de esta tesis, hizo el siguiente comentario sobre la organización del capítulo teórico: “Dado que se comenta en un principio que la tesista cuestiona las construcciones biomédicas, hubiera sido importante en la parte teórica hacer una comparación entre las construcciones culturales andinas sobre patología, anemia y sangre y las construcciones biomédicas de la patología, anemia y sangre”. Al respecto, aunque no organizo el capítulo teórico de esa manera, sí puntualizo aspectos de las construcciones culturales tanto andinas como biomédicas de la patología, de la anemia y de la sangre a lo largo del capítulo teórico. En el caso de las construcciones culturales andinas, me faltó incluir información sobre la anemia y en lo referente a las construcciones culturales biomédicas, me faltó incluir información sobre la sangre.

Así mismo, tales elementos constituyen una parte central de mi planteamiento de la anemia como una construcción cultural.<sup>40</sup>

La categoría de género es otro ejemplo que proviene de la bibliografía antropológica sobre un concepto construido culturalmente; en particular, como una respuesta contraria a la construcción biológica de la diferencia de sexo. Dicha construcción implica el reconocimiento de una variedad de modos de interpretación, de simbolización y de organización de las diferencias de sexo en las relaciones sociales (Lamas 1996:327).<sup>41</sup> Esta categoría tiene en cuenta distintos elementos, como las relaciones sociales, la simbolización y la identidad, y, por tanto, deja de ser una categoría meramente biológica.

Por otro lado, Anna Meigs<sup>42</sup> (1997) plantea que la comida es una construcción cultural. En esa dirección, ella explora cómo los intercambios de comida están ligados a vínculos de alianza social y de solidaridad. Así, para los Hua, el grupo con el que la autora trabaja, todos los comestibles son prescritos o proscritos a alguna categoría de persona (Meigs 1997:96).

En el caso de la anemia, rescato el concepto de una patología construida en momentos y en contextos específicos. Ese parámetro me sirvió para enfocar momentos concretos en mi trabajo de campo, que contribuyeron a la construcción de la anemia. Así mismo, recupero el concepto relativo a la simbolización como una manera de interpretar una categoría como construcción cultural. Me baso en los trabajos de Byron J. Good<sup>43</sup> (1994) y Victor Turner (1967) para ese análisis, sobre el cual discutiré más adelante, en este mismo capítulo. De igual manera, las relaciones y las alianzas sociales cobraron importancia en el transcurso del trabajo de campo como elementos fundamentales en las construcciones de la anemia en el Hospital Illimani.

Seguidamente, exploro con mayor profundidad las discusiones de la enfermedad como una construcción cultural. Para ello, discuto dos áreas: las construcciones culturales de las enfermedades andinas y las construcciones culturales de las enfermedades biomédicas.

---

<sup>40</sup> Hago esta aclaración en base a mi reflexión sobre un comentario realizado por la licenciada María Dolores Castro como miembro del tribunal que revisó el borrador de esta tesis.

<sup>41</sup> Marta Lamas, etnóloga de la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH) y maestra en antropología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). (En [www.pueg.unam.mx/editorial/autor02.php](http://www.pueg.unam.mx/editorial/autor02.php), 29 de abril de 2008.)

<sup>42</sup> Anna Meigs, catedrática de antropología en Macalester College (Counihan y Van Esterik 1997:419).

<sup>43</sup> Byron Good, catedrático de antropología médica en la Carrera de Medicina Social en la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard.

### 2.1.1. Construcción cultural de las enfermedades andinas

En su libro *Médicos y yatoris: salud e interculturalidad en el altiplano aymara*, Gerardo Fernández Juárez (1999) aborda la discusión de una patología como objeto de estudio dentro de un sistema andino de salud y de enfermedad. Analiza, también, el relacionamiento entre el sistema tradicional de salud y el sistema biomédico. A continuación, presento un resumen de algunos puntos centrales de esa discusión. Concluyo esta parte planteando ciertas posibilidades para aplicar las categorías de análisis trabajadas por Fernández Juárez a la interpretación de una patología (la anemia) como objeto de estudio dentro de un sistema biomédico de salud y de enfermedad.

Fernández Juárez describe cómo en la medicina aymara se hace una distinción entre las enfermedades “para el doctor” y las enfermedades “para la gente” (Fernández Juárez 1999:84). Tal categorización se basa en el origen o etiología de la enfermedad. Michaux,<sup>44</sup> por su parte, profundiza así este punto: “En el medio urbano donde la biculturalidad es omnipresente, existe una clasificación basada en el origen aymara o no aymara de una enfermedad” (Michaux 1994:48). Esa diferenciación, entonces, es uno de los resultados de los encuentros entre un sistema de salud biomédico y un sistema de salud andino. En ese sentido, según Fernández Juárez (1999), las enfermedades “para la gente” pueden ser curadas por un curandero tradicional y las enfermedades “para el doctor” deben ser tratadas por un médico que pertenezca al sistema biomédico; es decir, un médico no puede curar las enfermedades “para la gente”. Como Fernández Juárez sostiene (1999:84):

Las dolencias del “susto”, la pérdida del *ajayu*, el mal “aire”, o el mal de los “genitales” o *chullpas*, no son consultadas al médico, puesto que “no entiende” de dichas afecciones, y acostumbra a increpar en ocasiones al propio paciente por su “credulidad”, lo cual dificulta de forma severa las relaciones entre médico y enfermo.

Según el análisis de Fernández Juárez, un médico puede criticar las creencias de los usuarios sobre las enfermedades “para la gente”, en parte, porque no entiende la etiología y el tratamiento de ese tipo de enfermedades.

En un ejemplo sobre la enfermedad del susto, Fernández Juárez (2004:195-199) describe cómo una mujer desconfiaba del diagnóstico y del tratamiento sugerido por un médico ciudadano de la posta de salud en su comunidad y, por consiguiente, acudía a un curandero integrado a las costumbres y a la

---

<sup>44</sup> Jacqueline Michaux, catedrática de la Carrera de Antropología de la UMSA.

vida cotidiana del lugar. En efecto, ella confiaba más en el tratamiento recetado por el *yatiri* que en el tratamiento del médico, el cual provenía de la ciudad y no encajaba en la matriz de costumbres, de comunidad y de familia.

### **Manejo de la sangre dentro del sistema de salud andino<sup>45</sup>**

El manejo de la sangre humana no está dentro del área de competencia del curandero andino. En ese sentido, la sangre es uno de los elementos que traza una frontera entre las enfermedades para el médico y las enfermedades para el curandero. Prácticas como la transfusión de sangre o la aplicación de vacunas entran dentro del ámbito “para el doctor” (Fernández Juárez 1999:183-184) y se relacionan con el concepto andino del cuerpo y de sus fluidos. Trabajar con sangre humana, en cambio, es una especie de tabú para los curanderos tradicionales. Dicha categorización de enfermedades y su relación con las categorías de personas que pueden tratar las dolencias están vinculadas, en parte, al concepto de sangre en el contexto andino de la salud.

A través de un análisis de experiencias relacionadas con enfermedades “para el doctor” y “para la gente”, Fernández Juárez demuestra cómo la desconfianza y la falta de entendimiento afectan las relaciones entre el personal de salud y los usuarios. Esa desconfianza se refleja simbólicamente en la asociación entre los médicos y el *kharisiri*.<sup>46</sup>

En la cosmovisión andina, el personaje del *kharisiri* extrae sangre y grasa de las personas y, de esa manera, causa diferentes enfermedades (Fernández Juárez 1999:57 y Castellón Quiroga 1997:260). En los testimonios que expone Fernández Juárez, así como en otros estudios, el *kharisiri* es asociado, en ocasiones, con los médicos (Fernández Juárez 1999, Castellón Quiroga 1997 y Spedding Pallet 2005).

La analogía anterior apunta tanto a un médico/*kharisiri* simbólico, que se aprovecha del cuerpo de sus pacientes para su propio lucro material, como a las relaciones desiguales entre los médicos, al igual que el resto del personal de salud, y los usuarios que acuden a los establecimientos

---

<sup>45</sup> Otros ejemplos de investigaciones que aluden a la sangre como un fluido importante en la cosmovisión andina son: Arnold y Yapita 1997, Hammer 1998, Bradby y Murphy-Lawless 2005 y Arnold, Yapita y Tito 1999. Arnold y Yapita abordan el tema con relación al parentesco y al linaje matrilineal. Hammer lo enfoca desde una concepción quechua de la fertilidad. Bradby y Murphy-Lawless lo ubican en una discusión sobre modelos culturales del parto. Arnold, Yapita y Tito también tocan el tema de la sangre en el contexto de la salud reproductiva. Hago esta aclaración en base a mi reflexión sobre un comentario realizado por la licenciada María Dolores Castro como miembro del tribunal que revisó el borrador de esta tesis.

<sup>46</sup> Conocido también como *khari khari* o *kariri* (Fernández Juárez 1999:268).

hospitalarios del Estado. La crítica no está dirigida a médicos o a enfermeras individuales, sino a un sistema que, muchas veces, no tiene en cuenta a sus usuarios como personas.

En ese contexto, es muy aplicable la discusión de Good (1994) sobre las diferencias entre creencias y conocimientos en el campo de la antropología médica. El reproche que hacen los médicos a las creencias de los usuarios aymaras, descrito por Fernández Juárez (1999:84), está basado en esa distinción entre creencia popular y conocimiento científico que, además, asume que el conocimiento científico es más válido.

A través de una interpretación de la anemia como construcción cultural, se puede mostrar el relativo realismo con el cual se suele considerar lo biomédico como un hecho y lo andino como versiones alternativas, es decir, como creencias. Según la crítica de Susana Ramírez Hita (2005:30):

El término “creencia” marca el límite entre la cultura médica popular y el conocimiento científico. En este contexto, “creencia” se opone a “conocimiento”, sin cuestionar la adscripción de la biomedicina a esta segunda parte de la dicotomía.

A partir de la oposición que comenta Ramírez Hita entre las creencias y los conocimientos acerca de la salud y de la enfermedad, las presunciones culturales que existen detrás de una patología biomédica como la anemia no entran en discusión. Sin embargo, se podría dar la vuelta esa distinción; es decir, poner en el mismo plano los conocimientos de la medicina tradicional y los conocimientos de la medicina biomédica, reconociendo que ambos podrían ser estudiados como una construcción cultural.

### **2.1.2. Construcción cultural de las patologías biomédicas**

En el punto 1.1. (“Justificación”), discutí algunos ejemplos de la literatura antropológica y sociológica sobre el análisis de una patología biomédica como construcción cultural. En este acápite, profundizo dos ejemplos sobre cómo apliqué el análisis de la anemia como construcción cultural en la presente investigación: el rol del enfermo, de Talcott Parsons (1951),<sup>47</sup> y los campos sociales y semánticos de la enfermedad, de Good (1994).

---

<sup>47</sup> Turner cita este trabajo de Parsons (1951:430) en su discusión del trabajo de un doctor *ndembu* (Turner 1967:400).

## El rol del enfermo

Una de las maneras en las que abordo la anemia como una construcción cultural es a través de la categoría rol del enfermo. Comienzo mi discusión sobre ese concepto con una breve referencia al modelo funcionalista-antropológico. Dicho modelo está basado en una analogía orgánica en la cual la sociedad es comparada con un cuerpo humano en el que todos los órganos funcionan en conjunto, determinando, por ende, el funcionamiento del organismo entero. En ese sentido, inicialmente, estudio el concepto de los roles a partir del mencionado modelo y, luego, realizo un análisis considerando específicamente lo siguiente: ¿Qué significa el rol del enfermo y cuál es su papel dentro de la teoría funcionalista de la cultura?

El modelo funcionalista se basa en el concepto de equilibrio social. Los roles que cumplen los individuos en la sociedad forman parte fundamental de ese orden sociocultural y, en consecuencia, su desempeño podría contribuir a dicha estabilidad o a alterarla. Esta estructura de roles interrelacionados también se puede aplicar a las relaciones personales, es decir, a mundos culturales más pequeños.

Primero, doy algunos ejemplos de los roles socioculturales para, después, contrastar su función y su utilidad con el rol del enfermo. Sabemos que el rol de una profesora es enseñar y el de un obrero es fabricar algún producto u operar algún tipo de maquinaria, pero ¿cómo desempeña su rol cada uno de ellos? Ambos roles, el de profesora y el de obrero, contribuyen a la estabilidad de la estructura social. Sin embargo, ¿qué pasaría si la profesora se fracturara una mano? Definitivamente, ella podría seguir enseñando aunque con un mínimo de dificultad. Pero, ¿qué pasaría si el obrero se fracturara una mano? Éste ya no podría seguir trabajando en la fábrica ni podría operar un equipo por algún tiempo. Entonces, el rol de obrero ya no podría ser cumplido porque éste ya no podría desempeñar la tarea que le ha sido asignada como parte de su rol. Con esta desviación, se altera el funcionamiento de la estructura social.

De la misma manera, una enfermedad podría alterar el equilibrio sociocultural y perturbar el funcionamiento de la estructura social; es decir, podría ser una molestia. Parsons define una enfermedad como la “alteración en la ‘salud’ del individuo”<sup>48</sup> (Parsons 1951:429). Sin embargo, se trata de una alteración que no solamente afecta al individuo, sino también a su entorno. Por tanto, es

---

<sup>48</sup> Traducción propia. Texto original en inglés: “disturbances to the ‘health’ of the individual”.

conveniente controlar y mantener bajo ese nivel de desviación para que la sociedad pueda funcionar debidamente. Dicha lógica es la que yace detrás del rol del enfermo.

Por tales razones, enfermarse o asumir el rol del enfermo debe ser necesariamente temporal. Estando enferma, una persona no contribuye o brinda utilidad al sistema sociocultural al cual pertenece. Por ese motivo, se debe proporcionar tiempo y espacio al enfermo para lograr su mejoría. A través del rol del enfermo, entonces, el enfermo se libera de sus responsabilidades cotidianas, aunque también debe luchar para volver al estado “normal”, no desviacionista; es decir, para volver a estar sano. Tomarse un tiempo para descansar o ir al médico en busca de ayuda y aplicar un tratamiento son dos maneras de retornar al equilibrio (Parsons 1951:436-437).

### **Campos sociales y semánticos de la enfermedad**

El antropólogo Good (1994) en una de sus investigaciones, aborda la temática de la enfermedad como una construcción cultural. En el ejemplo que expongo a continuación, Good analiza los significados de la sangre en la vida de una paciente mediante el estudio de los significados que ella atribuía a su condición de sangrado rectal.

En una entrevista entre la mencionada paciente, una estudiante de 22 años, y un residente de medicina, ella no sólo explicó el origen fisiológico del sangrado, sino que también relató ciertos aspectos de su historia personal y familiar relacionados con su condición de salud. En ese sentido, la paciente habló sobre sus experiencias dentro de la Iglesia de los Testigos de Jehová y acerca de la visión que los miembros de esa iglesia tenían tanto de la sangre como de las transfusiones. Así mismo, profundizó sus experiencias cuando respondió a preguntas referidas a la relación que tenía con su familia. Después, ahondó en la conexión entre la enfermedad y esos aspectos de su vida pasada, comentando sobre el cáncer que tenía su mamá y cómo ella relacionaba ese cáncer con la polución y con el daño al medio ambiente (Good 1994:92-98).

A partir de ese relato, Good plantea múltiples campos semánticos relacionados con la explicación que la paciente hacía acerca del origen de su sangrado. “En esta explicación, la señorita introduce un conjunto de oposiciones simbólicas que proporcionan el contexto para su entendimiento de su sangrado”<sup>49</sup> (Good 1994:94). Good analiza las oposiciones en el relato de la paciente entre la vida y la muerte, entre “una vida bautismal” [*“The baptismal life”*] dentro de la religión y “la vida antigua

---

<sup>49</sup> En este documento, todas las citas textuales de Good (1994) corresponden a una traducción propia. Texto original en inglés de esta cita: “In this explication, the young woman introduced a set of symbolic oppositions that provided the context for her understanding of her bleeding”.

de Satanás”<sup>50</sup> (Good 1994:94-95), y entre “la naturaleza y el cuerpo en equilibrio”<sup>51</sup> versus un “sistema anormal” [*“This abnormal system”*] (Good 1994:96). A esos campos contrastantes, Good aplica un análisis semiótico en el que se “construye o representa el significado en base a la diferencia”<sup>52</sup> (Good 1994:98).

Del mismo modo, Good plantea el concepto de redes o campos semánticos para ese conjunto de significados relativos a una patología. A través de ese tipo de análisis, se puede definir a la enfermedad como “un producto de interconexiones”<sup>53</sup> o como “una red de perspectivas”<sup>54</sup> (Good 1994:172). En dicho ejemplo, Good enfoca el signo fisiológico del sangrado como un mediador que se entrelaza entre diferentes ámbitos de la vida de la paciente. En ese sentido, Good (1994:93) señala lo siguiente:

Una lectura antropológica del texto indica que el síntoma principal –la sangre rectal– fue incorporado en un conjunto complejo de relaciones semióticas, de ninguna manera limitada a la relación referencial del signo a su origen fisiológico.<sup>55</sup>

A través de la estrategia de seguir un signo fisiológico desde el relato de una paciente, Good incorpora aspectos de la vida religiosa y de la historia familiar de la paciente a la discusión de su enfermedad. Como Good afirma en su texto, “La ‘sangre’ es una realidad sustancialmente diferente en el discurso religioso y en el discurso médico, y uno no tiene primacía sobre el otro”<sup>56</sup> (Good 1994:100). Para la paciente, “su sangre perteneció simbólicamente a su vida antigua (...) [y] sus esfuerzos por resolver este problema médico fue un intento de separarse de los significados asociados con este símbolo poderoso”<sup>57</sup> (Good 1994:99-100).

Al ubicar los significados que la paciente atribuyó al sangrado dentro de un discurso religioso, Good ofrece pautas para realizar algunas lecturas no-médicas de la enfermedad. Ese planteamiento más amplio que hace Good permite quebrar la categorización dual de la medicina biomédica, por un

---

<sup>50</sup> Texto original en inglés: “The old life of Satan”.

<sup>51</sup> *Ídem*: “Nature and the body in balance”.

<sup>52</sup> *Ídem*: “meaning is constituted through distinction”.

<sup>53</sup> Texto original en inglés: “a product of interconnections”.

<sup>54</sup> *Ídem*: “a network of perspectives”.

<sup>55</sup> Texto original en inglés: “An anthropological reading of the text of the interview, however, indicates that the primary symptom –rectal blood– was incorporated in a complex set of semiotic relationships in no way limited to the referential relation of sign to its physiological source”.

<sup>56</sup> *Ídem*: “‘Blood’ is a substantially different reality in the medical and religious discourses, and one does not have primacy over the other”.

<sup>57</sup> *Ídem*: “Her bleeding belonged symbolically to her old life (...) [and] her effort to resolve this long standing problem was an attempt to separate herself from the meanings associated with this powerful symbol”.

lado, y de la medicina tradicional, por el otro, para explorar otros sistemas de salud, como el religioso y el de la autoatención (Ramírez Hita 2005).

En mi estudio, el concepto de campos semánticos y sociales de la enfermedad me permite ubicar el análisis de la anemia dentro de campos familiares, de generación de ingresos y de condiciones de laborales. El trabajo de Good (1994) también me da la base teórica necesaria para plantear la sangre como un símbolo dominante entendido como un articulador de múltiples significados relacionados con la anemia.

## **2.2. Construcción de significados a través de los símbolos**

El estudio de los símbolos es una de las maneras de abordar el concepto de construcción cultural. En cuanto a los símbolos que observa en sus estudios con los poblados *ndembu* de Zambia, Victor Turner los describe como “objetos, actividades, relaciones, acontecimientos, gestos y unidades espaciales en un contexto ritual” (Turner 1967:21). Turner también plantea la siguiente definición preliminar (*Concise Oxford Dictionary* 1967, citado en Turner 1967:21):

Un símbolo es una cosa de la que, por consenso general, se piensa que tipifica naturalmente, o representa, o recuerda algo, ya sea por la posesión de cualidades análogas, o por asociación de hecho o de pensamiento.

Victor Turner también propone una categoría especial de símbolo: el símbolo dominante. Así, cada ritual tiene un símbolo dominante que articula a los otros símbolos con el ritual, además de articular a los diferentes grupos de personas que participan en él. Según Turner (1967:35):

Los símbolos dominantes no son considerados como meros medios para el cumplimiento de los propósitos expresos de un ritual determinado, sino también, y esto es más importante, se refieren a valores que son considerados como fines en sí mismos, es decir, valores axiomáticos.

En ese sentido, los símbolos dominantes juegan un rol importante en la definición de la normatividad de una sociedad.

Exploro el análisis simbólico que hace Victor Turner (1967) por medio de uno de sus ejemplos. *Nkang'a* es el ritual de la pubertad de las jóvenes de los *ndembu*. El árbol *mudyi* es el símbolo central o dominante de ese ritual, con el característico látex blanco “que exuda en gotas lechosas cuando se araña su corteza” (Turner 1967:22). Turner nombra a dicho árbol como el “árbol de la

leche”. A continuación, cito un fragmento de la descripción que Turner hace de ese ritual (Turner 1967:23):

El ritual de *nkang'a* marca el vínculo de la lactancia entre la madre y el hijo, no el vínculo de nacimiento (...) El acto biológico de la lactancia tiene repercusiones sociales importantes también en cuanto a las relaciones domésticas y la estructura de la sociedad *ndembu* (...) Está relacionado con la “matrilinealidad”. (...) La “matrilinealidad” confiere orden y estructura a la vida social *ndembu*. (...) El árbol de la leche está por la unidad y continuidad de la sociedad. [Los conceptos de nutrición, aprendizaje y dependencia también están relacionados con el árbol].

Sobre la base del ejemplo anterior, rescato algunos de los elementos que Victor Turner plantea en su análisis simbólico. A continuación, expongo las tres propiedades principales de los símbolos dominantes identificados por él (Turner 1967:55):

- a) Condensación: Un símbolo dominante representa muchas cosas. Turner describe esa propiedad como polisemia o multivocidad.
- b) Unificación de *significata*: Las múltiples representaciones o referentes asociados con un símbolo dominante se articulan con vínculos de asociación o nexos asociativos.
- c) Polarización de sentido: Todos los símbolos dominantes poseen dos polos de sentido claramente distinguibles. El primero es el polo ideológico/normativo; y el segundo, el polo sensorial.

Seguidamente, presento una tabla en la que comparo las características de los significados asociados al polo ideológico y al polo sensorial de un símbolo dominante, según Victor Turner. Construí dicha tabla en base a citas textuales de su texto (1967:31). La tabla me ayudó a organizar y a diferenciar las características de los dos polos de un símbolo dominante, para luego aplicar el análisis a ejemplos específicos que surgieron en mi trabajo de campo.

**Tabla 1: Polos ideológico y sensorial de un símbolo**

Polo ideológico	Polo sensorial
“ <i>Significata</i> que se refieren a componentes de los órdenes moral y social de la sociedad (...), a principios de la organización social”.	“ <i>Significata</i> son usualmente fenómenos y procesos naturales y fisiológicos (...) [Tienen] un contenido estrechamente (...) relacionado con la forma externa del símbolo”.
En este polo, “se encuentra una ordenación de normas y de valores que guían y controlan a las personas como miembros de los grupos y de las categorías sociales”.	“Se concentran <i>significata</i> de los cuales puede esperarse que provoquen deseos y sentimientos”.

Fuente: Elaboración propia basada en el libro *La selva de los símbolos* de Victor Turner (1967:31).

La elaboración de la tabla anterior me sirvió para contrastar las dos esferas de *significata* que se articulan en torno a un símbolo dominante. Victor Turner (1967) aplica el concepto de los polos ideológico y sensorial al “árbol de la leche”, el símbolo dominante del ritual *nkang’a*. El característico látex blanco del árbol corresponde a las particularidades observables del símbolo. Tanto esa característica como el vínculo entre el árbol y los procesos biológicos de nutrición y de lactancia materna corresponden al polo sensorial de dicho símbolo. En el polo ideológico, se ubican los conceptos de matrilinealidad, de la dependencia del hijo hacia la madre y de la relación establecida entre la lactancia y el aprendizaje tanto de un niño como de la comunidad como un todo. Esos conceptos organizadores tienen en cuenta la estructura social de la sociedad *ndembu* y reflejan sus normas y sus valores.

Así mismo, Victor Turner sostiene que todos los modos de interpretación forman parte del sentido total del símbolo. “Llegados aquí, hemos de plantear una cuestión esencial: el sentido, ¿para quién?” (Turner 1967:28). Como respuesta a esa inquietud, el propio Turner hace hincapié, de nuevo, en la diferencia entre las interpretaciones que los *ndembu* hacen de sus símbolos y las interpretaciones que él hace, como antropólogo, de los símbolos de los *ndembu*. Turner justifica esa posición sobre la base de la distinción que Carl G. Jung plantea entre signos y símbolos (Jung 1949:601, citado en Turner 1967:29):

Un signo es una expresión análoga o abreviada de una cosa conocida. Mientras que un símbolo es siempre la mejor expresión posible de un hecho relativamente desconocido, pero que a pesar de ello se reconoce o se postula como existente.

La posición de Jung contrasta con la de otros antropólogos contemporáneos suyos, como Siegfried Nadel (1954) y Mónica Wilson (1957), quienes “al tratar a la mayoría de los símbolos rituales como signos, parecen ignorar o considerar irrelevantes algunas de las propiedades esenciales de esos símbolos” (Turner 1967:29). Ese hecho es, justamente, el que separa a Victor Turner de dichos antropólogos. En ese sentido, Turner plantea que un antropólogo debe interpretar aspectos inconscientes de los símbolos y no solamente los símbolos como signos.

En la presente investigación, trabajo con dos símbolos clave: la sangre y el “hacer pasar el hambre”. Para ello, rescato los elementos del análisis que hace Victor Turner (1967) sobre el árbol *mudyi*, con su látex blanco asociado a la leche materna, y los aplico a un análisis simbólico de otro fluido corporal: la sangre. Por otro lado, examino los polos sensorial e ideológico del “hacer pasar el hambre”. Seguidamente, presento una profundización de la aplicación del concepto de símbolos dominantes con el ejemplo de la sangre.<sup>58</sup>

Según Victor Turner, “los símbolos dominantes tienden a convertirse en focos de interacción” (Turner 1967:24-25) y articulan a varios grupos sociales. En el Hospital Illimani, la sangre como símbolo dominante articuló a los laboratoristas, que trabajaban con la sangre en microcapilares<sup>59</sup> y sobre portaobjetos, con un grupo de usuarias y con el personal de salud, que debatían sobre la sangre recetada para una transfusión. La sangre discutida y encontrada en diferentes ambientes de dicho hospital también articuló significados asociados a la anemia en el contexto de múltiples sistemas de salud, como el tradicional, el biomédico, el religioso y el de la automedicación.

Los conceptos de sangre relacionados con diferentes anemias vividas en varios rincones de un hospital articulan relaciones entre las mujeres usuarias, entre el personal de salud y las usuarias, y,

---

<sup>58</sup> En su revisión del borrado de esta tesis, la magister en Ciencias Aurora Bellido Gómez comentó que le parecía más coherente nombrar a la anemia como el símbolo clave de esta investigación. Reconozco la validez de su comentario, teniendo en cuenta que uno de los objetivos centrales de la presente investigación es analizar los significados que se construyen en torno a la anemia. Sin embargo, planteo que la asignación de un símbolo clave en este estudio es negociable, dado que, en distintos momentos de la investigación, el “hacer pasar el hambre” y la sangre cobraron más importancia que la misma anemia. Aunque la categoría biomédica de la anemia fue mi punto de partida, a veces fue necesario desplazarla a favor de temas de mayor interés.

<sup>59</sup> Un microcapilar es un tubo de vidrio delgado, de un milímetro de ancho y de siete centímetros de longitud, aproximadamente. En el Hospital Illimani, los microcapilares eran cargados con la sangre de las muestras obtenidas para una prueba que servía para determinar el nivel de hemoglobina en la sangre.

finalmente, entre las usuarias y sus familiares. En ese sentido, discrepo con la clasificación en dos categorías de personas que hace Victor Turner (1967:22): “especialistas religiosos” y “simples fieles”. En mi investigación, también analizo las interpretaciones de dos categorías: proveedores de salud y usuarias. Sin embargo, si bien en la dicotomía de Turner, al parecer, se da más prioridad a los “especialistas”, que tienen un conocimiento más valorado, en comparación con el de los “simples fieles”, ésta no es la posición que adopto dentro de los parámetros de este trabajo, ya que no jerarquizo las interpretaciones de los proveedores de salud por encima de las interpretaciones de las usuarias. Al contrario, tomo ambas por igual.

En el campo de los estudios sociales de las ciencias, se trata de explicar los diferentes conocimientos a través del concepto de simetría y se propone la siguiente definición: “Lo simétrico, en sentido estricto, considerando tanto la creencia correcta e incorrecta, es presentado como científicamente legítimo”<sup>60</sup> (Gilbert y Mulkay 1984:83).

Con esa definición, G. Nigel Gilbert y Michael Mulkay proponen una simetría entre dos expertos científicos. En ese marco, un experto también podría utilizar un relato asimétrico para descalificar la posición de otro experto, diciendo, por ejemplo, que el otro fue influido por la emoción, mientras que su posición estuvo basada en la racionalidad.

En este estudio, empleo los conceptos de simetría y de asimetría de una manera un poco diferente, porque, en gran medida, no comparo los relatos de dos expertos, sino de un supuesto experto y de un “simple fiel”; en mi caso, un miembro del personal de salud y una mujer usuaria. Se debe considerar que, al nivelar los relatos de ambos actores, se pierde la jerarquía de conocimientos. Al respecto, la antropóloga Laura Nader<sup>61</sup> (1996) discute cómo implementar una simetría entre diferentes formas de conocimiento científico, entre la biomedicina y la medicina tradicional, por ejemplo. De ese modo, Nader amplía la discusión sobre la simetría.

---

<sup>60</sup> En este documento, todas las citas textuales de Gilbert y Mulkay (1984) corresponden a una traducción propia. Texto original en inglés de esta cita: “...symmetrical in the strong sense that both correct and incorrect belief were presented as scientifically legitimate”.

<sup>61</sup> Laura Nader, catedrática de la Carrera de Antropología de la Universidad de California, Berkeley.

### 2.3. Estudios sociales de las ciencias

Los estudios sociales de las ciencias exploran cómo se produce el conocimiento científico.<sup>62</sup> Ubico mi discusión y mi análisis de las patologías biomédicas como una construcción cultural en ese campo. Según Nader (1996:10):

Para evitar comparaciones falsas y engañosas entre un modelo de ciencia identificado con la razón y con la dominación de la naturaleza, y los usos “nativos” del conocimiento (a veces entrelazados con prácticas mágicas y religiosas) de los pueblos no occidentales o de los “científicamente analfabetos” occidentales, es imperioso documentar el proceso de la formación del conocimiento y de su uso.<sup>63</sup>

En el presente trabajo, trato de documentar la formación de conocimiento sobre la anemia. Al mismo tiempo, intento mantener una igualdad epistemológica entre las diferentes maneras de entender esa enfermedad.

Nader plantea tres orientaciones para un estudio sociocultural de las ciencias (Nader 1996:6-7):

La primera continúa con el trabajo temprano de Malinowsky, describiendo el conocimiento en las sociedades tradicionales.

(...)

La segunda y más reciente dirección implica el estudio etnográfico del contexto sociocultural de la ciencia occidental como una categoría que puede ser examinada críticamente.

(...)

La tercera dirección constituye una estrategia y vincula el estudio de la ciencia y de la tecnología con otras tradiciones del conocimiento, enfocando tanto el contexto como el contenido. Entonces, vinculando el Occidente con el resto [del mundo], borra las fronteras o, por lo menos, las hace menos formidables, posibilitando que los

---

<sup>62</sup> Para otros ejemplos de las contribuciones antropológicas a los estudios sociales de las ciencias, véase Martin 1987; Gusterson 1996; y Dubinskas 1988. El sociólogo de las ciencias Steve Woolgar (1991) también comenta sobre las contribuciones de la antropología al campo de los estudios sociales de las ciencias en su artículo “What is ‘Anthropological’ about the Anthropology of Science?” [“Qué tiene que ver lo ‘antropológico’ con la antropología de las ciencias”].

<sup>63</sup> Traducción propia. Texto original en inglés: “In order to avoid false or misleading comparisons between a model of science identified with reason and the domination of nature, and ‘native’ uses of knowledge (sometimes entwined with magical and religious practices) of non-Western and ‘scientifically illiterate’ Western peoples, it is imperative to document the process of knowledge formation and its use”.

etnógrafos destapen las prácticas de la ciencia occidental. Los vínculos estimulan una mutua interrogación.<sup>64</sup>

En este trabajo, aplico la segunda y la tercera dirección de Nader, siguiendo una metodología etnográfica para el contexto sociocultural de la anemia. Al mismo tiempo, exploro algunos de los vínculos entre las múltiples construcciones de esa patología, que provienen del campo de la ciencia, así como de otras tradiciones del conocimiento.

### 2.3.1. Estudios de laboratorio

Los estudios de laboratorio son una rama de los estudios sociales de las ciencias. Es un área multidisciplinaria que cuenta con contribuciones desde la antropología (Traweek 1988;<sup>65</sup> Charlesworth, Farrall, Stokes y Turnbull 1989; Pfaffenberger 1992,<sup>66</sup> Martin 1998). Dentro de ese campo, se examina cómo “los procesos en tiempo real” [*“real time processes”*],<sup>67</sup> (Knorr Cetina 1995:148) de laboratorio contribuyen a la construcción de los productos de conocimiento científico que salen de ese espacio. La metodología etnográfica y los métodos de observación participante y de descripción detallada juegan un rol fundamental en este trabajo. Como sostiene una de las proponentes del método de la descripción detallada en los estudios de laboratorio, Karin Knorr Cetina (1995:148):

La descripción detallada desconfigura no con el ánimo de crítica, sino para dar lugar a observar la labor intrincada que está involucrada en la creación de una entidad sólida y también los innumerables ingredientes no sólidos de los cuales se deriva, dando lugar a la confusión y a la negociación que frecuentemente radican en sus orígenes.<sup>68</sup>

---

<sup>64</sup> Traducción propia. Texto original en inglés: “The first continues Malinowski’s earlier work by describing knowledge in traditional society. (...) A second and more recent direction involves the ethnographic study of the sociocultural context of Western science as a category to be critically examined. (...) A third direction constitutes a strategy. It links studies of technoscience and other knowledge traditions, focusing on both context and content. Linking the West with the rest erases boundaries or at least makes them less formidable, enabling ethnographers to lay bare Western science practices; linkage encourages mutual interrogation”.

<sup>65</sup> Sharon Traweek fue catedrática de antropología en las siguientes universidades: Universidad de California, San Diego; Universidad de Rice e Instituto Tecnológico de Massachusetts. Actualmente, es catedrática de la Carrera de Historia y forma parte del Programa de estudios de género de la Universidad de California, Los Ángeles.

<sup>66</sup> Bryan Pfaffenberger es catedrático de Ciencia, Tecnología y Sociedad en la Universidad de Virginia. Recibió su doctorado en Antropología de la Universidad de California, Berkeley.

<sup>67</sup> Traducción propia.

<sup>68</sup> *Ídem*. Texto original en inglés: “Detailed description deconstructs--not out of an interest in critique but because it cannot but observe the intricate labor that goes into the creation of a solid entity, the countless nonsolid ingredients from which it derives, the confusion and negotiation that often lie at its origin”.

Profundizo mi discusión teórica sobre los estudios de laboratorio en el capítulo 5 (“Desarrollando un ojo para la anemia: Construcciones culturales de la anemia en el laboratorio”), en el cual analizo algunas de las construcciones de la anemia que se producen en el laboratorio del Hospital Illimani.

Para clarificar, cuando me refiero a los estudios de laboratorio, hago alusión al trabajo etnográfico de un antropólogo o de un sociólogo en un laboratorio clínico, observando, registrando apuntes o haciendo preguntas a las personas en ese espacio. Señalo la diferencia entre los estudios de laboratorio y el trabajo desarrollado por un bioquímico, un hematólogo o un técnico en un laboratorio, que se denominará como trabajo de laboratorio clínico. Dado que llevé a cabo un estudio etnográfico en el laboratorio del Hospital Illimani, mi intención no es sólo describir el laboratorio del hospital y el trabajo que se efectúa en ese espacio, sino interpretar y analizar los significados de la anemia que se construyen allí.<sup>69</sup>

A lo largo de este trabajo, rescato elementos del esbozo de los principales conceptos teóricos que acabo de detallar. Seguidamente, paso a puntualizar la estrategia metodológica del presente estudio, la cual me permitió responder a las preguntas de investigación planteadas.

---

<sup>69</sup> Hago esta aclaración en base a mi reflexión sobre un comentario realizado por la magister en Ciencias Aurora Bellido Gómez como miembro del tribunal que revisó el borrador de esta tesis.

### CAPÍTULO 3: ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS<sup>70</sup>

Septiembre de 2008, NOTA INTRODUCTORIA

*Si bien realicé mi estudio en un hospital urbano y enfoqué mi análisis en las interacciones entre los sujetos del estudio, siempre tuve en mente que ésta es una tesis antropológica. En ese sentido, traté de resaltar los significados y las vivencias de las personas, así como los símbolos empleados en las construcciones culturales de la anemia. Sin embargo, no puedo negar que los datos culturales que se construyeron están implícitamente enraizados en lo social. Se reconoce, además, que la antropología puede ser urbana y, en efecto, existen varios ejemplos, tanto en la Carrera de Antropología de la UMSA como a nivel más general (Rodríguez Chacón 2006; Revilla Herrero 2006; Bellido Gómez 1991; y Estrada, Nieto, Nivón y Rodríguez 1993).*

*En sus comentarios sobre el borrador de esta tesis, la licenciada María Dolores Castro señaló la necesidad de un enfoque interdisciplinario, especialmente en cuanto a la relación entre métodos antropológicos y sociológicos. En la presente investigación, la teoría fundamentada de Strauss (1987) y el método polifónico de Bakhtin (1984) tienen raíces en la sociología y también han sido utilizados en investigaciones antropológicas. No se trata de demarcar las fronteras entre las dos disciplinas, sino de reconocer el valor y la pertinencia de lo interdisciplinario.*

Realicé mi trabajo de campo en el Hospital Illimani, durante seis meses, con mujeres usuarias, con sus familiares y con sus acompañantes, al igual que con el personal de salud, con el personal de laboratorio y con estudiantes de medicina y de enfermería.

En este capítulo, relato cómo llevé a cabo mi investigación, teniendo en cuenta las teorías que guiaron tanto el trabajo de campo como el análisis de los datos obtenidos, las técnicas metodológicas y la relación con los sujetos del estudio.

Para esta investigación, partí de un paradigma interpretativo, con el objetivo de entender cómo las mujeres usuarias y el personal de salud construían la anemia en tres escenarios del Hospital Illimani.<sup>71</sup> Sin embargo, a medida que transcurrieron tanto el trabajo de campo como las fases de

---

<sup>70</sup> Hice algunos ajustes en la organización de este capítulo en base a los comentarios realizados por la magister en Ciencias Aurora Bellido Gómez y por la licenciada María Dolores Castro como miembros del tribunal que revisó el borrador de esta tesis.

<sup>71</sup> Profundicé mi abordaje del paradigma interpretativo en base a mi reflexión sobre un comentario realizado por la magister en Ciencias Aurora Bellido Gómez como miembro del tribunal que revisó el borrador de esta tesis.

análisis y de escritura, fui notando diferencias en el acceso a la alimentación y en cuanto al valor otorgado a distintos tipos de saber, por ejemplo. Esas diferencias a veces, apuntaban a la desigualdad y a la injusticia. Por ese motivo, empecé a reflexionar críticamente sobre los hallazgos construidos a través de una metodología interpretativa. En la primera fase de la investigación, retrasé, a propósito, un análisis crítico. Quería, primero, comprender algo sobre la situación de la anemia en el Hospital Illimani desde diferentes puntos de vista, antes de juzgar tal situación y mucho antes de proponer un cambio para ella.

Antes de proceder con el capítulo metodológico, quisiera clarificar cómo defino la diferencia entre un enfoque interpretativo y un enfoque crítico. Como sostiene Gloria Pérez Serrano, el paradigma interpretativo implica un “esfuerzo de comprensión de la práctica social” (1994:27). Se trata de entender las prácticas sociales en su contexto. La intención no es explicar una realidad desde afuera. “Desde el punto de vista epistemológico, se considera que el conocimiento es un producto de la actividad humana, y, por lo tanto, no se descubre, se produce” (Pérez Serrano 1994:28). La lógica constructivista encaja dentro de este paradigma cuando propone que todas las personas involucradas en una investigación construyen el conocimiento en el transcurso de la misma. Como investigadora, entonces, formo parte de esa construcción y tengo que ubicarme en el estudio. En ese sentido, el paradigma interpretativo tiene en cuenta la transparencia respecto a la construcción del conocimiento. Esa ubicación paradigmática me empujó a cuestionar mis suposiciones y a reflexionar sobre el proceso de construcción del conocimiento.

La metodología desde el paradigma interpretativo “pretende ofrecer profundidad, a la vez que el detalle mediante una descripción y registro cuidadoso” (Pérez Serrano 1994:32). En consecuencia, los hallazgos no pueden ser generalizados, como en un estudio cuantitativo (Pérez Serrano 1994:33). Sin embargo, un estudio de caso ayuda a ubicar los hechos y los comportamientos de un sitio en su contexto sociocultural, porque “en el contexto adquieren su pleno significado, pues al sacar las cosas de su contexto pierden su significado genuino” (Pérez Serrano 1994:32). De ese modo, aunque los hallazgos interpretativos no son generalizables, sí son pertinentes a los contextos específicos de los cuales surgieron (Castro y Bronfman 1999:54).

Para puntualizar algunas de las subdivisiones del paradigma interpretativo, es decir la antropología interpretativa de la modernidad y la antropología interpretativa de la posmodernidad, primero defino las posiciones constructivista y posmoderna. Posteriormente, señalo algunas diferencias entre el pensamiento moderno y el pensamiento posmoderno. Por último, reflexiono sobre mi ubicación paradigmática basada en la anterior revisión.

En el texto *Guía para la formulación y ejecución de proyectos de investigación*, Rossana Barragán y Tom Salman definen la posición constructivista/interpretativa de la siguiente manera (2003:10-11):

La posición constructivista/interpretativa (...) reconoce el entrelazamiento entre el investigador y el mundo investigado. Es, de alguna manera, una despedida del “realismo”. La pretensión ya no es “descubrir”, sino interpretar, dar significado, sin pretender una “representación” unívoca. (...) La interacción entre investigador(a) e investigado(a) como el lugar donde se produce el “conocimiento” llega a ser central, y el resultado de la investigación es considerado como una construcción, una interpretación, en la cual “el que escribe” también debe ser tema de reflexión.

Los mismos autores realizan la siguiente aproximación acerca de la posición posmoderna o posestructuralista (Barragán y Salman 2003:12):

La posición post-moderna o post-estructuralista es una radicalización de la posición constructivista hacia una dirección específica; cuestiona aún más drásticamente la existencia de un mundo como referente. (...) Todo es “texto”, todo es interpretación, no hay relación directa o “comprobable” entre texto y mundo. (...) Acepta la pluralidad, la “polifonía” de voces, sin pretender que por debajo de ellas exista una instancia de “verificación”. En esta posición cambia toda la naturaleza de la ciencia como se la entendió en la tradición “moderna”. La realidad se evapora completamente y, en consecuencia, la pretensión de representar, reflejar y referirse a ella.

Me identifico de manera general con la definición que plantean Barragán y Salman respecto a la posición constructivista/interpretativa y, de manera específica, con la polifonía de voces que incluyen en su definición de la posición posmoderna.

En la posmodernidad, existen varias subdivisiones, entre ellas: la meta etnografía o la antropología de la antropología, la antropología experimental y la escuela disolvente. A continuación, incluyo una tabla que compara dos elementos centrales del pensamiento moderno y del pensamiento posmoderno.

**Tabla 2: Contraste del pensamiento moderno y posmoderno**<sup>72</sup>

	<b>Pensamiento moderno</b>	<b>Pensamiento posmoderno</b>
<b>Razonamiento</b>	Desde la fundación hacia arriba.	Múltiples factores de múltiples niveles de razonamiento.
<b>Lenguaje</b>	Referencial.	El significado dentro del contexto social según su uso.

Fuente: Sitio web *Anthropological Theories, A Guide Prepared by Students for Students*, “Postmodernism and its Critics”. (En <http://www.as.ua.edu/ant/Faculty/murphy/436/pomo.htm>, 25 de agosto de 2008)

Me identifico con las dos características de la posmodernidad citadas en la tabla anterior. Sin embargo, el posmodernismo es una tradición académica bastante amplia. En ese sentido, no digo que me ubico en algún extremo del posmodernismo, sino que rescato elementos de esa escuela aplicables al objeto de estudio de esta investigación.

Desde el inicio de este estudio, me adscribí a una definición más general del paradigma interpretativo. Empero, después de realizar esta breve revisión epistemológica, me adscribo a una posición constructivista/interpretativa con rasgos del posmodernismo. Al final, como señalan Barragán y Salman, “Todas estas posiciones y aproximaciones no son, sin embargo, ‘etapas’ o formas puras. Muchos investigadores manejan elementos de distintas posiciones” (Barragán y Salman 2003:12). Yo también prefiero mantener esa flexibilidad epistemológica.

Por su lado, el enfoque crítico está dirigido a la acción. Parte de la noción de que “la realidad es mejorable”<sup>73</sup> y que las diferencias que se construyen entre diferentes grupos de personas o diferentes tipos de conocimiento son injustas. Para Pérez Serrano, una de las tareas principales desde el modelo sociocrítico es “la construcción de teorías emancipatorias, cuyo fin es la modificación de la situación en la que se hallan los implicados en la misma, el cambio de la práctica” (Pérez Serrano 1994:36).

---

<sup>72</sup> Traducción propia. Texto original en inglés: “Table 2: Contrast of Modern and Postmodern Thinking. (columna izquierda) Reasoning, Language. (columna central) Modern Thinking: From foundation upwards, Referential. (columna derecha) Postmodern thinking: Multiple factors of multiple levels of reasoning. Meaning in social context through usage. Source: Website *Anthropological Theories, A Guide Prepared by Students for Students*, “Postmodernism and its Critics” (At <http://private.fuller.edu/~clameter/phd/postmodern.html>, August 25, 2008)

<sup>73</sup> Esta noción del enfoque crítico fue extraído de los apuntes del Taller de Tesis I, dictado por Susanna Rance el año 2006, en la Carrera de Antropología de la UMSA.

La antropóloga Nancy Scheper-Hughes<sup>74</sup> (2000) también parte de un paradigma crítico en sus estudios dentro del campo de la antropología del desarrollo. Según Scheper-Hughes, desde ese enfoque se debe cuestionar, indagar y crear conciencia sobre “las maneras en que la cultura de (...) las ciencias<sup>75</sup> estructura las preguntas formuladas y sobredetermina los hallazgos” (Scheper-Hughes 2000:267). El argumento de Pérez Serrano encaja bastante bien aquí cuando dice que el modelo sociocrítico implica “una lucha ideológica dirigida a desvelar falsas representaciones, a poner al descubierto intereses, valores y supuestos, muchas veces implícitos, que subyacen en la práctica (...) social (...) de los investigadores” (Pérez Serrano 1994:35). En la presente investigación, traté de comprender la anemia desde diferentes espacios. De ese modo, pude analizar aspectos de esa patología relacionados con los intereses, los valores y los supuestos que los sujetos del estudio y yo, como investigadora, teníamos al respecto.

La mayor parte de los hallazgos de este estudio se construyeron desde una metodología interpretativa. Recién retomaré los criterios del paradigma crítico para hacer una breve reflexión sobre aquellos hallazgos en la conclusión de esta tesis.<sup>76</sup>

### **3.1. Enfoque etnográfico**

Empiezo este acápite con la definición que Martyn Hammersley y Paul Atkinson (2001:15) plantean para la etnografía, considerando que:

Su principal característica sería que el etnógrafo participa abiertamente o de manera encubierta en la vida diaria de las personas durante un periodo de tiempo, observando qué sucede, escuchando qué se dice, haciendo preguntas; de hecho, haciendo acopio de cualquier dato disponible que sirva para arrojar un poco de luz sobre el tema en que se centra la investigación.

De lo anterior, se deduce que el investigador está como observador participante. Fue de esa manera que me incorporé en la vida diaria del Hospital Illimani: esperando con pacientes en la consulta externa, acompañando al personal de salud en las visitas médicas e incluso tomando un café y

---

<sup>74</sup> Nancy Scheper-Hughes, catedrática de la Carrera de Antropología de la Universidad de California, Berkeley.

<sup>75</sup> Ciencias como la demografía, la epidemiología o la bioquímica, entre otras.

<sup>76</sup> También tomo una postura un tanto crítica en el capítulo 6 (“El caso de la cama 37: La mutua acusación y falta de entendimiento”), en mi cuestionamiento sobre los no entendimientos entre los proveedores de salud y las usuarias. Hago esta aclaración en base a mi reflexión sobre un comentario realizado por la licenciada María Dolores Castro como miembro del tribunal que revisó el borrador de esta tesis.

comiendo un sándwich en la pensión que estaba al frente del centro hospitalario, donde iban muchos miembros del personal, al igual que los estudiantes y algunos pacientes.

Un registro detallado de los diferentes aspectos del trabajo de campo es un elemento importante de una metodología etnográfica. En tal dirección, registré en mi cuaderno de campo mis observaciones, las conversaciones que escuchaba y las entrevistas no grabadas. Esos apuntes, y su correspondiente transcripción, constituyen la mayor parte de mi base de datos. Para cada anotación, apunté el lugar, el día, la fecha y la hora de la información registrada. Cuando el registro consistía en una interacción entre dos o más personas, también incluí apuntes de contexto sobre esas personas, así como su edad, su sexo, su descripción física y su especialidad, en el caso del personal de salud. También registré los datos del lugar; fue el caso, por ejemplo, de una corta entrevista a una ginecóloga de turno en el área de internación, la cual se realizó en los asientos que estaban afuera de la enfermería de esa parte del hospital. Los apuntes sobre el contexto me proporcionaron un marco para interpretar las palabras y las prácticas registradas en el cuaderno de campo.

El enfoque etnográfico fue particularmente útil en el laboratorio del Hospital Illimani, donde la observación participante y la descripción detallada se constituyeron en herramientas fundamentales para entender el trabajo que se realizaba en ese espacio del centro hospitalario como una construcción cultural.

Desde el campo de los estudios de laboratorio, Knorr Cetina (1995:141) afirma que:

Los procesos en tiempo real a través de los cuales los científicos, una de las tribus más poderosas y esotéricas en el mundo moderno, llegan a los bienes que continuamente cambian y mejoran nuestra sociedad “científica” y “tecnológica” siguen siendo apenas entendidos.<sup>77</sup>

Por su parte, la antropóloga Nader también comenta sobre esa mirada etnográfica hacia el trabajo científico (Nader 1996:9):

La escritura etnográfica reciente utiliza la observación participante entre científicos para volver más claras las historias de la ciencia en proceso. Historias que resultan de examinar cómo los científicos crean el conocimiento y cómo ese conocimiento es

---

<sup>77</sup> Traducción propia. Texto original en inglés: “The real-time processes through which scientists, one of the most powerful and esoteric tribes in the modern world, arrive at the goods that continuously change and enhance our ‘scientific’ and ‘technological’ society are still hardly understood”.

recibido y utilizado para desarmar imágenes estereotipadas de la ciencia y de la sociedad.<sup>78</sup>

Aunque apliqué una metodología etnográfica a lo largo de la investigación, tanto la observación participante como el registro y la descripción detallada, que están implícitos en ese enfoque, me fueron especialmente útiles para tratar de entender los mecanismos que existen detrás de las construcciones del diagnóstico de la anemia. La aplicación de la metodología etnográfica me proporcionó insumos para cuestionar el rol privilegiado otorgado a esa construcción cultural de la anemia, en comparación con las construcciones ubicadas fuera del campo del laboratorio y de la biomedicina.

### **3.2. Teorías que guiaron el trabajo empírico y de análisis**

El enfoque progresivo y la teoría fundamentada me ayudaron a organizar y a realizar tanto el trabajo empírico como el análisis de los datos, estructurando ambas tareas en una relación recíproca.

#### **3.2.1. Enfoque progresivo**

Como parte de su planteamiento de la metodología etnográfica, Hammersley y Atkinson (2001) proponen un enfoque progresivo como una manera de responder mejor a las particularidades del contexto de la investigación. Con el enfoque progresivo, existe una relación recíproca entre el trabajo de campo y el desarrollo de la teoría; la teoría, así mismo, se pone al servicio de los hallazgos del trabajo de campo y no al revés.

El enfoque progresivo hace que la metodología se ajuste a las circunstancias de la investigación, a los sujetos del estudio, al entorno y al sitio de trabajo de campo. Implica “algo de reflexión sobre el proceso de recogido de datos y lo que se está produciendo (...) a medida que transcurre la investigación” (Hammersley y Atkinson 2001:224). Este enfoque metodológico supone una cierta flexibilidad que permite al investigador ajustar los problemas de investigación, las técnicas metodológicas y las consideraciones teóricas. Por ello, a medida que fui avanzando en el trabajo de campo, primero con la observación y después con las conversaciones y las entrevistas, fui formulando preguntas progresivamente sobre la base de términos utilizados por las usuarias y por el

---

<sup>78</sup> Traducción propia. Texto original en inglés: “Recent ethnographic writing uses participant observation among scientists to render clearer histories of science in process. Histories that result from examining how scientists create knowledge and how that knowledge is received and used to dismantle stereotypic images of science and society”.

personal de salud en diferentes momentos de la investigación. De ese modo, cada fase dio un insumo a la siguiente, en una relación recíproca.

Ilustro la relación recíproca entre teoría, métodos y trabajo empírico con una situación que surgió en el trabajo de campo preliminar realizado. Las relaciones y las conversaciones entre diferentes usuarias y sus acompañantes me llamaron la atención en esa fase del estudio, por primera vez. Específicamente, me llamó la atención la manera en que comentaban las mujeres usuarias sobre las recomendaciones del personal de salud. A continuación, incluyo una cita de una de esas interacciones,<sup>79</sup> mientras yo estaba sentada detrás de dos mujeres en la sala de espera de consulta externa. A nuestro alrededor, había niños de dos a cinco años que jugaban a comprar y a vender salchipapas, simulando un puesto callejero de comida. Las señoras vigilaban a sus niños mientras charlaban con sus nuevas conocidas, mujeres que, al igual que ellas, habían llegado a las seis de la mañana para hacer fila y entrar al hospital.

Sra. O: Ahora, quiero irme ya. “Tengo que darte vitaminas”, me ha dicho.

Sra. P: No le vas a dar, no le des...

Sra. O: ¿Qué te ha dicho?

Sra. P: Está bien nomás.

Sra. O: Oh, ya me voy nomás, a pie... Vámonos... Me lo va a medir... A otras está atendiendo, pues... Vámonos hijita, no le vamos a esperar a la doctora. Va a tardar. Estás bien nomás.

(La Sra. O se va sin esperar que el personal de salud le dé las vitaminas para su bebé.)

Ese momento fue clave para establecer las interacciones y los diálogos entre las usuarias como una categoría de análisis importante. Además, la cita demuestra la incredulidad de parte de las usuarias en cuanto a las palabras y a las prácticas de un médico. Ése es otro tema que profundicé en el curso de la investigación.

Cuando empecé el trabajo de campo preliminar, estaba más interesada en las interacciones entre el personal de salud y las usuarias. Lo ocurrido aquella mañana me ayudó a ajustar el diseño de la investigación y a focalizar las interacciones entre las usuarias como una categoría metodológica que surgió sobre la base del trabajo de campo. Como etnógrafa, pude registrar esa conversación

---

<sup>79</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo, el 11 de mayo de 2006, de 10:23 a 11:45, en el momento de la interacción entre dos mujeres usuarias, la señora Olga (Sra. O) y la señora Patricia (Sra. P), en la sala de espera de consulta externa del Hospital Illimani.

esperando en la consulta externa con las usuarias y participando, aunque de manera limitada, en la vida diaria de ellas, durante un periodo concreto de tiempo.

En ese marco, existe una interacción entre el análisis de datos y el diseño de la investigación. Según Hammersley y Atkinson (2001:253):

El análisis de la información no es un proceso diferente al de la investigación. Se inicia en la fase anterior al trabajo de campo, en la formulación y definición de los problemas de investigación y se prolonga durante el proceso de redacción del texto.

Es un proceso de ida y vuelta que liga el trabajo empírico con el desarrollo de las teorías que guían la investigación; se trata, entonces, de una “teorización enraizada” (Hammersley y Atkinson 2001:223) en el trabajo de campo. En ese sentido, en mi investigación, fui avanzando paralelamente con el trabajo teórico y empírico, transcribiendo y codificando mis apuntes de observación, y viendo “qué me [decían]” (Rance 2006:30) mis datos y qué tipo de teoría ayudaría a explicarlos.

### **3.2.2. Teoría fundamentada**

La teoría fundamentada<sup>80</sup> forma parte del enfoque progresivo del estudio etnográfico descrito por Hammersley y Atkinson (2001). “La meta de la teoría fundamentada es generar una teoría que dé cuenta de un patrón de comportamiento que es relevante y problemático para las personas más involucradas” (Strauss 1987:34). Esto implica que el investigador intercala constantemente su trabajo de campo con el análisis de los datos que se originan a partir de él. En ese sentido, las preguntas de investigación preliminares surgen de un trabajo de campo y de un análisis inicial. Así, a medida que avanza la investigación, se van produciendo nuevas dimensiones y subdimensiones alrededor de las preguntas iniciales.

Según Anselm L. Strauss (1987:14), la práctica de emplear la teoría existente en vez de la teoría fundamentada:

...exonera casi totalmente a la investigadora de tres responsabilidades importantes: 1) revisar o cualificar auténticamente los datos originales, 2) interactuar profundamente con sus propios datos y 3) desarrollar nueva teoría sobre la base de una verdadera transacción entre la teoría previa y la que está evolucionando.

---

<sup>80</sup> Para un ejemplo del uso de la teoría fundamentada en el campo de la antropología, véase Bernard 2002 y para un ejemplo del uso de la misma teoría en el campo de la antropología boliviana, véase Arnold 2006.

La ida y vuelta constante entre el trabajo de campo, el análisis de datos y el desarrollo de conceptos analíticos me permitió cumplir con la meta de la teoría fundamentada de “generar una teoría que dé cuenta de un patrón de comportamiento que es relevante y problemático para las personas más involucradas” (Strauss 1987:34).

El análisis basado en códigos en vivo es un aspecto central del mencionado enfoque metodológico. Strauss define los códigos en vivo de la siguiente manera: “Se toman o derivan directamente del lenguaje del campo real, esencialmente son los términos utilizados por los actores mismos en ese campo” (Strauss 1987:33). En la presente investigación, incorporé un análisis de códigos en vivo a partir del estudio piloto. Para ello, registré los términos utilizados por las usuarias y por el personal de salud alrededor de las preguntas sobre la construcción cultural de la anemia. Sobre la base del análisis de esos datos preliminares, identifiqué nuevas categorías para mis preguntas de investigación. La nueva orientación de mi problemática, en consecuencia, está basada en una formulación de la realidad por parte de los sujetos de la investigación.

Identifiqué esos códigos en vivo en las transcripciones de mis conversaciones con diferentes sujetos de la investigación. En mi trabajo de campo, registré diálogos, anotando tanto mis palabras como las palabras del entrevistado. La antropóloga Ana Amuchástegui (2001:74) comenta de la siguiente manera sobre la importancia de ubicar al investigador en el texto, como parte de un diálogo:

Me considero como un sujeto situado (Rosaldo 1991, citado en Amuchástegui 2001:174) en el sentido de que cualquier investigadora o investigador tiene su propio punto de vista que determinará su interacción con el campo y el tipo de conocimiento que construye.

El punto de vista anterior puede ser verificado, en parte, por la manera de preguntar y de responder a las acotaciones de las personas entrevistadas. En ese sentido, Amuchástegui (2001:74) sugiere analizar tanto los discursos de los participantes en la investigación como los de los investigadores.

### **La validación**

El proceso de validación es parte de la ida y vuelta entre los datos empíricos y el desarrollo de teoría, que es una característica de la teoría fundamentada. La validación consiste en la verificación de una microhipótesis. Dicha hipótesis surge de la codificación y del análisis preliminar de los datos empíricos. Según argumenta Strauss, como parte del ejercicio de validación, se busca “confirmar si [la hipótesis] puede funcionar provisionalmente. (...) Las hipótesis son a la vez provisionales como condicionales” (Strauss 1987:11-12).

En esta investigación, después de desarrollar una hipótesis tentativa acerca de algunos datos, volví al ambiente del Hospital Illimani donde se originaron tales datos, para preguntar más sobre el tema. De ese modo, los sujetos de la investigación me colaboraron a confirmar mis interpretaciones preliminares.

Las entrevistas intervencionistas que proponen Jonathan Potter y Margaret Wetherell (1987:163-165) me sirvieron en la fase de validación. Debido a los propósitos de dicha etapa de estudio, mi manera de entrevistar cambió con la aplicación de ese tipo de entrevistas. En las fases iniciales de mi trabajo de campo, traté de mantener bastante flexibilidad en el manejo de las entrevistas, dirigiéndome más hacia los temas de interés de los entrevistados que hacia mis preguntas preestablecidas. Sin embargo, en la fase de validación, cambié un poco mi táctica planteando preguntas bastante específicas a los sujetos de la investigación. Al respecto, Potter y Wetherell (1987:164) recomiendan lo siguiente:

Hacer la entrevista en un área mucho más intervencionista y de confrontación que normal. (...) no significa que la entrevista se debería transformar en algún tipo de disputa. Estamos sugiriendo que el investigador debe intentar generar contextos interpretativos en la entrevista, de tal manera que las conexiones entre las prácticas de narración y el contexto funcional se esclarezcan.<sup>81</sup>

La aplicación de entrevistas intervencionistas en mi investigación me ayudó a rescatar la diversidad de respuestas alrededor de un tema que había surgido de un análisis preliminar de mi cuerpo de datos. Realicé ese proceso de análisis de los datos empíricos periódicamente, en el transcurso del trabajo de campo.

A continuación, incluyo un ejemplo sobre cómo apliqué la validación en mi propia investigación, por medio de un estudio piloto. Realicé ese trabajo de campo preliminar en los ambientes de consulta externa del Hospital Illimani. Tuvo una duración de 20 días, desde el 21 de abril hasta el 1 de junio de 2006. El estudio sirvió para orientarme en el lugar del estudio y para rescatar los términos utilizados por las usuarias y por el personal de salud con relación a mis preguntas de

---

<sup>81</sup> Traducción propia. Texto original en inglés: "...make the interview a much more interventionist and confrontative arena than is normal. (...) This does not mean the interview should be turned into some sort of dispute. We are suggesting that the researcher should try to generate interpretive contexts in the interview in such a way that the connections between the interviewee's accounting practices and variations in functional context become clear".

investigación. Ese ejercicio también me ayudó a ajustar mis preguntas a las particularidades del lugar del estudio y de los sujetos de la investigación.

Después de transcribir y de hacer una codificación preliminar de los datos registrados en la sala de espera de consulta externa, decidí volver a ese lugar para profundizar mi entendimiento acerca de algunas categorías que surgieron en el estudio piloto. Uno de mis hallazgos principales que surgió de un ejercicio de validación fue el referido a la noción de “hacer pasar el hambre” como una causa de la anemia.

Por otra parte, también fue importante tener en cuenta algunos aspectos particulares en el análisis de los datos obtenidos durante la validación. Reconociendo que yo, como investigadora, influyo en la construcción de los datos, hice el esfuerzo de no inducir una respuesta en el entrevistado. Sin embargo, esto cambió cuando apliqué la validación, porque mi objetivo, en ese caso, era conocer más sobre un concepto en particular. En ese sentido, un paso fundamental en el análisis de los datos logrados en el ejercicio de validación fue diferenciar entre las categorías que yo introducía como parte del ejercicio y las categorías que introducían los entrevistados. Profundizo sobre esos elementos en los correspondientes capítulos de hallazgos, en los cuales aplico el método de la validación a ejemplos concretos de mi trabajo de campo.

### **3.3. Teorías que guiaron el análisis de los datos**

#### **3.3.1. Método autobiográfico**

En mi investigación, apliqué el método autobiográfico para narrar el proceso de construcción del conocimiento. Stanley define ese método de la siguiente manera (Stanley 1996:5):

Un conjunto de prácticas intelectuales que puedan evidenciar con detalle analítico cómo tales representaciones se arman y en qué se basan las afirmaciones de conocimiento que de ellos se sustentan.

El método autobiográfico transparenta el proceso de representación y, también, involucra al lector, invitándolo a participar en la construcción de conocimiento. Mediante dicho método, el lector no solamente interactúa con el texto, sino que también puede “cuestionar las bases para tales afirmaciones” (Stanley 1996:6).

El uso del método autobiográfico me ayudó, también, a resolver dudas en el desarrollo de mi argumentación; me dio las herramientas necesarias para retroceder en el proceso analítico. Por consiguiente, volver a los datos empíricos me permitió diferenciar entre lo registrado durante el

trabajo de campo y mis interpretaciones de esos registros. De esa manera, el ejercicio analítico me impulsó a precisar el proceso de construcción de conocimiento, tanto para mí como para los lectores.

La autoubicación del investigador forma parte del método autobiográfico. Como sostiene Rance en su descripción del trabajo de Stanley (1996, citado en Rance 1998:47-48):

...“vidas de otras/os” [Stanley 1996:2] se construyen socialmente, a partir de la identidad y los intereses del/de la autor(a). Lejos de huir u ocultar la subjetividad de los escritos, podemos reconocerla haciendo explícito el proceso de construcción de conocimiento. La nueva historia que creamos entrelaza vidas y saberes: los nuestros y los de los sujetos estudiados.

Como investigadora, realizo mi interpretación de los datos desde una ubicación muy propia. Mi desarrollo de preguntas de investigación, mi relación con los sujetos y el acceso que éstos me otorgaron a diferentes espacios del campo de estudio fueron únicos e influyeron en mi interpretación de los datos obtenidos en el trabajo de campo. En tal sentido, fue importante explicitar mi ubicación dentro de la investigación como una parte fundamental del relato de construcción de conocimiento en el presente estudio.

### **3.3.2. Método polifónico**

El método polifónico considera diferentes versiones de un evento o de un fenómeno. Según Bakhtin, el autor de este método (Bakhtin 1984:293, citado en Shotter 1992a:18):

La única forma adecuada para *expresar verbalmente* la auténtica vida humana es el diálogo *abierto*.<sup>82</sup> La vida, por su propia naturaleza, es dialógica. Vivir significa participar en un diálogo: hacer preguntas, atender, responder, estar de acuerdo y así sucesivamente.<sup>83</sup>

En este estudio, opté por la suficiencia de representación que Bakhtin (1984) argumenta que se puede lograr a través del método polifónico. Tomé esa decisión reconociendo que tendría que sacrificar mi seguridad en el conocimiento producido. John Shotter discute las ventajas y las

---

<sup>82</sup> Énfasis del original.

<sup>83</sup> Traducción propia. Texto en inglés: “the single adequate form for *verbally expressing* authentic human life is the *open-ended* dialogue. Life by its very nature is dialogic. To live means to participate in dialogue: to ask questions, to heed, to respond, to agree, and so forth”. Énfasis del original.

desventajas de esa posición cuando explica cómo el método polifónico da prioridad a la suficiencia de representación por encima de la certidumbre de representación (Shotter 1991:496 y Shotter 1992b:178-180 citado en Shotter 1992a:18):

Nuestras representaciones de las cosas nos sugieren maneras en que pueden ser manipuladas para darnos poder sobre ellas. Careciendo de tales “imágenes internas”, sentimos incertidumbre, una falta de confianza en nuestro conocimiento, no sabemos exactamente dónde estamos parados. Pero el deseo de certeza no puede ser satisfecho en el diálogo, porque el diálogo, las tradiciones de argumentación y la polifonía con múltiples voces de un mundo en discusión consigo mismo no pueden ser “imaginados”. En lugar de certidumbre –como precisión de representación–, sin embargo, podríamos preocuparnos con suficiencia, con hacer justicia a la existencia de lo que estamos estudiando.<sup>84</sup>

En la presente investigación, el método polifónico me ayudó a organizar las diferentes historias de un evento clínico relacionado con la transfusión de sangre para una mujer diagnosticada con anemia.<sup>85</sup> Al mismo tiempo, me sirvió para preservar la pluralidad del caso y para dar un tratamiento igualitario a las construcciones de los diferentes actores involucrados.

Existen diferentes ejemplos de la aplicación de este tipo de método en investigaciones sociales sobre la salud en Bolivia, como los realizados por Alberto de la Gálvez Murillo, Ramiro Pando Miranda y Mario E. Padilla C. (1994), Ramírez Hita (2005) y Rance (2005b). Lo que tienen en común esos tres trabajos es que abordan la temática de salud y de enfermedad desde múltiples perspectivas.

En el trabajo de los médicos De la Gálvez Murillo, Pando Miranda y Padilla C. (1994), sobre la mortalidad materna en la ciudad de La Paz, también se examinan conflictos y discrepancias entre diferentes versiones de un fenómeno social. En ese caso, los investigadores comparan la información sobre las causas de muerte proveniente de diferentes fuentes de información, cuestionando la veracidad otorgada a los registros hospitalarios y municipales, entre otros.

---

<sup>84</sup> Traducción propia. Texto en inglés: “Our representations of things suggest to us ways in which they can be manipulated and give us power over them. Lacking such ‘inner’ pictures, we feel an uncertainty, a lack of confidence in our knowledge; we do not quite know where we stand. But the urge for certainty cannot be satisfied in dialogue, for dialogue, traditions of argumentation, the multivoiced polyphony of a world in discussion with itself, cannot be ‘pictured’. Instead of certainty –as accuracy of representation– however, we might concern ourselves with adequacy, with doing justice to the being of what we are studying”.

<sup>85</sup> Véase el capítulo 6 (“El caso de la cama 37: La mutua acusación y falta de entendimiento”).

Por su parte, Ramírez Hita (2005), mediante su estudio sobre sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí, no se enfoca en un caso específico, sino en preguntas más globales, “analizando los saberes que desarrollan los distintos representantes de los sistemas médicos con respecto a lo que ellos consideran los principales padecimientos de la ciudad” (Ramírez Hita 2005:21-22). De esa manera, la investigadora considera múltiples sistemas de salud y analiza las articulaciones existentes entre ellos.

En su artículo “Historias de dolor: cinco construcciones de un evento hospitalario”, Rance (2005b) aplica el método polifónico a un evento hospitalario en Bolivia, examinando los conflictos entre diferentes historias sobre el dolor que experimenta una usuaria después de una intervención clínica. La consideración de una variedad de discursos es la base del método polifónico. En ese sentido, Rance argumenta que, “mediante la proliferación de discursos, el método del *dossier* subvierte el privilegio epistémico de cualquiera de los textos” (Rance 2005b:10).

Los anteriores ejemplos demuestran la utilidad de considerar múltiples versiones de un evento o fenómeno y de analizar los conflictos y los vínculos entre y dentro de ellas.

#### **3.4. Diseño etnográfico y técnicas metodológicas**

Seguidamente, detalló las etapas de mi trabajo de campo. En la narración, incluyo los distintos espacios del Hospital Illimani donde realicé dicho trabajo, las personas que me colaboraron y las principales técnicas metodológicas que empleé, así como los propósitos que planteé en cada una de sus etapas.

Mi primer contacto en el Hospital Illimani fue el 20 de abril de 2006, para negociar el acceso al lugar de estudio. Me contacté, primero, con una pediatra del turno de la mañana (Dra. D), quien me presentó a un ginecólogo (Dr. Q) que atendía a las usuarias embarazadas en sus controles prenatales. Me puse de acuerdo con él para poder hacer la observación en su consultorio, durante el estudio piloto. Para formalizar ese trato, presenté una carta al director del hospital, el doctor Quiroga, quien posteriormente me dio su visto bueno verbal.

En ese momento, no me di cuenta de que necesitaría una autorización escrita para continuar con mi investigación en el hospital. Ese hecho recién se presentó como un obstáculo cuando quise empezar mi trabajo de campo en el laboratorio del hospital. Sobre ese problema, discuto en el capítulo 5 (“Desarrollando un ojo para la anemia: Construcciones culturales de la enfermedad desde el laboratorio”).

### **3.4.1. Escenarios del trabajo de campo**

Las principales técnicas metodológicas que empleé en esta investigación fueron la observación y la entrevista. Esta afirmación es aplicable a los tres escenarios donde llevé a cabo mi trabajo de campo.

#### **Consulta externa-sala de espera**

Empecé el trabajo de campo en el área de consulta externa, primero, observando en la sala de espera y registrando conversaciones entre las usuarias, entre las usuarias y sus acompañantes, y entre las usuarias y el personal de salud, y, después, observando en uno de los consultorios de ginecología, donde también registré las interacciones entre las usuarias y el personal de salud. Durante esa fase de la investigación, traté de hablar lo menos posible; sólo escuchaba. Hice esto para no inducir a una conversación alrededor de mi tema de interés y para tratar de rescatar términos relacionados con el estudio que surgían de las conversaciones entre los sujetos. Posteriormente, realicé entrevistas cortas e informales a las usuarias y al personal de salud, en la enfermería y en los consultorios de pediatría y de ginecología.

#### **Área de internación**

El miércoles 26 de julio de 2006, pasé al área de internación para explorar anemias relacionadas con la pérdida de sangre. Mi actividad inicial en ese sector del centro hospitalario fue acompañar las visitas médicas realizadas en las salas de posparto, con la intención de identificar a mujeres diagnosticadas con anemia, para después entrevistarlas sobre sus perspectivas en cuanto a sus síntomas, a sus diagnósticos, a sus exámenes de laboratorio y a sus tratamientos, así como sobre qué las motivaba a asistir al Hospital Illimani.

A medida que transcurría mi permanencia en el área de internación, las dinámicas de las mismas visitas médicas fueron cobrando importancia en mis apuntes de campo. En ese sentido, registré qué hacían y qué hablaban, entre ellos y con las pacientes, el médico de turno, los estudiantes de medicina y de enfermería, los residentes y las enfermeras. Las entrevistas con el personal de salud y con los estudiantes de enfermería y de medicina complementaron mi trabajo.

En este espacio del hospital, también sobresalieron las conversaciones entre las usuarias como una categoría de análisis importante.

## **Laboratorio**

Realicé una primera jornada de observación en el laboratorio del Hospital Illimani el 19 de junio de 2006. Para el trabajo de campo en ese sector, acompañé a una técnica de laboratorio (Silvia) en el proceso de un hemograma completo. También conversé con ella y le hice preguntas durante el proceso. En mi cuaderno de campo, registré los pasos del hemograma completo, al igual que las explicaciones que ella me daba y algunas conversaciones entre el personal del lugar.

Acudí al laboratorio porque cuando hice la observación en el consultorio 2 de ginecología, de consulta externa, la doctora mandó a la mayoría de las usuarias a ese lugar a que se hicieran un análisis de sangre para, de esa manera, comprobar su nivel de hemoglobina. Después de esa primera experiencia en el laboratorio, volví a profundizar en el trabajo de laboratorio como una construcción cultural.

### **3.4.2. Base de datos**

El material que constituye mi base de datos consiste en mis apuntes de campo, en entrevistas no grabadas y grabadas, y en transcripciones de todo ese material. Los apuntes de campo incluyen registros de las observaciones en el área de consulta externa, durante las visitas médicas, en las salas de posparto y en el laboratorio del Hospital Illimani. También cuento con registros de mis entrevistas y de las conversaciones entre los diferentes sujetos de la investigación. Debido a que no llevé a cabo muchas entrevistas grabadas, los apuntes registrados en mis cuadernos de campo son muy importantes en la investigación.

El proceso de anotación de los apuntes en los cuadernos de campo, la transcripción de los apuntes y la codificación de las transcripciones también conformaron la metodología de esta investigación. Sin embargo, en cada una de esas etapas, que son parte del análisis de texto, debí recordar que no estaba buscando hechos, sino significados. Como señala Roberto Castro (1996:70-73), debí tener en cuenta el contexto social de la transformación, desde la grabación o toma de apuntes hasta la transcripción y su codificación. En cada momento, participé en la construcción de los datos y, a partir del enfoque de Castro, no pude preguntar si un dato era verdadero o falso, por lo que tuve que enfocarme en su significado dentro de un contexto o momento específico.

### **El cuaderno de campo**

Mi principal instrumento metodológico fue el cuaderno de campo. Una de las razones por la que di prioridad al uso del cuaderno de campo en vez de emplear las grabaciones fue porque me pareció

una técnica menos invasiva. Una experiencia que tuve en el laboratorio del Hospital Illimani reforzó esa percepción. El primer día de mi trabajo de campo en ese espacio del hospital, mientras estaba parada al lado de dos miembros del personal de laboratorio –el doctor Escóbar y Fidelia, una técnica laboratorista–,<sup>86</sup> junto a la mesa donde realizaban un hemograma completo, en un momento de entusiasmo, el doctor Escóbar me sugirió que grabara a Fidelia, quien me estaba explicando el proceso del análisis de la sangre para determinar el nivel de hemoglobina. Sin embargo, al preguntar a Fidelia si podía grabar su explicación, ella me dijo que prefería que no lo hiciera, pero cuando le pregunté si podía tomar apuntes, aceptó.<sup>87</sup>

Como no era posible generalizar la aceptación de Fidelia a todas las demás personas que me colaboraron en la investigación, evalué cada situación por separado en cuanto a la viabilidad de grabar o de registrar por escrito el intercambio. Al final, decidí no grabar ningún intercambio con las mujeres usuarias. Sin embargo, apliqué entrevistas grabadas, los últimos meses de investigación, a la nutricionista del hospital y a los representantes de algunos organismos internacionales que trabajaron sobre temas relacionados con la anemia. Tomé esa decisión considerando que el personal de salud y los empleados de las entidades internacionales están más acostumbrados a esa modalidad de entrevista.

La manera en que registré mis apuntes de campo estuvo estrechamente relacionada con la metodología que empleé para analizar esos datos. Es decir, para mí era importante anotar las interacciones en el momento en que sucedían, o lo más cerca posible a ese momento, debido a que me interesaban las citas textuales. En ese sentido, comparto lo que plantea Rance cuando dice: “Descubrí las limitaciones del lenguaje informado [*“reported speech”*] para el análisis textual cuando me encontré atrapada dentro de mis propias re-presentaciones<sup>88</sup> del lenguaje de otros”<sup>89</sup> (Rance 2003:68). Mi propósito era analizar las construcciones que armaban los sujetos del estudio con relación a la anemia, a la sangre y al “hacer pasar el hambre”, y no mi construcción de sus

---

<sup>86</sup> Con el doctor Escóbar y Fidelia trabajé estrechamente durante el trabajo de campo en el laboratorio del Hospital Illimani. El doctor Escóbar, bioquímico, era el segundo encargado del laboratorio. Profundizo sobre mi trabajo con ellos en el capítulo 5 (“Desarrollando un ojo para la anemia: Construcciones culturales de la enfermedad desde el laboratorio”).

<sup>87</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo cinco horas después de la interacción, el jueves 31 de julio de 2007, a horas 11:55, aproximadamente, en el laboratorio del Hospital Illimani.

<sup>88</sup> La autora utiliza un guión en esta palabra, dividiendo la palabra en dos: “re” y “presentations” (en inglés). Esto genera un juego de palabras, es decir, además de significar “representación”, el guión da un segundo significado: “volver a presentar”.

<sup>89</sup> Traducción propia. Texto original en inglés: “I discovered the limitations for textual analysis of reported speech when trapped within my own re-presentations of others’ language” (Rance 2003:68).

construcciones. Por ello, tuve cuidado en distinguir las interacciones registradas textualmente y mis comentarios sobre lo registrado. Así, cuando registré de manera aproximada las palabras de una persona, lo hice entre corchetes. Como señala Rance, en ese momento, ya estaba “armando mis apuntes de campo *como* datos y considerándolos como transcripciones potenciales desde el momento en que los empecé a escribir”<sup>90</sup> (Rance 2003:68).

Alison Spedding (2006:175) toma una posición diferente respecto al registro de los apuntes de campo, tanto sobre el momento en que se anota como acerca de su carácter invasivo:

Es importante recordar que, por lo general, sacar un cuaderno y tomar notas delante la gente es algo que ofende. Hay ocasiones cuando es posible. En un ampliado (asamblea de una organización), muchos participantes toman notas, y una puede hacerlo sin problemas. También es posible cuando se conoce bien al informante y él quiere colaborar proporcionando datos. En otras situaciones, es necesario en primer lugar desarrollar la memoria.

Reconozco que es debatible el hecho de determinar qué instrumento es más o menos invasivo: la grabación o el registro de los apuntes en un cuaderno de campo. Esa decisión depende, en gran medida, del contexto en el cual se están registrando los datos, de cómo se los registra y de la persona con la que se está hablando. Como señalé anteriormente, debido a la importancia de registrar de manera textual las interacciones que tuve en el Hospital Illimani, no solía depender de mi memoria y, cuando me fue posible, anoté los apuntes de campo en el momento de la interacción.

En todo caso, es importante tener en cuenta el tema del consentimiento informado, tanto para la grabación como para el registro de los apuntes en el cuaderno de campo. Retrospectivamente, me doy cuenta de que no empleé la práctica del consentimiento informado de manera sistemática, principalmente en lo que se refiere al registro de los apuntes de campo. En la mayoría de los casos, cuando entrevisté a una mujer usuaria en el área de internación o en la sala de espera del Hospital Illimani, expliqué el motivo del registro de los apuntes en el cuaderno de campo y pedí permiso a la usuaria para poder anotar. Sin embargo, con gran parte del personal de salud, salté, equivocadamente, el paso de pedir permiso, asumiendo que ellos sabían y aceptaban que el hecho de registrar los apuntes en el cuaderno de campo formaba parte de mi investigación.

---

<sup>90</sup> Traducción propia. Texto original en inglés: “crafting my fieldnotes *as* data and considering their potential as transcripts from the moment I set pen to paper” (Rance 2003:68). Énfasis en el original.

Aunque tomé apuntes casi todo el tiempo, hubo un momento en el trabajo de campo en que decidí dejar de lado el cuaderno. Eso fue en el laboratorio, cuando me dieron la oportunidad de analizar mi propia sangre. En esa circunstancia, debí concentrarme completamente en lo que estaba haciendo. Además, no había el tiempo ni la facilidad de movimiento para registrar los apuntes. En consecuencia, decidí que sería más provechoso dar prioridad a la fluidez del trabajo para hacer el análisis de la sangre y, por ende, dejé en segundo plano el registro de los apuntes. Profundizo sobre este tema en el inciso 5.3. (“Analizando mi propia sangre”).

### **3.5. Relaciones de campo**

Un objetivo principal de este estudio fue resaltar los significados construidos en torno a la anemia por parte de las mujeres que experimentaban la enfermedad, pero sin ignorar las construcciones de otros actores, como las del personal de salud y las de las mujeres usuarias que no fueron diagnosticadas con anemia pero que de la misma manera me ayudaron profundizar mi entendimiento de las construcciones culturales de dicha patología. Inicialmente, por cuestiones de permanencia en el Hospital Illimani, logré interactuar más con el personal de salud de planta. Ese fue, en definitiva, el grupo más estable, ya que pude encontrarlo siempre en las instalaciones del hospital y porque, además, se produjeron pocos cambios de personal en el transcurso de mi trabajo de campo. Las usuarias de la consulta externa, en cambio, cambiaban cada día; en las salas de internación, las usuarias lo hacían cada dos o tres días. El contacto predominante con el personal de salud me generó la siguiente duda: ¿Estoy más al servicio de los médicos que de las usuarias? Mi propósito era equilibrar el trabajo con ambos grupos, pero, en la práctica, eso fue difícil de cumplir.

Por otro lado, entablar entrevistas con el personal de salud resultaba más difícil, debido a la cantidad de trabajo que cada profesional tenía. Como realicé mi trabajo de campo principalmente en las mañanas, que es el turno con mayor cantidad de pacientes en el servicio de consulta externa y en el área de internación, cuando conseguía una entrevista, ésta tenía que ser rápida, concreta y flexible.

Aunque la asistencia de las usuarias era más esporádica, con ellas pude llegar a una mayor profundidad en las entrevistas. Para ello, empleé diferentes tácticas para entrevistarlas. En el consultorio de ginecología, por ejemplo, salía junto a ellas y realizaba entrevistas informales afuera del consultorio, camino al laboratorio o a la farmacia.

En las nueve salas de internación del Hospital Illimani, los médicos de turno y las estudiantes de enfermería me señalaban pacientes diagnosticadas con anemia. También iba registrando en mi

cuaderno de campo cuando escuchaba la palabra anemia o algún síntoma (débil, blanca o amarilla) o ciertos tratamientos (transfusión, tabletas de sulfato ferroso). Luego, volvía a las salas donde se habían identificado casos de anemia, para sentarme al lado de las mujeres y preguntarles sobre aspectos que surgieron en la visita médica, así como sobre sus propias motivaciones y sentires en cuanto al hecho de estar en el hospital.

### **3.5.1. Reubicándome dentro de las relaciones de campo**

A continuación, discuto un momento clave en mi trabajo empírico que me hizo reflexionar sobre mis relaciones de campo, mi relación con los sujetos de la investigación y la negociación de mi agenda dentro del estudio.

Un día, estaba en la sala de espera para llevar a cabo las entrevistas. Como de costumbre, hice mi autoperseñtación delante toda la gente, explicando que era una investigadora estudiantil de la UMSA, interesada en hablar con las personas sobre temas de salud y de cultura. Lo gracioso fue que después de mi presentación nadie me prestó atención. Ese día, nadie quiso hablar conmigo. Entonces, me senté en un rincón de la sala para esperar. Miriam fue la primera que se acercó a mi asiento con una pregunta sobre la comida que estaba dando a su bebé de cuatro meses. Miriam era una mujer de 25 años de edad, de vestido, con cabello negro, largo y lacio. Venía de la Urbanización 83, una zona periurbana de la ciudad de El Alto. Su pregunta llevó a una corta entrevista, durante la cual le pregunté por qué se acercó para hablar conmigo. Miriam me respondió de la siguiente manera:<sup>91</sup>

Y: ¿Y por qué has venido a hablar conmigo?

M: Porque yo también así he estudiado... Siempre alguien necesita ayuda... Cuando viene la gente aquí a preguntar, siempre algoito les digo... Yo también he pasado por eso...

Retrospectivamente, ese intercambio me sirvió de ejemplo para deconstruir la relación de poder entre investigador y entrevistado. Como ex estudiante, Miriam podía entender mi situación como investigadora estudiantil. Entonces, ella se elevó al nivel de investigadora y me bajó al nivel de alguien que necesitaba ayuda. El intercambio también me hizo reflexionar retrospectivamente sobre

---

<sup>91</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo, el martes 10 de abril de 2007, de 11:12 a 11:37, en el momento de la entrevista realizada en la sala de espera de consulta externa del Hospital Illimani. En este documento, todas las citas referentes a una interacción con Miriam corresponden a esta misma conversación.

la declaración y la negociación de mi agenda en la investigación. Según Rance y Salinas Mulder (2001:27):

Un ejercicio para ensayar la práctica ética en este campo es la redacción de la autopresentación del/de la investigador/a para un determinado grupo de sujet@s. Al trasladar esta prueba a la práctica, se da la máxima oportunidad a l@s sujet@s aborad@s para aceptar, cuestionar, discutir o rechazar la intervención propuesta.

Mediante la autopresentación que primero escribí y después memoricé en el camino, informaba a las usuarias qué estaba haciendo y por qué lo estaba haciendo. En esa introducción, también indicaba que había hablado con otras mujeres en la sala de espera y con el personal de salud del hospital, pero que no solamente quería la opinión del personal de salud, sino también la opinión de ellas. En ese sentido, siento que fui clara con mis propósitos y con mis intereses ante las usuarias. Sin embargo, mi intercambio con Miriam me hizo repensar la manera en que las usuarias interpelaban con mi investigación; es decir, si realmente les estaba dando la posibilidad de interpelar.

Frente al rechazo de las otras señoras en la sala de espera, ese día, pude abrirme al cuestionamiento de Miriam respecto a mi estrategia metodológica y, gracias a mi discusión con ella, pude ajustarla. Como Miriam me sugirió, me acerqué individualmente a las mujeres que estaban en la sala de espera y eso resultó mucho más provechoso que mi anuncio general delante de todos.

El encuentro con Miriam también me enseñó flexibilidad para conversar, al igual que a estar más tranquila y a ser menos exigente con mis tiempos en la sala de espera, inclusive si el tema de conversación con las usuarias parecía no tener ninguna relación con mi investigación. Así mismo, experimenté el desprendimiento que Rance y Salinas Mulder describen cuando sostienen lo siguiente (2001:22): “Poco a poco nos vamos desprendiendo de la voluntad omnipotente de controlar las relaciones que se establecen en el proyecto”.

La experiencia descrita me ayudó a reconocer que en el proceso de la investigación “No estamos frente a un camino lineal. Todo lo contrario: se trata de un camino serpenteado, de idas y venidas, que se va construyendo a partir de la reflexión, decisión y negociación de l@s actores/as involucrad@s” (Rance y Salinas Mulder 2001:58). Esa ida y vuelta se va dando, justamente, en interpelación con los sujetos de la investigación. Por otro lado, mi experiencia con Miriam me permitió evaluar mi “intencionalidad respecto a las personas investigadas” (Rance y Salinas Mulder 2001:25). En mi apuro y en mi rigidez, quería realizar las entrevistas en la sala de espera,

rápidamente y según mis términos. Cuando eso no funcionó, recién reconocí que con esa manera de trabajar estaba utilizando a los sujetos para mis fines, es decir, sólo para sacarles información y conseguir datos sobre ellos (Rance y Salinas Mulder 2001:27). Sin embargo, Miriam me ayudó a ajustar mi relación con los sujetos de la investigación, para “ampliar [mi] comprensión de sus realidades en procesos colaborativos con ell@s” (Rance y Salinas Mulder 2001:27). En efecto, ajusté mi ritmo de trabajo y mi manera de acercarme y de entrevistar a las personas, en función de mi comprensión de una realidad que me relató Miriam. De esa manera, pude reconocer a Miriam como experta de su propia realidad (Rance y Salinas Mulder 2001:26) y pude trazar una relación más simétrica entre sus conocimientos como investigada y mis conocimientos como investigadora.

### **3.6. Dilemas y decisiones éticas**

Inicio mi discusión sobre dilemas y decisiones éticas en esta investigación con el siguiente antecedente: “Cuando se lo considera, el tema de la ética en la investigación es frecuentemente incluido en los informes de investigación como una reflexión posterior” (Ryan 1997:81 citado en Rance y Salinas Mulder 2001:57). En mi caso, si bien estuve consciente de algunas cuestiones éticas a lo largo de todo el proceso, como en la cuestión del consentimiento informado, en la privacidad de los sujetos de la investigación y en la reciprocidad, por ejemplo, en la mayoría de los casos, no plasmé mis reflexiones éticas en el texto. Para esas situaciones, Rance y Salinas Mulder (2001:62) dan la siguiente alternativa:

...reflexión retrospectiva (...) El solo hecho de hacerlo convierte la experiencia en (re)-conocimiento y conlleva el potencial de avanzar hacia prácticas investigativas más democráticas y respetuosas de los saberes y derechos de l@s otr@s.

A pesar de haber documentado la mayor parte de mis reflexiones éticas después de terminar la investigación, la lectura de textos relacionados con la ética postrabajo de campo me dio un respaldo bibliográfico para las decisiones que ya había tomado en campo. A continuación, rescato algunos ejemplos de los dilemas y de las decisiones éticas de esta investigación.

#### **3.6.1. Consentimiento informado**

En muchas investigaciones, se emplea el consentimiento informado como una formalidad, sin pensar en las implicaciones éticas de ese ejercicio. “La preparación de un protocolo ético y la firma de un consentimiento informado (...) parecen dar ‘carta blanca’ a investigadores/as y entidades financieras” (Rance y Salinas Mulder 2001:57). Yo también caí en esta trampa.

Respecto al consentimiento informado, Rance y Salinas Mulder (2001:36) ofrecen la siguiente definición:

La institucionalización del “consentimiento informado” se ha centrado en dotar de toda la información considerada necesaria –por l@s investigadores/as– a l@s sujet@s, y al respecto a su decisión “libre” y “voluntaria” de participar o no en la investigación.

No obstante, las autoras también hacen notar que hay una “amplia discusión sobre el cómo de su aplicación” (Rance y Salinas Mulder 2001:36).

Seguidamente, discuto cómo manejé un dilema con relación al consentimiento informado. En esa discusión, incluyo mis reflexiones y las decisiones que tomé al respecto. Empiezo la discusión con una precisión de Rance y Salinas Mulder (2001:37) sobre el tema del relacionamiento entre la investigadora y los sujetos de la investigación:

[Cómo] “conseguir participantes” para un estudio. Tomando en cuenta las jerarquías y formas de organización, l@s investigadores/as acuden frecuentemente a l@s dirigentes/as para solicitar que autoricen el desarrollo de la investigación y aseguren la participación de l@s sujet@s. (...) Esta estrategia, generalmente muy eficaz, refuerza las relaciones de poder a menudo jerárquicas y autoritarias entre dirigentes y bases. Minimiza, por tanto, las posibilidades de decidir libre y voluntariamente de las personas particulares, independientemente de la aplicación o no de cualquier formulario a protocolo.

Como investigadora, también experimenté el afán de “conseguir participantes” para mi estudio. En mi caso, sin embargo, en vez de pedir permiso a los dirigentes de una comunidad para asegurar la participación de la totalidad de los comunarios, pedí permiso y coordiné con el personal de salud para concretar entrevistas con las mujeres usuarias. Relaciono mi pedido al personal de salud con los pedidos a los dirigentes de la comunidad, porque, en ambos casos, se busca una autorización por encima de la persona con quien realmente se quiere trabajar.

Mi relación con las mujeres usuarias, con el personal de salud como intermediario, se dio para mis entrevistas en el área de internación del Hospital Illimani. Mi contacto con las mujeres usuarias en la sala de espera fue más directo. A continuación, presento un ejemplo del trabajo de campo que me ayudó a reflexionar sobre mi relación con las mujeres usuarias a través del personal de salud.

Cuando empecé mi trabajo de campo en el área de internación del hospital, me dejé guiar, predominantemente, por los criterios del personal de salud para la selección de las usuarias. Al principio, me pareció problemático utilizar los criterios del personal de salud en mi identificación de pacientes para aplicar las entrevistas.<sup>92</sup> Pero, después, decidí aprovechar esa circunstancia para reflexionar sobre mi ubicación con relación al personal de salud.

En ese sentido, las enfermeras y los estudiantes de enfermería me colaboraron, más que todo, sugiriendo diferentes maneras de llegar a las usuarias, entre ellas: buscar a las pacientes después de la visita médica y utilizar las carpetas de historia clínica almacenadas en la enfermería, para averiguar los resultados de laboratorio de las usuarias. Viviana, una estudiante de enfermería también me aconsejó ir al hospital en la tarde e incluso me ofreció mostrarme las camas “con anemia”.

Un día, cuando regresé por la tarde al área de internación, me encontré con Viviana, quien era la que más me estaba ayudando a encontrar mujeres para entrevistar para mi tesis. Ella ya estaba de salida. Me agarró del brazo y empezamos a caminar juntas por los pasillos de las salas. En ese momento, ella lanzó el siguiente comentario: “¿Por qué no has venido ayer? Había una mujer que casi se muere de la anemia. Su hemoglobina estaba en...”<sup>93</sup>

Ese comentario me impactó fuertemente y me hizo reflexionar sobre cómo me percibían mis colaboradores estudiantes de enfermería en el hospital. Una paciente casi se muere y la estudiante de enfermería no pudo esperar para avisarme del caso para mi tesis. Mi intencionalidad respecto a las personas investigadas no era “conseguir datos de ellas”, sino “comprender sus realidades” (Rance y Salinas Mulder 2001:25). Sin embargo, al reflexionar sobre el comentario de la estudiante de enfermería (V), me di cuenta de que, tal vez, esa estudiante me vio como una investigadora que sólo quería “sacarles información” (Rance y Salinas Mulder 2001:25) a las mujeres diagnosticadas con anemia en el Hospital Illimani.

Otro dilema ético de esa índole surgió durante un trabajo de campo preliminar que realicé en la sala de espera y en los consultorios del Hospital Illimani. Incluyo la siguiente descripción de mi

---

<sup>92</sup> Los criterios utilizados para identificar casos de anemia estuvieron basados en los protocolos, los diagnósticos clínicos y los diagnósticos de laboratorio que asignaban un nivel de hemoglobina a la sangre de una mujer usuaria.

<sup>93</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo, el sábado 15 de noviembre de 2006, una semana después de la interacción.

reflexión y la toma de decisión sobre ese dilema. La escribí para el trabajo final del Taller de Tesis II, el 27 de noviembre de 2006:

Un dilema fue el acceso a los resultados de laboratorio de las usuarias embarazadas que se hacían atender en el consultorio de ginecología donde yo realicé mi observación participante. En el momento del trabajo preliminar, no tenía preparado un formulario de consentimiento informado. Posteriormente, pregunté al director del hospital (Dr. QQ) si se manejaba una norma de consentimiento informado en el hospital. Él me dijo que sí, pero solamente la utilizaban en casos como cirugía y transfusiones.

La posición inicial que quería tomar frente a este dilema fue de elaborar un formulario de consentimiento informado que cada usuaria firmaría antes de que yo tenga acceso a la información de sus resultados de laboratorio y a otra información de su historia clínica. Sin embargo, después de una primera etapa de observación en el consultorio de ginecología, ya no estaba revisando resultados de laboratorio e historias clínicas directamente, sino registrando las referencias a esos documentos hechas por el personal de salud, en su interacción con la usuaria. Por este motivo, ya no fue necesaria la elaboración de un consentimiento informado para acceder a ver estos documentos.

Sin embargo, un consentimiento informado sí era necesario para otros aspectos de la investigación, en una entrevista por ejemplo. Por esta razón, antes de empezar cualquier entrevista, realicé un consentimiento informado verbal. Esta modalidad consistió en una discusión y acuerdo antes de cualquier entrevista, donde yo, como investigadora, explicaba mis problemas de investigación y el motivo del estudio. Después, preguntaba a la persona que quería entrevistar si estaba de acuerdo con participar.

Elegí esta respuesta al problema por la posible desconfianza que podía surgir para algunos sujetos por el hecho de firmar o de colocar su nombre verdadero sobre un papel. De hecho, en esta discusión inicial, antes de la entrevista, explicaba a la persona que quería entrevistar que a partir de ese momento podía usar su nombre verdadero o inventar un nombre. Varias usuarias eligieron un pseudónimo, el cual se utilizó durante toda la interacción, por lo que hubo casos donde nunca se utilizó el nombre verdadero de la usuaria entrevistada.

Cuando escribí ese autoanálisis de mis dilemas y de mis decisiones éticas, mi principal preocupación era el tema del consentimiento informado con las mujeres usuarias a quienes quería entrevistar. Sin embargo, otro dilema en el que no enfatice en ese momento fue el acceso a las historias clínicas de las usuarias, sin su consentimiento. En alguna fase de la investigación, quise pedir la autorización del hospital para acceder a ese tipo de datos, pero, después, decidí no hacerlo. Ahora, me doy cuenta de que, al haberlo, habría estado violando los derechos de las mujeres usuarias, porque ellas no hubieran sido las que me daban permiso para ver sus registros, sino los administrativos del hospital. De esa manera, hubiera estado en una situación parecida a la del investigador que solicita autorización al dirigente de una comunidad para poder trabajar con un comunario, aunque mi situación hubiera sido peor, porque el director del hospital no tiene los mismos lazos culturales con las usuarias que una autoridad con su comunidad.

### **3.6.2. Confidencialidad con los sujetos de la investigación**

En cuanto al uso de pseudónimos, empleé una estrategia diferenciada para las mujeres usuarias y para el personal de salud. En el caso de las usuarias, pregunté a todas las mujeres si querían usar su nombre real o si preferían emplear algún pseudónimo. Con el personal de salud, en cambio, opté por asignarles directamente un pseudónimo, presumiendo que eso era lo que hubieran preferido. Hice lo mismo con la institución donde realicé mi trabajo de campo. Tomé esas decisiones para proteger la privacidad de los sujetos de la investigación. Sin embargo, mientras realizaba mi trabajo de campo, no me di cuenta de que algunos sujetos podían haber preferido ser reconocidos.<sup>94</sup> De esa manera, no respete plenamente la autonomía del personal de salud, en el sentido que la autonomía “reconoce la capacidad plena de l@s sujet@s para tomar decisiones en función a sus intereses” (Rance y Salinas Mulder 2001:52). A pesar de ese error, empleé un criterio universal en el trabajo; es decir, cuando no solicitaba a un sujeto su autorización para utilizar su nombre real, utilizaba siempre un pseudónimo.

La decisión de cambiar el nombre del hospital donde realicé mi trabajo de campo fue personal y no producto de una negociación con los proveedores de salud de ese centro hospitalario. Posiblemente, si hubiera preguntado al personal de salud sobre el uso de un pseudónimo para identificar al

---

<sup>94</sup> “La confidencialidad y el anonimato tienen que ver con percepciones y valoraciones de riesgo y beneficio” (Rance y Salinas Mulder 2001:52).

hospital, habría logrado una discusión fructífera no sólo sobre el uso o no de un pseudónimo, sino también acerca de los resultados del mismo estudio.<sup>95</sup>

En la mayoría de mis interacciones con las mujeres usuarias, planteé la pregunta sobre el uso de pseudónimo al inicio de la entrevista. En el transcurso de la investigación, recién me di cuenta de que eso era problemático dado que “muchos eventos y efectos que hacen al proceso no pueden predecirse desde un inicio” (Rance y Salinas Mulder 2001:36). Después de una comunicación con mi tutora de tesis, decidí cambiar mi estrategia y, en consecuencia, empecé a preguntar a las mujeres usuarias si querían usar su nombre real o un pseudónimo al final de la entrevista. Con ello, me pareció que la decisión de las usuarias era una decisión más informada, porque recién al final de la entrevista podían evaluar a qué estaban poniendo su nombre.

Después de haber considerado las principales herramientas metodológicas empleadas en este estudio, tanto las teóricas como las materiales, paso al primer capítulo de hallazgos. En él, analizo las construcciones culturales de las mujeres usuarias que conocí en la sala de espera del área de consulta externa del Hospital Illimani, en torno a la anemia y al “hacer pasar el hambre”.

---

<sup>95</sup> Hago esta aclaración en base a mi reflexión sobre un comentario realizado por la licenciada María Dolores Castro como miembro del tribunal que revisó el borrador de esta tesis.

## CAPÍTULO 4: “HACER PASAR EL HAMBRE”

En este capítulo, exploro la relación entre las construcciones culturales del “hacer pasar el hambre” y de la anemia. Las mujeres a quienes entrevisté en la sala de espera del Hospital Illimani me explicaron que la práctica de distraer el hambre y de restringir su alimentación era una de las causas de la patología denominada anemia. Lucía Mamani,<sup>96</sup> una de las mujeres que conocí en la sala de espera, me describió cómo hacía pasar el hambre en el trabajo, cuando llegaba la hora de comer y todavía no había concluido la ruta del minibús en el que trabajaba como voceadora. Otra mujer (SS) me relató cómo sus vecinas cocinaban poca comida para el almuerzo y hacían pasar el hambre para dar de comer a sus hijos. La validación y el análisis de esta categoría me ayudaron a plantear otras maneras de entender la anemia.

Como este capítulo se trata de las construcciones culturales de la anemia en el escenario de la sala de espera del Hospital Illimani, empiezo con la siguiente descripción que registré en mi cuaderno de campo mi primer día de observación en dicho hospital:<sup>97</sup>

Sesenta a setenta personas, bebés y niños en la sala de espera, rodeada por puertas que están señaladas con letreros verdes y blancos: Consultorio 1, 2, 3, 4, 5, Odontología y Baño del personal. Los letreros están colocados por encima de una ventanita que está sobre la puerta de cada consultorio. Un letrero de papel, pegado sobre la puerta de cada uno, indica su especialidad. Consultorio 2: Planificación familiar. Consultorio 3: Medicina general. Consultorio 4: Pediatría. Después viene la enfermería, con un letrero hecho a mano que dice “Enfermería”, pegado en la puerta. Consultorio 5: Ginecología, marcado con grandes letras anaranjadas en la ventanita que está encima de la puerta. Después, el consultorio dental y, finalmente, un letrero que dice “WC-Y-C”, el baño para las usuarias. El Sol está entrando a través de las ventanas que se encuentran a lo largo de la pared, justo debajo del techo. Los bebés están llorando. Las mamás dicen: “Sh, sh, sh... ca chu, ca chu, ca chu”.

Después pienso que el día o este viaje al hospital empieza para estas mujeres a las seis o a las siete de la mañana, cuando empiezan la espera para ser atendidas. Antes, incluso, cuando se despiertan para alistarse y alistar a sus bebés para venir al hospital.

---

<sup>96</sup> Nombre real. La señora me autorizó a utilizar su nombre verdadero durante la entrevista.

<sup>97</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo, el jueves 11 de mayo de 2006, a horas 11:00, en el momento de la observación.

La hora depende de dónde están viniendo. Yo estoy aquí a las 10:30 u 11:00 y muchas ya han vivido su mañana. Los olores no son muy agradables. No puedo distinguir un olor en específico. El personal del hospital, la recaudadora, los/las médico/as y las enfermeras llevan la chamarra del hospital. Con sus colores verde oscuro y beige, y la insignia del hospital, parecen un equipo deportivo. (...) Los niños mayores están correteando entre los pasillos, sin que nadie les diga nada. Mujeres con sus sombreros de *jean* y de paja blanca, para protegerles del Sol. Bebés “estronguistas” con sus gorritos para el frío.

#### 4.1. El caso de Lucía: La anemia y el “hacer pasar el hambre”

Lucía Mamani fue una de las mujeres que entrevisté en la sala de espera de consulta externa del Hospital Illimani. Por medio de ella, conocí el concepto de “hacer pasar el hambre” y cómo esa práctica llevaba a la enfermedad de la anemia. Aunque Lucía no acudió al centro hospitalario específicamente para remediar los síntomas de su anemia, ella hace alusión a la anemia y, posteriormente, se relaciona personalmente con la enfermedad,<sup>98</sup> como ilustro con un fragmento de la entrevista que sostuve con ella:<sup>99</sup>

Y: ¿No quieres comer?

L: No quiero comer.

Y: ¿Por qué?

L: Eso no sé o será ya anemia, yo digo. He pesado 59 y ahora [peso] 54.

Y: ¿Qué tiene que ver con anemia?

L: Quiero comer. Me antojo. Pero me da asco. Como si hubiera estado embarazada. Ya no. Como... no sé qué cosa tengo.

A lo largo de este acápite, discuto diferentes aspectos de las construcciones culturales de la anemia y del “hacer pasar el hambre” que armó Lucía. Realizo esa tarea respondiendo a la siguiente pregunta: ¿Qué se espera de Lucía como mujer no embarazada en cuanto a su anemia? Para ello, aplico principalmente el concepto de rol del enfermo (Parsons 1951:434) en su relato. Aunque la categoría

---

<sup>98</sup> Hago esta aclaración en base a mi reflexión sobre un comentario realizado por la magister en Ciencias Aurora Bellido Gómez como miembro del tribunal que revisó el borrador de esta tesis.

<sup>99</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo, el viernes 16 marzo de 2007, de 12:05 a 12:25, aproximadamente, en el momento de la interacción entre mi persona (Y) y Lucía (L), en la sala de espera de consulta externa del Hospital Illimani. En este documento, todas las citas referentes a una conversación con Lucía Mamani corresponden a esta misma conversación.

de rol del enfermo es planteada inicialmente por el sociólogo Parsons, varios antropólogos médicos la aplican en sus trabajos (Chrisman y Johnson 1990, Hughes 1990, Kleinman 1980, y Rubel y Hass 1990).

De igual modo, empleo el concepto de Good (1994) sobre los campos semánticos y sociales de la enfermedad, para argumentar cómo los diferentes ámbitos de la vida de Lucía intervienen en sus construcciones de su rol de enferma y de la anemia. En ese marco, cuestiono la manera en que Lucía maneja su rol de enferma y analizo tanto su ubicación dentro de ese rol como, en términos de su derecho a estar enferma, su liberación de responsabilidades, su aceptación del rol de enferma y su voluntad para mejorar, aspectos que son fundamentales en la definición que hace Parsons sobre el rol del enfermo (Parsons 1951:436-437). En ese sentido, me pregunto hasta qué punto se legitima o no el rol del enfermo adscrito y asumido por Lucía.<sup>100</sup>

Como parte de mi trabajo etnográfico, apliqué una fase de validación, según las pautas de la teoría fundamentada de Strauss (1987:11-14). A lo largo de este capítulo, comento el uso de la validación, tanto en el trabajo de campo como en el análisis de datos.

En este inciso, muestro cómo Lucía dio apertura a otras construcciones culturales del objeto de estudio, como el “hacer pasar el hambre”.<sup>101</sup> Desde una posición realista, anemia sería el tema central de este estudio y la práctica de “hacer pasar el hambre” sería un hecho anecdótico, de sentido común o “folk”. Sin embargo, a partir del relato de Lucía, tomo la categoría “hacer pasar el hambre” como tema central, desplazando, de alguna manera, a la anemia. Elevo el “hacer pasar el hambre” en valor como una construcción cultural del objeto de estudio tan válida como lo es la anemia. Relaciono el concepto del rol de enfermo con la anemia y el “hacer pasar el hambre” mediante esa noción de anemia desplazada.

El día que conocí a Lucía Mamani, me estaba presentando y estaba describiendo mi proyecto frente a un grupo de señoras en la sala de espera de consulta externa. Lucía estaba sentada. Me llamó con su mano y con su cabeza, y me dijo: “Yo puedo participar”.

---

<sup>100</sup> Tomé la decisión de utilizar para este caso las herramientas analíticas, campos sociales y semánticas de la enfermedad y rol del enfermo, sobre la base de un parámetro central de la teoría fundamentada, que aboga por una constante ida y vuelta entre el trabajo empírico y la revisión bibliográfica. Hago esta aclaración en base a mi reflexión sobre un comentario realizado por la magister en Ciencias Aurora Bellido Gómez como miembro del tribunal que revisó el borrador de esta tesis.

<sup>101</sup> Hago esta aclaración en base a mi reflexión sobre un comentario realizado por la magister en Ciencias Aurora Bellido Gómez como miembro del tribunal que revisó el borrador de esta tesis.

Lucía era una señora de pollera, de aproximadamente 40 años, que iba al hospital desde Coricota, una zona concurrida de El Alto, para hacerse un Papanicolau. Estaba preocupada porque, a veces, su menstruación se ausentaba de dos a tres meses. Aunque inicialmente ella me habló sobre su Papanicolau y sobre las complicaciones que había tenido con la administración de la Depoprovera (un inyectable anticonceptivo), como motivos para hacer la consulta, durante el resto de la entrevista me habló de los síntomas relacionados con su anemia<sup>102</sup> y de las posibles causas que ella atribuía a esa condición.

En mi análisis del caso de Lucía, propongo un nueva traducción del concepto *sick role*. De aquí en adelante, lo traduciré como rol *como* enferma<sup>103</sup> en vez de rol de enferma. Este ajuste me parece importante para apuntar a las maneras en que la enferma maneja su rol.

#### **4.1.1. Ser mujer fértil y el rol como enferma**

Rescatando el concepto de campos semánticos de la enfermedad (Good 1994:92-101), ubico la anemia de Lucía en el contexto de su vida reproductiva y en las expectativas que ella tenía consigo misma, en ese sentido.

Lucía me habló de su vida reproductiva, me contó cómo murieron dos de sus hijos, me dijo que ya no le venía su menstruación y me explicó que desde hace más de dos años no se podía embarazar. También me habló acerca de los secretos que tenía con su esposo, pues él no sabía que ella usaba la inyección anticonceptiva. Lucía relacionaba su improbabilidad de embarazarse con un estado desviacionista: “No soy normal”, decía. Esa imposibilidad de embarazarse fue una de sus motivaciones para acudir al Hospital Illimani.

Por otro lado, como Lucía no estaba cumpliendo con su tarea como mujer reproductora en el sistema sociocultural, tenía que hacer otra cosa que sea útil para la sociedad, es decir, trabajar. Pero en su rol como enferma tampoco estaba trabajando adecuadamente. Por tanto, estaba alterando el

---

<sup>102</sup> Reconozco que los síntomas que describió Lucía (sueño, falta de apetito y desgano) podrían ser síntomas relacionados con otras patologías. Sin embargo, para los propósitos de esta investigación, para mí resultó menos importante saber si Lucía fue diagnosticada clínicamente con anemia o con otra enfermedad. Ciertamente, el hecho de que ella se identificara con la anemia e introdujera la construcción cultural del “hacer pasar el hambre” cobraron más relevancia. Hago esta aclaración en base a mi reflexión sobre un comentario realizado por la magister en Ciencias Aurora Bellido Gómez como miembro del tribunal que revisó el borrador de esta tesis.

<sup>103</sup> Empiezo a utilizar rol *como* enferma en vez de rol *de* enferma para demostrar que ese estado es sólo un aspecto de la vida de Lucía. Decir “de enferma” da a entender que ese rol domina totalmente el ser de Lucía.

equilibrio de *su* sistema sociocultural, de su mundo dentro del minibús en el que trabajaba como voceadora.

En la siguiente acotación, comienzo a examinar las diferentes posiciones que ocupaban Lucía y su esposo con relación al rol como enferma que ella cumplía:

- Y: ¿Y por qué has venido al hospital hoy día? ¿Qué te ha traído aquí?
- L: Yo he venido hoy día a hacerme Papanicolau, porque no estoy bien. Me siento mal... A veces hay que se pierde dos, tres meses. Entonces no puedo embarazarme y hay veces que me da mareo.
- Y: Has dicho que se pierde dos o tres meses. ¿Qué se pierde?
- L: El periodo... que venía normal. He usado la inyección para no embarazarme. Depoprovera. Un año... Después que la he dejado, ya no soy normal... La he dejado dos años y no puedo embarazarme.
- Y: ¿Ya no eres normal? ¿Cómo es eso?
- L: O sea que no me siento bien. Me siento mal..., cansada... [He venido a] hacerme Papanicolau. A ver qué me dice [el] resultado...
- Y: ¿Tienes hijos?
- L: Tengo uno..., tengo... Dos han muerto... Tres eran... Por no quedarme con familia, he usado esa inyección... A veces, he tenido problemas con mi marido. No sabe mi marido que he usado esa inyección... Y no me da hambre, no quiero comer.

Para analizar esta parte del relato, planteo algunos puntos de convergencia y de divergencia entre el lugar en el que Lucía se ubicaba en torno a su rol como enferma y el lugar en el cual su esposo se ubicaba en torno al rol como enferma de su esposa. Cuando hablo de puntos de convergencia y de divergencia, quiero explorar en qué medida tanto Lucía como su esposo aceptaban el rol como enferma de Lucía, al igual que dónde y cómo demostraban que lo aceptaban o que no lo aceptaban. Sobre la base de estas preguntas me cuestiono hasta qué punto existe convergencia y hasta qué punto existe divergencia entre las posiciones de Lucía y de su esposo con relación al rol como enferma de Lucía.

Debido a que la versión del esposo no es su propia versión, sino el relato de Lucía, también incluyo el informe de un ejercicio de validación que realicé con algunos minibuseros, en la ciudad de El Alto, sobre el trabajo en pareja en un minibús y sobre las posibles reacciones en el caso de que sus esposas se enfermaran, es decir, si presentaran síntomas de anemia.

## **La postura de Lucía**

Lucía estaba preocupada. Fue al hospital porque no le venía su regla y porque no podía embarazarse. Además, se sentía mal y cansada, y relacionaba ese estado con el uso de un anticonceptivo en inyectable. Biológicamente, sin su menstruación, Lucía no podía engendrar hijos. Socioculturalmente, se trata de una desviación de su rol como mujer. Sin embargo, su imposibilidad de quedar embarazada no le otorgaba el derecho de ocupar el rol como enferma, no le daba derecho a descansar ni le dejaba libre de culpa por su enfermedad. De algún modo, sin embargo, Lucía asumió su rol como enferma yendo al hospital para buscar un remedio.

## **La postura del esposo de Lucía, según Lucía**

Si bien no hablé con el esposo de Lucía y sólo conozco la posición de ella hacia él, me parece válido analizar este punto. Por ello, para abordar el tema de la pareja con relación al “[no] tener hijos” y al uso de la inyección anticonceptiva, incluyo la siguiente acotación:

Y: ¿Tienes hijos?

L: Tengo uno..., tengo... Dos han muerto... [Eran tres.] Por no quedarme con familia, he usado esa inyección... A veces, he tenido problemas con mi marido. No sabe mi marido que he usado esa inyección... Y no me da hambre, no quiero comer.

En el caso de Lucía, el uso de métodos anticonceptivos estaba relacionado con problemas y secretos con su marido. Según Lucía, era un punto conflictivo en la relación.

### **4.1.2. El rol como enferma relacionado con la anemia**

Lucía iba asumiendo el rol como enferma con múltiples enfermedades: mujer no fértil y mujer con síntomas de anemia. Lucía, en su relato, vinculó ambos aspectos que, para mí, estaban separados. Si bien considero el no engendrar como parte del rol como enferma de Lucía, trato este tema con mucho cuidado. No insinúo que el no poder tener hijos sea desviacionista en sí mismo. En su lugar, me refiero a la manera en que Lucía explicaba esa parte de su rol como enferma. Para Lucía, la ausencia de su regla era desviacionista y, en ese sentido, formaba parte de su rol como enferma.

Lucía no tenía derecho a estar enferma. Sin embargo, una mujer embarazada sí tendría ese derecho. Para una mujer embarazada, existe una tolerancia para la manifestación de los síntomas de la anemia, por ejemplo, y esa tolerancia está delimitada por reglas y por normas socioculturales. Pero, ¿de qué sirve que una mujer que no procrea, como Lucía, goce del mismo rol como enferma que

una mujer embarazada? La embarazada puede estar cansada, puede dormir y puede estar sin ganas; una mujer que no espera familia tiene que trabajar y tiene que producir recursos económicos.

Otros aspectos del rol como enfermo son el liberarse de las tareas diarias y la “obligación” de quedarse en cama (Parsons 1951:437). A pesar de ello, en el caso de Lucía, su esposo no le indicó que se quedara en cama; por tanto, ella seguía trabajando, a pesar de su enfermedad.

A continuación, exploro la siguiente pregunta: ¿por cuánto tiempo tiene derecho Lucía a enfermarse antes de volver a sus obligaciones? Retomo el concepto de los puntos de convergencia y de divergencia entre la ubicación de Lucía y de su esposo, con relación a esta pregunta.

Cito el siguiente diálogo en el que Lucía describió algunos síntomas relacionados con la anemia y cómo surgieron en el contexto de su trabajo, además de interferir con él; Lucía también habló sobre las reacciones de su esposo ante tales bajones:

Y: Una mujer me ha dicho esto sobre unas pastillas que le han dado en una clínica, para su anemia. Esto me ha dicho su esposo sobre estas pastillas. (Leo una parte de la siguiente transcripción.<sup>104</sup>)

W: Para que tenga apetito era..., media hora antes de las comidas había que tomar..., recién allí iba agarrando gusto para comer... Para que se pase la anemia..., ya no tenía que dormir..., tenía que caminar...

X: Ya no dormía. Ya tenía un poco más de hambre...

Y: ¿Qué te parece?

L: Sí, a mí sueño me da. Ya estoy durmiendo a cada rato en mi trabajo.

Y: ¿En qué trabajas?

L: Yo trabajo con minibús..., tengo minibús... Soy voceadora... Me duermo pero, ya no estoy anunciando... (Ríe.) A veces me hago reñir. Temprano estamos descansando, pero duermo nomás...

Y: ¿Con quién trabajas?

L: Con mi esposo.

Y: ¿Y tu esposo, qué dice?

L: Por eso, me riñe nomás. Él me dice: “andá, andá, hazte ver al hospital...”, pero no me ha dado ganas de venir... Mi hermana me dice: “¿Cómo lo vas

---

<sup>104</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo, el martes 4 de julio de 2006, de 9:15 a 9:47, en el momento de la interacción entre mi persona (Y), una embarazada joven (X) y su pareja (W), en la sala de espera de consulta externa del Hospital Illimani.

a dejar así nomás?”... Antes me ha dicho, desde el año pasado... Ya voy a ir la próxima semana... Y así lo estoy haciendo pasar..., pasar tiempo, peor es... No tengo ganas. Sin ganas me siento. Bien cansada.

### **El relato de Lucía sobre la postura de su esposo hacía su anemia**

Inicio esta parte con la ubicación y, de alguna manera, con la voz del esposo que aparece en el relato de Lucía, porque sus palabras son fuertes. El comentario que hizo, “Andá, andá, hazte ver en el hospital...”, es esencial en mi argumentación, debido a que articula múltiples significados en torno al rol como enferma de Lucía.

El esposo desempeñaba un rol principal como jefe<sup>105</sup> de Lucía, adjudicándose el derecho de liberarla o no de sus obligaciones laborales. No aceptaba el rol como enferma de su esposa, porque no le cedía tiempo para descansar y no la obligaba a quedarse en cama para que pueda recuperarse. Por otro lado, la reñía y casi le ordenaba ir al hospital, exigiéndole, como empleada, que mejorara su desempeño en el trabajo. Para el esposo de Lucía, ella no estaba enferma y debía seguir trabajando o, si estaba enferma, no significaba que debía dejar de trabajar.

Sin embargo, el caso llegó hasta el punto en que Lucía ya no podía anunciar en el minibús. Además, se veía obligada a concluir su jornada laboral más temprano. Por tales motivos, debió ir al hospital. Su esposo no le decía que fuera al hospital por ser buena gente o por ser un esposo preocupado por su bienestar; le decía que fuera al hospital para que mejorara y volviera a trabajar como antes. En otras palabras, cuando al esposo le “dolía el bolsillo”, recién daba permiso a Lucía para salir del trabajo e ir al hospital.

Como no fue posible entrevistar al esposo de Lucía para conocer su posición, hice un ejercicio de validación con otros minibuseros alteños que también trabajaban con sus esposas como voceadoras. Planteé la siguiente pregunta para ese ejercicio: ¿si tu esposa estuviera enferma, seguiría trabajando? Luego, describí la situación de Lucía: no voceaba, descansaba temprano, estaba cansada. Después, pregunté a los minibuseros lo siguiente: ¿qué harías y qué sentirías en esa situación?

---

<sup>105</sup> En un minibús, el conductor es el jefe del/de la voceador/a que es su ayudante. Como jefe, maneja los ingresos económicos y da parte de ellos a su ayudante. La cuestión referida a quién maneja tales ingresos, y cuándo y cómo los distribuye, que no incluyo en este trabajo, podría ser analizada en otra investigación.

Como parte del ejercicio de validación, tuve una conversación con un chofer (señor Yapita) que estaba bajando de la Ceja de El Alto hasta la ciudad de La Paz. Era jueves 24 de julio de 2007, a las 10 de la mañana. Subí al minibús y noté que había una mujer como voceadora. Me senté adelante, al lado del chofer. Le expliqué que estaba haciendo mi tesis en el Hospital Illimani sobre un tema de salud y que allí conocí a una señora que trabajaba como ayudante de su esposo, en un minibús. Luego, le pregunté si podía hacerle algunas preguntas sobre su trabajo con su esposa. El aceptó. No me quiso dar su nombre, pero me dijo que tenía 39 años y que vivía en la zona Cerro Alto, en la ciudad de El Alto. A continuación, cito parte de ese intercambio:<sup>106</sup>

Y: ¿Usted trabaja con su esposa?

Sr. Y: Sí, varias veces, cuando no hay ayudante.

(...)

Y: ¿Alguna vez... se ha enfermado su esposa?

Sr. Y: No... cansancio... descansamos también... Para una señora, es cansador trabajar de ayudante. Bajar, subir. Bajar, subir. Todo el día...

(...)

Y: ¿Cómo es el trabajo de voceadora?

(Pausa)

Sr. Y: Es como este... se cansan también en buscar pasajeros. Tanto gritar. Se deben cansar. (...) Ahora, [hay] tanta competencia. Antes, los pasajeros hacían fila. Ahora, no... Te hablo de casi 20 años... Pero ahora, no, como hay tanta movilidad... [Es] mucha competencia.

(Hablando de cansancio, introduzco a Lucía.)

Y: Había una voceadora que siempre estaba cansada, sueño le daba, dormía, no voceaba, descansaba temprano. ¿Qué haría usted en esa situación?

Sr. Y: Descansar, no hay otra más. ¿Qué más podemos hacer?

Y: ¿Y no seguiría trabajando?

Sr. Y: Depende de la alimentación.

Y: ¿Cómo?

Sr. Y: Porque a veces llegamos a la parada y nos alimentamos bien. Con eso un poquito se mantiene. (...)

---

<sup>106</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo, el jueves 24 de julio de 2007, aproximadamente a horas 10:00, en el momento de la interacción entre mi persona (Y) y el chofer del minibús, el señor Yapita (Sr. Y).

- Y: Pero no entiendo... A esta señora, su esposo no la dejaba descansar. Ella seguía trabajando, según lo que dijo.
- Sr. Y: Le debe gustar trabajar.
- Y ¿Y a su esposa?
- Sr. Y: ...No sé dónde estaría... ¿Él no le diría...? Hay algunos que no trabajan... ¿Qué sería?
- Y: ¿Pero, por qué será?
- Sr. Y: Asuntos familiares. (Ríe.) Entre ellos se sabe si está mal o si está bien... ¿Qué haría usted?... Claro, digamos si usted está mal y su esposo te deja trabajar, ¿qué haría?
- Y: Yo, no sé. Depende. Tal vez necesito trabajar... yo...
- Sr. Y: Depende de ellos, ¿no?

El ejercicio de validación me ayudó a profundizar algunos puntos. Cuando pregunté al chofer qué haría si su esposa estuviera enferma, cansada o con síntomas de anemia, me confirmó que lo más adecuado sería que ella descansara. Según Lucía, su esposo no tomó la misma táctica. Lo que no pregunté al chofer es qué haría si esa situación duraba mucho tiempo, como en el caso de Lucía, quien tardó un año en acudir al hospital.

### **La postura de Lucía con relación a su anemia**

Seguidamente, analizo cómo Lucía manejaba su enfermedad y su rol como enferma. Para ello, discuto los mismos puntos que apliqué a la postura del esposo de Lucía con relación a la aceptación del rol como enferma y a la voluntad de mejorar.

Aunque Lucía siguió trabajando a pesar de su desgano y de su malestar, llegó un momento en que decidió hacer algo al respecto. “Ya estoy durmiendo en mi trabajo”, dijo en la entrevista. Ése fue el punto en el cual su enfermedad se convirtió en un problema, porque ya no voceaba y debía descansar temprano, afectando negativamente a sus ingresos.

En cuanto a la voluntad de Lucía para mejorar, ésta fue cambiante. El mismo hecho de ir al hospital demuestra un cierto nivel de voluntad para mejorar. De alguna manera, Lucía legitimó al hospital como un lugar que le podía dar una respuesta a su malestar cuando dijo: “[He venido a] hacerme Papanicolau. A ver qué me dice [el] resultado”. Por otro lado, Lucía me explicó que tenía dudas con relación a la utilidad de la ayuda que le iban a dar en el hospital. A continuación, cito una parte de

la entrevista a Lucía en la que ella habló sobre sus inquietudes en la atención que le iban a dar en el centro hospitalario:

- L: Por eso mi hermana [me] ha dicho “andá al hospital”. Ella también trabaja aquí. En la cocina trabaja... “Allí te van a recetar algo...”.
- Y: ¿Y qué cosa te podrían recetar?
- L: ¿Ustedes qué me pueden recetar...? (Como si estuviera hablando con el personal de salud.) ¿Vitaminas..., comidas?... “Hay jarabes”, sólo me han dicho eso nomás... “Hay jarabes”...

Cuando Lucía acudió al hospital, buscaba una respuesta, una solución para su malestar. Pero, al mismo tiempo, demostraba desconfianza en obtener una solución a su problema en ese lugar.

A través de una aplicación de la categoría de rol como enfermo, trato de demostrar cómo las condiciones de trabajo de Lucía, la relación con su esposo como jefe y los aspectos de su vida reproductiva influyeron en su construcción de la anemia. Analizando tanto el relato de Lucía acerca de las acciones y de las palabras de su esposo, como el ejercicio de validación con los minibuseros de El Alto, concluyo que, para el esposo de Lucía, ella se ubicaba fuera de un rol como enfermo legítimo. Sin embargo, para Lucía, su rol como enferma sí era legítimo. Al final, el rol como enferma que manejaba Lucía no siempre dependía de la aprobación de su esposo.

#### **4.2. Comportamientos económicos relacionados con la anemia: “Hacer pasar el hambre” en la calle**

En esta parte, discuto el concepto de “hacer pasar el hambre” con relación al comportamiento económico de generar o no ingresos económicos. Así mismo, analizo cómo la decisión de no comer en la calle está ligada al valor social de comer en la casa versus comer en la calle, siendo este último un privilegio reservado para personas que generan ingresos. La decisión de comer en la calle se vincula a condiciones de trabajo y a relaciones familiares y de género, originando una red de significados y una dinámica cambiante. Para ese aspecto, analizo el caso de Miriam, otra mujer usuaria que conocí en la sala de espera de consulta externa del Hospital Illimani. Se trata de la misma señora que presenté en el capítulo 3 (“Estrategias metodológicas”), específicamente en el punto 3.7.1. (“Reubicándome dentro de las relaciones de campo”).

Como expliqué, Miriam era una señora de vestido, de 25 años, con cabello negro, largo y lacio. Fue ella quien se acercó a mi asiento en la sala de espera con una pregunta sobre la alimentación de su bebé de cuatro meses. Esa pregunta llevó a una corta entrevista. Para empezar la entrevista a

Miriam, compartí con ella la cita de una entrevista que había tenido con otra mujer usuaria en la misma sala. En respuesta, Miriam me contó sobre sus experiencias relacionadas con la práctica de “hacer pasar el hambre”:

Y: Estaba hablando con una señora en sala de espera y ella me ha hablado de esto de “hacer pasar el hambre”. (Leo parte de la transcripción de la entrevista a Lucía.)

L: Hay que hacer pasar hambre, a su hora.

Y: ¿Cómo?

L: O sea que ya son las 12, ya tenemos hambre, ya. O sea ya no tenemos tiempo para comer y ya nos pasa el hambre.

Y: Está en trancadera. Es voceadora. No puede comer hasta que llega a la parada.

M: Sí, sé escuchar... Siempre hablan eso... En el momento de hacer lactar al bebé... Siempre se antoja y a veces veo el dinero y no me alcanza... A veces, ese momento que queremos comer, no hay para comer. Hay que esperar para comer, pero después la comida ya no es lo mismo.

En mi entrevista a Miriam,<sup>107</sup> introduje el concepto de “hacer pasar el hambre” para profundizar mi entendimiento acerca de esa categoría (Strauss 1987:11-14). Miriam relacionó el hecho de “hacer pasar el hambre” con sus antojos, vinculando dos mundos: uno cultural, de los antojos, relacionado con las cosmovisiones indígenas, y otro económico, en el que ella debía “hacer pasar el hambre” porque no le alcanzaba el dinero. Debido a la relación que estableció Miriam, agrupé la práctica de hacer pasar un antojo en la misma categoría que el “hacer pasar el hambre”. No obstante, reconozco que ambas prácticas podrían ser interpretadas de manera distinta, dado que tener hambre no es lo mismo que tener un antojo.

Miriam también articuló los temas de la comida callejera y la generación de ingresos económicos con las construcciones del “hacer pasar el hambre”. Incluyo su testimonio en este capítulo por ese

---

<sup>107</sup> Para la versión completa de mi entrevista a Miriam, en la que se pueden apreciar elementos de la validación, véase el anexo 4.

motivo. Aunque Miriam no acudió al hospital para un diagnóstico y/o un tratamiento para la anemia, su historia permite explorar el “hacer pasar el hambre” de una mujer lactante.<sup>108</sup>

Los hallazgos me llevaron, en primera instancia, a preguntarme sobre la habilidad y el deber de cumplir con los antojos durante el embarazo y la lactancia. Las mujeres embarazadas deben cumplir con sus antojos; si no los cumplen, podrían producirse consecuencias negativas para ellas o para sus bebés (Güemez 2000:330). Volviendo a la entrevista que hice a Lucía, ella me explicó cómo el hecho de no cumplir un antojo podía producir una enfermedad con la que incluso se podría morir. Incluyo este fragmento de mi conversación con ella para profundizar el tema de los antojos dentro de la construcción cultural del “hacer pasar el hambre”. Si bien hacer pasar un antojo no es lo mismo que “hacer pasar el hambre”, en su relato, Lucía relacionó sus antojos con la falta de trabajo de su esposo. Ese hecho me hizo pensar que, tal vez, sus antojos estaban relacionados con su hambre.<sup>109</sup> Cito esa parte de la entrevista a continuación:

Y: Eso también he escuchado de los antojos. Cuando tienes antojos, tienes que comer [ese ratito]...

L: Cuando estás embarazada, nunca hay que antojarse... Un chofer de mi sindicato ha muerto. Por eso, nunca hay que antojarse... Cómprate algo... aunque sea... Ese antojo tenía enfermedad. No sé cual. No recuerdo... No te antojas así nomás [dicen].

Y: ¿En tu embarazo, te antojabas?

L: Me antojaba... Porque a veces no trabajaba mucho mi marido. No teníamos mucho dinero también. Sé antojarme comidas, frutas...

Y: ¿No tenían mucho dinero?

L: No tenía dinero para comprarme...

(...)

Y: ¿Y cumplías?... ¿Cumplías con tus antojos?

L: Cumplía pues. (Ríe.)

Y: ¿Y el antojo tenía enfermedad? ¿Cómo es eso?

---

<sup>108</sup> Hago las aclaraciones en el presente párrafo y en el párrafo anterior en base a mi reflexión sobre un comentario realizado por la magister en Ciencias Aurora Bellido Gómez como miembro del tribunal que revisó el borrador de esta tesis.

<sup>109</sup> Hago esta aclaración en base a mi reflexión sobre un comentario realizado por la magister en Ciencias Aurora Bellido Gómez como miembro del tribunal que revisó el borrador de esta tesis. Es un punto que valdría la pena profundizar en un estudio futuro.

L: Sí. Eso es lo que le habían contado a mi esposo. Con ese antojo había muerto... Antojo de enfermedad. No sé qué era...

Lucía relató que aunque ella y su esposo no tenían mucho dinero cuando ella estaba embarazada, ella igual cumplía con sus antojos. Miriam, en cambio, no cumplía con sus antojos. Me explicó cómo debía controlar esos deseos, al igual que las estrategias que empleaba para hacerlo, como restringir su alimentación durante la lactancia. Tal vez la alimentación de Miriam no era limitada en calorías –puede ser que ella hubiera estado cumpliendo con los requisitos calóricos comiendo en la casa–, pero sí lo era en la posibilidad que ella tenía para cumplir sus antojos. Como parte de su práctica de “hacer pasar el hambre”, Miriam se restringía en su compra de la comida callejera, como rescato en la siguiente cita:

Y: Entonces, ¿a veces no alcanza?

M: En la Ceja... estoy caminando y veo una cosa que me antojo... A veces, no hay recursos económicos... A veces, lo suficiente manejamos... Hay veces... Y tenemos que aguantarnos...

Primero, Miriam dijo “estoy caminando y veo una cosa...”, describiendo su experiencia personal. Después, relacionó su experiencia con la de otras mujeres: “lo suficiente manejamos (...) Y tenemos que aguantarnos”. Miriam limitaba la cantidad de dinero que llevaba cuando salía a la calle. Ella explicó que hacía eso cuando no estaba trabajando, esto es, cuando no estaba generando ingresos. La decisión de Miriam de no salir a la calle con mucho dinero implicaba no sólo un cálculo financiero, sino también un cálculo social. Es decir, como mujer lactante, ella ya no estaba obligada socialmente a cumplir sus antojos; por tanto, ella misma se restringía en su habilidad de comprar la comida que se antojaba en la calle.

Rescato el concepto empleado por Good sobre los campos semánticos y sociales de la enfermedad, para analizar el caso de Miriam. Good (1994:172) sostiene que esos múltiples campos o redes enfocan la enfermedad como “un producto de interconexiones”, “una red de perspectivas”.<sup>110</sup> Dicho concepto me ayudó a organizar y a entender los múltiples significados asociados con la práctica de “hacer pasar el hambre” para Miriam y con la manera en que ella relacionaba esa práctica con su trabajo y con sus obligaciones y sus relaciones familiares.

---

<sup>110</sup> Texto original en inglés: “...a ‘network of perspectives’”, “a ‘product of interconnections’”.

Para el análisis, incluyo una tabla referida a los campos sociales y semánticos que interceden en las decisiones tomadas por Miriam para hacer pasar (o no) su hambre. Elaboré la tabla con las citas de mi entrevista con Miriam y la interpreto en basé al análisis semántico que Good realiza sobre la sangre (1994:92-101). Los primeros dos campos que planteo son “comida en la calle” y “comida en la casa”. Ambos son cruzados por los campos “generar ingresos” y “no generar ingresos”.

**Tabla 3: El caso de Miriam: Campos sociales y semánticos en torno al “hacer pasar el hambre”**

<b>Comida en la calle</b>	<b>Comida en la casa</b>
“En la Ceja... estoy caminando y veo una cosa que me antojo... A veces, lo suficiente manejamos... Y tenemos que aguantarnos...”.	“En la casa, siempre hay... frutas, galletas (...) Siempre hay fruta... Si no hay, vamos al mercado... Mi papá siempre trae durazno... tuna... [del] valle... naranjas, plátanos... Mi esposo manda de Yungas...”.
<b>Generar ingresos</b>	<b>No generar ingresos</b>
“Un poco soy golosa... Cuando trabajaba, eso compraba, a mis papás, a mis hermanos les daba. Mi papá me decía: ‘tu plata nunca vas a hacer alcanzar, muy golosa eres’”.	“Veo el dinero y no me alcanza...”.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los apuntes registrados en el cuaderno de campo 8, el día martes 10 de abril de 2007, de 11:12 a 11:37, en el momento de la interacción entre mi persona (Y) y Miriam (M), en la sala de espera de consulta externa del Hospital Illimani.

Después de un breve comentario sobre la utilidad de la categoría de los campos semánticos de la enfermedad aplicada al concepto del “hacer pasar el hambre”, analizaré el relato de Miriam a través de los campos contrastantes planteados en la anterior tabla.

El concepto de campos semánticos de la enfermedad me ayudó a demostrar cómo diferentes aspectos del relato de Miriam (su familia, sus ingresos, su trabajo y sus antojos), en conjunto, lograron la construcción del “hacer pasar el hambre”. Además, dicho concepto me permitió relacionar el ejemplo de Miriam con el panorama de contextos en los cuales se hace pasar el

hambre, como en la calle, comiendo galletas o tomando un yogur, hasta llegar a la casa para almorzar o en vez de almorzar. Esto ocurre cuando se debe salir a algún lado o cuando se está trabajando.

En el caso de Miriam, la categoría “comida en la calle” era un campo relacionado con sus antojos y con sus decisiones personales sobre la compra de comida. Sin embargo, Miriam también explicó cómo sus relaciones familiares incidían en esas decisiones:

Y: En la calle te antojas, ¿y en la casa?

M: En la casa, siempre hay... (...) Un poco soy golosa... Cuando trabajaba, eso compraba, a mis papás, a mis hermanos les daba. Mi papá me decía “tu plata nunca vas a hacer alcanzar, muy golosa eres”.

Aunque el comentario del padre de Miriam refleja normas y expectativas sociales acerca de cómo una hija debería gastar su dinero, la presión paterna no era tan fuerte como para que ella dejara de comprar lo que se antojaba.

Seguidamente, contrasto los campos “generar ingresos” y “comida de la calle” con los campos “no generar ingresos” y “comida de la casa”. Cuando conocí a Miriam, ella estaba sin trabajo, dependía de la comida de la casa y de sus padres.

Y: ¿En la casa, siempre hay entonces?

M: Sí. Siempre hay frutas... Si no hay, vamos al mercado... Mi papá siempre trae durazno... tuna... [del] valle... naranjas, plátanos... Mi esposo manda de Yungas...

Sería esencialista decir que los varones en la vida de Miriam la dominaban y que las pautas sociales machistas la limitaban en sus decisiones sobre la comida. En el relato de Miriam, los hombres no siempre gozaban de una posición superior a la de ella. Para Miriam, era más importante su posición como trabajadora y hermana mayor que como hija. Además, Miriam no hablaba en términos de género sobre sus decisiones de “hacer pasar el hambre”; hablaba de su condición como generadora de ingresos.

La posición de Miriam era diferente con relación a su entorno y a su situación. Miriam era la hermana mayor que, cuando tenía dinero extra para comprar sus antojos, los compartía con su familia. De alguna manera, actuaba como abastecedora de su casa, desde una posición superior a la

de sus hermanos menores en edad, sin importar su género, su clase social y sus relaciones familiares, que también influyeron en su manera de abordar la práctica de “hacer pasar el hambre”.

#### 4.2.1. El caso de Willy: Un esposo, padre y trabajador que *no* hacía pasar el hambre

Cito el próximo relato para establecer un contraste con la historia de Miriam. El caso de Willy<sup>111</sup> resultó diferente porque me contó sobre su consumo excesivo de comida callejera, sin importarle el “hacer pasar el hambre”. Por otro lado, Willy tenía algo en común con Miriam, ya que él relacionaba su consumo en la calle con su condición de tener trabajo y de generar ingresos.

Nancy<sup>112</sup> y Willy eran una pareja a la cual también conocí cuando estaba haciendo mis entrevistas en la sala de espera de consulta externa del Hospital Illimani. Nancy tenía 16 años y sostenía a su bebé de cuatro meses, envuelto en un aguayo. Willy tenía 24 años y presentaba una constitución robusta; trabajaba como gerente de una empresa constructora. Era una pareja joven que vivía en Esperanza, una zona comercial en la ciudad de El Alto.

Nancy no hablaba mucho, aunque interrumpió periódicamente con algunos comentarios clave. Willy fue quien casi dominó la entrevista. Esto es lo que me contaron sobre algunas de sus prácticas alimentarias:<sup>113</sup>

- W: A veces soy un poquito pesadito. Así me dicen.
- Y: ¿Pesadito?
- W: A veces como mucho... y tal vez no pienso en mi esposa... mi hijo... de qué se alimentan (...) Pero, tal vez, en exceso. Tal vez como sin pensar en ellos.
- (...)
- Y: ¿Y qué otras comidas hay que comer fuera del almuerzo?
- W: Todo, no sé. Dulces, no, galletas, refrescos...
- N: ¿Refrescos? (Ríe.)
- W: Chantillíes... manjares, resumido todo...
- Y: ¿Y tú comes estas cosas siempre?
- W: Yo, sí.

---

<sup>111</sup> Nombre real. El señor me autorizó a utilizar su nombre verdadero al inicio de la entrevista.

<sup>112</sup> Nombre real. La señora me autorizó a utilizar su nombre verdadero al inicio de la entrevista.

<sup>113</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo, el miércoles 11 de abril de 2007, de 11:15 a 11:30, aproximadamente, en el momento de la interacción entre mi persona (Y), Nancy (N) y Willy (W), en la sala de espera de consulta externa del Hospital Illimani.

N: No, él come porque trabaja en la calle, y yo estoy siempre en la casa, no mucho...

(Con orgullo y con un tono de defensa en su voz.)

W: Pero eso no quiere decir que no coma. Esos extritas que yo como [nomás]... porque en casa, [ella] tiene todo para comer.

Willy era el proveedor de su casa. Como él dijo: “en casa, [ella] tiene todo para comer”. Él podía abastecer a su familia con alimentos porque generaba ingresos. Willy también comía en la calle, pero su esposa no. Nancy justificaba la práctica de Willy de comer en la calle en que trabajar le daba ese derecho. Entonces, para Willy, era aceptable satisfacer sus antojos y comer mucho, siempre y cuando no perjudicara la provisión alimentaria de su familia. Miriam, en cambio, no tenía derecho a satisfacer sus antojos o a exagerar en su alimentación. Por otra parte, su padre le reclamaba por ser “muy golosa”, a pesar de que ella llevaba comida de la calle a su casa, para compartir con su familia. La comparación de esos dos casos me ayudó a analizar cómo se configuraban expectativas diferentes para Willy y para Miriam. Tales expectativas diferenciadas podrían ser atribuidas a una variedad de circunstancias, las cuales no exploro en este momento. Para mí, lo interesante de ambos casos es cómo Willy y Miriam manejaban el “hacer pasar el hambre” en el contexto de sus relaciones familiares.

En resumen, tanto Miriam como Willy comían en la calle cuando generaban recursos económicos. Ambos jugaban un rol de abastecedores o proveedores de la familia, sólo que Willy no llevaba la comida de la calle a la casa, como lo hacía Miriam. Willy era una persona que no hacía pasar el hambre, pero cumplía con las expectativas sociales como esposo, padre y generador de ingresos.

A continuación, incluyo un gráfico para ilustrar la relación entre el consumo de la comida callejera y la generación de ingresos. Elaboré el gráfico No. 3 en base a una sistematización y resumen de los hallazgos principales de los estudios de caso de Miriam y Willy. Además formó parte de una disertación que preparé para la Reunión Anual de Etnología (RAE) XXI, realizada en La Paz, Bolivia, en agosto de 2007.

**Gráfico 3: Consumo de comida callejera y su relación con la generación de ingresos**



\* Cuando me refiero a “no generar ingresos”, lo hago en referencia al caso de Miriam, cuando no tenía trabajo. Cuando me refiero a “generar ingresos”, lo hago en referencia a los casos de Miriam y de Willy, cuando tenían trabajo.

Fuente: Elaboración propia. El gráfico forma parte del siguiente texto: Goodson, Yvonne 2008. “Comportamientos económicos relacionados con la anemia: ‘Haciendo pasar el hambre en la calle’”, en *Anales de la RAE XXI*, La Paz: Museo nacional de Etnografía y Folklore (MUSEF) editores (en prensa).

En los casos de Miriam y de Willy, la comida consumida en la casa no dependía solamente de los ingresos generados. Como Miriam dijo: “En la casa, siempre hay”. Willy, por su parte, también se aseguraba de que su esposa, en la casa, tuviera “todo para comer”. Por esa razón, en el gráfico anterior, el círculo referido a la comida de la casa está ubicado al centro: porque se consumen alimentos con o sin la generación de ingresos. También es importante señalar que a través del gráfico se puede apreciar que la compra y consumo de la comida callejera está fuera del alcance de una persona que no genera ingresos.

Es importante aclarar que mi análisis de “hacer pasar el hambre” no es un análisis nutricional. En ese sentido, no propongo que Miriam deba comer comida callejera para mejorar su salud, ya que la comida que se consume en la calle es considerada, en general, como menos saludable que la comida que se prepara en la casa. Más bien utilizo la categoría “hacer pasar el hambre” con relación a la comida callejera para explorar algunos de los comportamientos económicos, así como algunas de

las expectativas socioculturales y de las relaciones familiares y de género articuladas a las decisiones de no comer que tomaba Miriam.

### 4.3. Jerarquías al momento de servir la comida

En este punto, continuó la discusión sobre “hacer pasar el hambre” con relación a elementos económicos, socioculturales y de género. Así mismo, planteo dos conceptos analíticos principales: el de “ser para otros” (Lagarde 1993:363) y el de padre-esposo como organizador de las comidas. Exploro el primer concepto a través de dos casos en los que el acceso a la alimentación estaba ligado a las relaciones de género dentro de las familias de dos mujeres. Para el segundo concepto, analizo el caso de una mujer que decidía esperar a su esposo para almorzar en su casa.

La mañana del miércoles 11 de abril de 2007, estaba en la entrada del área de consulta externa del Hospital Illimani, cuando vi a una señora saliendo con su carné del SUMI. Me acerqué, me presenté y le pregunté si podía hablar conmigo. La señora se llamaba Sofía<sup>114</sup> y tenía 25 años. Estaba embarazada de nueve meses. Era una mujer de vestido y llevaba un sombrero de paja. Venía de la Urbanización 83, una zona periurbana en la ciudad de El Alto.<sup>115</sup> Sofía me explicó cómo algunas madres hacían pasar el hambre para dar de comer a sus *wawas*.

Mi conversación con Sofía formó parte de mi etapa de validación del concepto “hacer pasar el hambre”. En la entrevista, introduje esa categoría citando otra entrevista que hice en la sala de espera de consulta externa, para profundizar mi entendimiento sobre dicha categoría.<sup>116</sup>

Y: Bueno, he hablado con algunas mujeres aquí y ellas me han dicho que, a veces, hacen pasar el hambre porque dan de comer a sus *wawas* y no comen ellas.

(Leo la transcripción de la entrevista a Rosmery.<sup>117</sup>)

R: Porque sé escuchar...<sup>118</sup>

---

<sup>114</sup> Nombre real. La señora me autorizó a utilizar su nombre verdadero al final de la entrevista.

<sup>115</sup> Descripción basada en los apuntes registrados en el cuaderno de campo, el miércoles 11 de abril de 2007, de 10:50 a 11:00, en el momento de la interacción con Sofía, en la sala de espera de consulta externa del Hospital Illimani.

<sup>116</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo, el miércoles 11 de abril de 2007, de 10:50 a 11:00, en el momento de la interacción entre mi persona (Y) y Sofía (S), en la sala de espera de consulta externa del Hospital Illimani. En este documento, todas las citas referentes a una conversación con Sofía corresponden a esta misma conversación.

<sup>117</sup> Nombre real. La señora me autorizó a utilizar su nombre verdadero durante la entrevista.

<sup>118</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo, el martes 20 de marzo de 2007, de 11:08 a 11:23, aproximadamente, en el momento de la interacción entre mi persona (Y) y Rosmery (R), en la sala de espera

(Paro mi lectura de la entrevista a Rosmery y, después, digo lo siguiente.)

Y: Ésa era una mujer con quien he hablado aquí, en el hospital. Ésta es su entrevista...

(Vuelvo a comenzar mi lectura de la entrevista a Rosmery después de mi aclaración.)

R: Cuando haces pasar cada vez... algunas madres, a sus niños no más les dan, no les alcanza... Si es una vez, alguna sola vez... no pasa nada... Si [es] cada vez, que no [comes], allí es, allí te puede dar...

Y: ...la anemia. (Yo digo, completando la frase.)

S: Allí te puede dar anemia... Allí depende mucho lo económico. Algunas madres tienen cinco, seis hijos... La madre no se sustenta. A sus hijos nomás da... No se alimentan... y entran a la anemia...

Y: ¿Y este problema no tienes?

S: No tengo, pero yo veo.

Y: ¿Ves?

S: Sí. Mis vecinas. Siempre hay vecinos frente a tu casa. Eso veo.

Con el intercambio descrito, Sofía me colaboró a legitimar mi análisis de “hacer pasar el hambre” como una práctica vinculada tanto a las relaciones entre madres e hijos dentro de la familia como al rol de una madre en función a su esposo y a sus hijos.

Cuando Sofía habló de las madres que “no se alimentan”, le dio una connotación a ese acto, tanto literal como figurativa, diferente a los comentarios de los médicos, de las enfermeras y de la nutricionista del Hospital Illimani. Es decir, no era que esas madres no comían una comida adecuada; lo que ocurría era que existían momentos en los que no comían nada. Buscando significados detrás de esa situación, planteo que la decisión de no comer está enraizada en un conjunto de relaciones familiares y de género.

Las mujeres descritas por Sofía se caracterizaban por ser “para y de otros” (Lagarde 1993:363). Su condición de mujeres se estableció en función de sus deberes como madres y esposas. Esas madres, y otras mujeres que conocí en la sala de espera del Hospital Illimani, no tenían bastante dinero para alimentarse y, además, tenían la responsabilidad adscrita y asumida de alimentar a sus familias.

---

de consulta externa del Hospital Illimani. Rosmery era una mujer usuaria de 20 años, de vestido, que venía de la zona Suyuwanti, en la ciudad de El Alto. Esta cita fue doblemente validada. El comentario de Rosmery que empleé en la entrevista a Sofía fue en respuesta a una cita de la entrevista a Lucía.

Esos son algunos factores implícitos en lo que Marcela Lagarde<sup>119</sup> denomina “maternidad en condiciones de miseria” (1993:373). Dicha maternidad exagera la condición de mujer como madre entregada a otros. Según Lagarde (1993:373):

La maternidad en esas condiciones (...) significa el dolor y la impotencia de ver a sus hijos morir, sin que esté en sus manos la posibilidad de evitarlo, pero con la ideología de que la vida de sus hijos es *su*<sup>120</sup> responsabilidad.

El análisis de esa práctica da un sentido económico a la anemia. Esas mujeres debían hacer alcanzar la comida para todos los miembros de su familia, con recursos a veces muy limitados, pero ellas no estaban completamente indefensas ante esa situación; al contrario, tenían espacios en los que ejercían poder y control. Tales espacios eran sus propios cuerpos a los que controlaban y privaban de alimentos cuando preparaban, administraban y servían la comida. Se trata, entonces, de una privación sancionada por la condición de la mujer como madre en la sociedad y en la cultura.

¿Pero, es la mujer la que siempre debe hacer ese sacrificio? Rescatando ejemplos del punto 4.2. (“Comportamientos económicos relacionados con la anemia: ‘Hacer pasar el hambre’ en la calle”), Willy<sup>121</sup> era para sí mismo. Él se daba sus gustos en cuanto a la comida, cuando salía a la calle, y no llevaba comida de la calle a la casa para su esposa y para su hijo-bebé. Miriam,<sup>122</sup> en cambio, era para otros. Ella, cuando tenía la posibilidad de comprar comida en la calle, la llevaba a la casa para sus padres y para sus hermanos. Era como una madre, tanto para sus hermanos, como para sus progenitores. Culturalmente, esto es lo que se espera de una mujer, pero no de un hombre.

En el relato de Sofía sobre las mujeres que hacían pasar el hambre para dar de comer a sus hijos, los hombres –padres, esposos y hermanos– casi estaban ausentes del texto, pues no figuraban en el rol de proveedores de comida, aunque sí estaban presentes como “hijos” que recibían los alimentos. Sin embargo, cuando Sofía empezó a discutir su experiencia personal en torno a la comida, aparecieron sus hermanos en el relato, sobre lo cual discutiré más adelante.

Cuando Sofía me habló de sus vecinas que “a sus hijos nomás dan... [que] no se alimentan... y entran en la anemia”, ella estaba planteando el “hacer pasar el hambre” como un antecedente de la

---

<sup>119</sup> Marcela Lagarde es etnóloga y doctora en antropología, catedrática de los posgrados de antropología y sociología en la UNAM, y del posgrado en estudios de género de la Universidad Landívar y la Fundación Guatemala. (En [www.pueg.unam.mx/editorial/autor02.php](http://www.pueg.unam.mx/editorial/autor02.php), 29 de abril de 2008.)

<sup>120</sup> Énfasis del original.

<sup>121</sup> Willy es el hombre-esposo-padre que describí y analicé en el punto anterior.

<sup>122</sup> Miriam es la mujer-hermana-madre que describí y analicé en el punto anterior.

anemia. Tal construcción cultural de la anemia articula aspectos del hambre, de la desnutrición y del estrato social. En ese sentido, Sofía describió a mujeres que, día tras día, aguantaban su hambre para dar de comer a sus hijos.

Las palabras anemia y desnutrición son utilizadas en ámbitos de las políticas públicas y de los protocolos del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, así como en el lenguaje del personal de salud del Hospital Illimani, para describir, de manera fría, distanciada y técnica, el problema del hambre, un hambre injusto enraizado en una sociedad desigual, un hambre que pide cambios mucho más profundos que el hecho general de recetar tabletas de sulfato ferroso.

Cuando Sofía me contó acerca de sus propias experiencias de comer en la casa, me dio pautas para relacionar su situación con las de sus vecinas, quienes hacían pasar el hambre:

Y: O sea, al momento de servir la comida, algunas mujeres me han dicho que se sirve más a los hombres (...) a las embarazadas... “Varoncito es”, dicen. ¿Has visto esto?

S: Sí, eso he visto. Eso se ve, porque los varones comen más que las mujeres. Tal vez tienen razón, tal vez no, pero, puede ser que tengan razón, porque a veces una mujer se puede satisfacer más rápido con lo que [se] le da.

(...)

Y: Bueno, estábamos hablando de que los hombres comen más, de que las mujeres pueden estar satisfechas con menos...

S: Es lo que he visto. Algunas veces, yo como poquito, mientras que mis hermanos menores comen más. Tal vez están en una etapa de crecimiento.

Y: ¿En una etapa de crecimiento?

S: Sí, porque él tiene 14 años... Eso es el motivo. Pero siempre se dice que los hombres comen más que las mujeres...

Y: ¿Por qué será?

S: Por eso dicen que los hombres tienen más fuerza que las mujeres. Es el único que veo... que se encuentra...

(...)

Y: Ahora (...), cuando estás embarazada, ¿ellos comen más?

S: Sí

Y: ¿Tu mamá sirve? (Pregunta confusa.)

S: Sí.

En el ejercicio de validación, Sofía me ayudó a elaborar una hipótesis tentativa referida a que, en algunas familias, existe una preferencia hacia los varones en el momento de servir la comida. Sofía me explicó, además, cómo se daba tal preferencia en su familia.

Por otro lado, Sofía habló de su condición adscrita y asumida de mujer como hermana y madre futura: “Una mujer se puede satisfacer más rápido con lo que [se] le da”. Cuando la madre de Sofía le servía su comida, Sofía no controlaba directamente su porción, se satisfacía con menos y aceptaba lo que le daban, como parte de su rol de mujer. Esta pauta social indica a una mujer cómo debe actuar en el momento que se sirve y se comparte la comida, con relación a la aceptación y al consumo de cantidades diferenciadas de alimentos.

Posteriormente, en su relato, Sofía se relacionó personalmente con el problema, es decir, lo personalizó: “Algunas veces, yo como poquito, mientras que mis hermanos menores comen más”. No se daba de comer más a Sofía por estar embarazada, pero sí se daba de comer más a sus hermanos menores. La misma Sofía justificaba esa preferencia otorgada a sus hermanos en el momento de servir la comida cuando dijo: “Tal vez están en una etapa de crecimiento”, refiriéndose a sus hermanos.

Sin embargo, Sofía y el bebé que llevaba en su vientre también estaban en una etapa de crecimiento. Biológicamente, Sofía había pasado el cuarto mes de embarazo, periodo en el cual se espera que la mujer embarazada sienta náuseas o asco a la comida. Sofía mencionó que sintió ese asco, así como náuseas, en los primeros meses de su gestación, pero no en los últimos. Entonces, Sofía ya podía comer más. Además, durante el embarazo, se recomienda que una mujer consuma más alimentos (Torres y Céspedes 2005:27), desde un punto de vista nutricional. No obstante, en la familia de Sofía, al momento de servir la comida, tenía más valor la condición atribuida a sus hermanos, como varones en etapa de crecimiento, que su condición como mujer embarazada.

Los elementos económicos y simbólicos de la maternidad de Sofía se articulaban con la práctica de “hacer pasar el hambre” para influir en el acceso a la alimentación de los diferentes miembros de su familia. Dicho acceso iba desde la persona que servía los alimentos hasta las personas a quienes se servía la comida y, además, cómo se les servía. En ese hecho, también influían construcciones genéricas sobre “ser hombre”. En todo ese proceso, las fronteras entre género y economía se fueron diluyendo. Por tanto, no se trataba de categorías estancadas, sino de dinámicas que se interpelaban y se retroalimentaban.

#### 4.3.1. Un esposo y padre como organizador de las comidas

El tema de este punto surgió de una conversación que sostuve con Leydi,<sup>123</sup> una de las participantes en los talleres sobre salud sexual y reproductiva que realizaba como parte de mi trabajo con una ONG norteamericana.

Un día, junto a Anita, mi compañera de trabajo, una enfermera extranjera que trabajaba con el proyecto y que vivía en la ciudad de El Alto, estaba esperando que llegaran las participantes para un taller destinado a madres jóvenes en el Hospital Dinamarca, otro centro hospitalario estatal de El Alto. Alrededor de las 14:30, llegó Leydi, con su hijo, Zion, de casi dos años. Leydi tenía aproximadamente 20 años. Era una mujer de vestido, delgada, con cabello negro y largo; normalmente, hablaba en voz baja. La conversación fue la siguiente:<sup>124</sup>

- A: ¿Has almorzado?  
L: No, estaba lavando ropa... a él le [he] dado leche [leche materna].  
A: ¿Sigues dándole leche?  
L: Sí, él toma todavía...  
Y: Cuéntame más sobre esto... ¿Te da hambre?  
L: Mi esposo está sin trabajo... Ha perdido su trabajo, en abajo [sic] trabajaba... Estoy ayudando ahora a mi mamá [y a] mi suegra en la casa... Él está buscando trabajo.

El intercambio anterior me hizo reconocer otro tipo de “hacer pasar el hambre”. Es decir, me di cuenta de que Leydi hacía pasar el hambre debido a la situación laboral de su esposo. Por ello, le pedí a Leydi otra entrevista para hablar más sobre el tema del “hacer pasar el hambre” en su familia. En este acápite, describo y analizo fragmentos de los dos intercambios que tuve con ella. Fue a partir del caso de esa mujer joven que desarrollé el concepto del esposo-padre como organizador de las comidas.

---

<sup>123</sup> Nombre real. La señora me autorizó a utilizar su nombre verdadero al final de la entrevista.

<sup>124</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo, el martes 10 de abril de 2007, a horas 14:00, dos semanas después de la interacción entre mi persona (Y), Anita (A) y Leydi (L), en la entrada del Hospital Dinamarca.

Empiezo la discusión de ese caso con una cita del intercambio con Leydi, en el que ella me explicó cómo su decisión de “hacer pasar el hambre” estaba relacionada con la presencia de su esposo en la casa a la hora del almuerzo:<sup>125</sup>

L: Ya no hay dinero... Sigue buscando [trabajo], mi esposo... Hay veces, estos días, no está almorzando, porque más está saliendo a buscar trabajo...

Y: ¿Y cuando él no almuerza, tú almuerzas?

L: Cuando él almuerza, almorzamos.

El esposo de Leydi gozaba del “premio” de almorzar en casa, con la familia, cuando asumía la condición de un hombre trabajador y asalariado, pero, cuando faltaban recursos económicos, toda la familia tenía que “hacer pasar el hambre”. Leydi hacía pasar el hambre cuando lavaba ropa en la casa o cuando salía a la calle, con su hijo, alimentándolo con su leche materna; ella distraía su hambre con el trabajo y, a su hijo, con su leche aguada.

Por su parte, el esposo de Leydi hacía pasar el hambre cuando buscaba trabajo. Si comparo su situación con la de Willy, las categorías de asalariado y de no asalariado cobran importancia con relación a la práctica sociocultural de no comer. Ciertamente, Willy no hacía pasar el hambre. Él trabajaba como gerente en una empresa constructora, tenía un salario y llevaba dinero a su casa; tenía toda la libertad de comer en la calle o en su casa, pero ¿cómo cambia la situación cuando un hombre no tiene trabajo? Analizo el caso de Leydi y de su esposo en el marco del significado de ser hombre, padre y esposo. Empiezo dicho análisis con una cita de Lagarde (1993:375) sobre el tema:

El padre es el hombre pleno, el adulto que trabaja, que organiza la sociedad y dirige el trabajo, la sociedad y el Estado (...) Su calidad de padre (...) le otorga el poder de quien trasciende (...) la dirección y el dominio en la cotidianeidad.

Aunque el esposo de Leydi no estaba trabajando, mantenía su lugar en la dirección y en el dominio de la cotidianeidad. Cuando Leydi esperaba a su esposo para servir y comer la comida principal del día, lo ayudaba a mantener su estatus como “hombre pleno” (Lagarde 1993:375). De ese modo, aunque el esposo de Leydi había dejado de ser “el adulto que trabaja” (Lagarde 1993:375), Leydi todavía lo tenía en cuenta en la organización de las comidas de su hogar.

---

<sup>125</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo, el martes 10 de abril de 2007, de 14:47 a 15:00, aproximadamente, en el momento de la interacción entre mi persona (Y) y Leydi (L), en la sala de espera de consulta externa del Hospital Dinamarca.

Leydi me ayudó a reforzar mi idea referida a que ella organizaba las comidas en torno a la presencia de su esposo al decirme: “Cuando él almuerza, almorzamos”. A partir de ese comentario, deduje que, cuando el esposo de Leydi tenía trabajo, él llegaba a su casa a almorzar; entonces, Leydi preparaba el almuerzo y todos merecían comer. Interpreté las decisiones que tomaba Leydi para dar de comer o no a su familia como una especie de solidaridad familiar en la que todos aguantaban juntos la situación de la falta de trabajo del esposo-padre. Por otro lado, posiblemente, la familia de Leydi no comía porque el padre-esposo no daba dinero para comprar comida y, por ende, Leydi no tenía con qué preparar el almuerzo. El caso de Leydi representa otro ejemplo de la articulación de múltiples construcciones culturales de la práctica de “hacer pasar el hambre”.

En este capítulo, he discutido sobre cómo se articulan diferentes elementos de género, económicos y socioculturales respecto a la práctica de “hacer pasar el hambre” y a la anemia. Las múltiples condiciones de ser mujer, de ser hombre, de ser asalariado o no asalariado, de tener trabajo o no tener trabajo y de ser proveedor de la familia o de no proveer a la familia tienen diferentes connotaciones en cuanto a las construcciones culturales de la anemia y de las prácticas de no comer relacionadas con dicha patología.

El acto de servir la comida también está relacionado con las construcciones culturales de la anemia y de la práctica del “hacer pasar el hambre”. Las diversas categorías o condiciones de persona –por ejemplo, mujer embarazada o no embarazada y persona generadora de ingresos o no generadora de ingresos–, al igual que las expectativas socioculturales implícitas en tales categorías, juegan un rol importante en la delimitación de las diferencias en el servir, en el comprar y en el comer la comida. Pero, ¿quién tiene derecho a consumir más alimentos, cuando hay lo suficiente en la casa?

Los sujetos de la investigación hicieron esa diferenciación: Miriam señaló que “En la casa, siempre hay” y Sofía se diferenció de sus vecinas cuando afirmó que no tuvo el problema de tener que “hacer pasar el hambre”, pero que lo veía en sus vecinas, “frente a [su] casa”. Incluso haciendo esa diferenciación, ambas mujeres también se adscribieron a las fronteras de su condición como madres-esposas.

Planteo que la comprensión de la anemia y de la alimentación debe ir más allá de un concepto biológico, para incorporar aspectos de hambre, de pobreza y de relaciones socioculturales. Malinowsky (1945), en su texto “Una teoría científica de la cultura y otros ensayos”, hace una apreciación parecida de los aspectos sociales de la nutrición y de la alimentación, refiriéndose a la

nutrición como una institución social. Es decir, Malinowsky enfatiza los aspectos socioculturales de la alimentación además de sus aspectos biológicos.<sup>126</sup>

Las construcciones socioculturales planteadas se articulan con construcciones biológicas de la nutrición y de la anemia, una al lado de la otra. No quiero divorciar las diferentes versiones de “hacer pasar el hambre” y de la anemia, puesto que, tomándolas juntas, permiten buscar nuevas maneras de plantear el problema de la anemia.

---

<sup>126</sup> Hago esta aclaración en base a mi reflexión sobre un comentario realizado por la licenciada María Dolores Castro como miembro del tribunal que revisó el borrador de esta tesis.

## **CAPÍTULO 5: DESARROLLANDO UN OJO PARA LA ANEMIA: CONSTRUCCIONES CULTURALES DE LA ENFERMEDAD DESDE EL LABORATORIO**

En este capítulo, exploro cómo se construye el diagnóstico de la anemia en el laboratorio del Hospital Illimani. Primeramente, discuto de qué manera se maneja la sangre como un objeto científico dentro de ese escenario, a través del concepto de la “mirada clínica penetrante” [*“clinical gaze”*]<sup>127</sup> de Michel Foucault (1963). Posteriormente, analizo cómo se desarrolla una capacidad especial para ver diferencias sutiles entre las muestras de sangre en el laboratorio. Ambos puntos de entrada me sirven de base para hacer un análisis cualitativo de los datos cuantitativos del laboratorio.

### **5.1. Viendo la sangre en unidades minúsculas**

En mi primera visita al laboratorio del Hospital Illimani, el doctor González, encargado del área, me explicó que me mostrarían todo el proceso de un hemograma completo que se sigue para establecer el grado de anemia de algún paciente. Para ello, el doctor González me presentó a Silvia,<sup>128</sup> técnica en laboratorio clínico, a quien acompañé ese día. En mis apuntes de campo, registré la siguiente descripción de Silvia:<sup>129</sup>

Silvia tenía alrededor de 20 años. Ese día, usaba un guardapolvo anaranjado claro sobre un buzo deportivo verde y azul, y tenis blancos. Ella era amable, tranquila y hablaba despacio.

En esa primera experiencia de observación en el laboratorio, me sentí confundida y abrumada. A pesar de ese caos inicial, hubo un momento clave que me llamó mucho la atención. En ese momento, me di cuenta de la capacidad especial que tenía Silvia para ver la sangre. A continuación, incluyo una cita del momento en que Silvia me estaba explicando una parte del hemograma completo:

---

<sup>127</sup> Traducción propia.

<sup>128</sup> Nombre real. La señora me autorizó a utilizar su nombre verdadero después de la entrevista.

<sup>129</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo, el lunes 19 de junio de 2006, en el momento de la interacción con Silvia, en el laboratorio del Hospital Illimani. En este documento, todas las citas referentes a una interacción con Silvia corresponden a este mismo intercambio.

(S compara cada capilar contra una tabla. Me explica el proceso.)

S: Hasta donde viene el plasma<sup>130</sup> (blanco)... rojo... relación porcentual...  
glóbulos rojos, con plasma.

(S cuenta las líneas en la tabla,<sup>131</sup> donde termina el rojo y empieza el blanco. Me hace contar también, pero con otra tabla.)

S: 45. (Una de las medidas.)

(S cuenta las líneas pequeñas. La plastelina está en el punto cero. Ése es el sello.)

S: La hemoglobina se hace... método de Halley... pero no hacemos porque  
no tenemos...

(S me muestra un tubo de ensayo largo.)

S: Como esto... más pequeño.

(S me muestra una tabla de equivalencias entre valores de hematocritos<sup>132</sup> y de  
hemoglobina.)

S: Otra cosa...

(La línea clara de plasma coincide con la línea superior de la tabla. Después, S mira la  
medida para la línea roja. Todos los capilares entran en un tubo.)

S: Esto es sólo vista.

(S pone algunos capilares al lado.)

(...)

(Sigue anotando números en su cuaderno.)

S: 14-25, 15, 16, 17, 18.

(S vuelve a medir los capilares después de mis preguntas.)

(...)

(S hace esto con sus propios ojos. Ella puede ver esas líneas claras y rojas.)

Yo no podía ver las diferencias entre esas líneas rojas y claras y los diferentes capilares. Silvia sí podía hacerlo. “Esto es sólo vista”, me explicó. Su práctica diaria consistía en ver esos niveles en la sangre. La habilidad de ver tales diferenciaciones sutiles entre diferentes muestras de sangre

---

<sup>130</sup> El plasma es un fluido generalmente amarillento que se queda encima de la parte roja de la sangre, después de centrifugarla o después de un tiempo determinado en el proceso de eritrosedimentación.

<sup>131</sup> Para conocer la tabla que se utilizaba en el laboratorio del Hospital Illimani para medir los niveles de hematocritos en las muestras de sangre, véase el anexo 3 (“Tabla para la lectura de hematocritos”).

<sup>132</sup> Se trata de un examen de sangre que mide el tamaño y el número de glóbulos rojos y permite conocer su porcentaje en la sangre. Dicho examen se ordena, casi siempre, como parte de un conteo sanguíneo completo. (En [www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003646.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003646.htm), 29 de marzo de 2008.)

formaba parte de una construcción de la anemia a partir de las prácticas del laboratorio. Ése fue el primer momento en el que identifiqué una nueva manera de ver la sangre en el laboratorio. La frase “Esto es solo vista” me llamó la atención por ser un código en vivo. “Los códigos en vivo poseen una imaginaria muy vívida, que abarca mucho del significado interpretativo local: le ‘suenan’ a los participantes y los lectores no los olvidan fácilmente, pues los términos son pintorescos” (Strauss 1987:34). Por otro lado, me llamó la atención el extrañamiento que yo sentí al observar a Silvia leer esas líneas tan pequeñas, una tarea que para mí era tan difícil.

Después de mi primera visita al laboratorio, quise enfocarme más en la interacción de las usuarias con el laboratorio: ¿Qué pensaban ellas de los resultados y de la toma de muestras? Sin embargo, después de revisar la literatura sobre estudios de laboratorio, decidí reorientar mi enfoque a los procesos en tiempo real, en el mismo laboratorio; es decir, a la medición minuciosa y a la astuta observación de la sangre relacionada con el diagnóstico de la anemia.

## **5.2. Trabajando con la sangre**

Cuando volví al laboratorio para una segunda fase del trabajo de campo, para mí fue importante crear un mundo palpable de ese espacio para el lector de este trabajo. Entonces, en el registro de mis observaciones, presté especial atención a los actores, a los instrumentos de trabajo y a los diálogos. Por ese motivo, comienzo este punto con una descripción detallada del laboratorio.<sup>133</sup>

El día que volví al laboratorio del Hospital Illimani, éste estaba de color blanco. Todas las mesas de trabajo estaban recubiertas con cerámica de color marfil claro. Había luz halógena blanca mitigada por la luz natural que entraba a través de dos ventanas ubicadas a dos lados de la sala. Se escuchaba música con volumen elevado, emitida desde un par de parlantes pequeños colocados sobre una pequeña repisa de cerámica situada delante de la ventana que aislaba al laboratorio de la sala de toma de muestras.

Cuando entré al laboratorio para empezar el trabajo de la observación participante, me sorprendió el calor. Había una estufa al lado de la mesa de trabajo del doctor Escóbar, encargado de hematología. Pero el calor no me sorprendió solamente en comparación al frío de afuera o al frío de la misma sala de toma de muestras, sino en comparación a todos los otros espacios que yo había conocido en el

---

<sup>133</sup> Esta descripción está basada en los apuntes registrados en el cuaderno de campo, el día jueves 26 de julio de 2007, durante mi observación participante en el laboratorio del Hospital Illimani. De igual modo, incorporo detalles obtenidos a partir de una fotografía tomada ese mismo día en dicha sección del hospital.

hospital. Ciertamente, en general, me congelaba observando las consultas en ginecología y, a veces, cuando acompañaba en las visitas médicas.<sup>134</sup>

Entrando al laboratorio el jueves 26 de julio de 2007, aproximadamente a las 9:20 de la mañana, fijé mi vista, primero, en el mesón ubicado al centro de la sala, donde se hacía el trabajo del hemograma completo. Ahí, sobre el mesón, trabajaban el doctor Escóbar y Fidelia.

El día que conocí al doctor Escóbar, de 37 años, estaba vestido de manera formal; llevaba una camisa, una chompa delgada, corbata, zapatos formales y un guardapolvo blanco encima. Se había integrado al personal de planta del laboratorio del Hospital Illimani cuatro meses atrás, pero ya contaba con 18 años de experiencia profesional. Se encargaba de analizar las placas de glóbulos blancos y rojos. Generalmente, se sentaba delante de su mesón de trabajo, sobre un taburete, con una permanencia estática, pero, a veces, se levantaba de su asiento y se acercaba al mesón donde trabajaba con Fidelia, ayudando, explicando, profundizando algún punto. Un día, cuando me dirigí hacia el lado derecho del mesón de hematología, para ver una placa de glóbulos blancos en su microscopio, me explicó cómo se utilizaba el aparato: “suavito nomás... adecuar”.<sup>135</sup>

El doctor Escóbar trabajaba fluidamente con Fidelia. Cada uno era responsable de diferentes tareas en el hemograma.

Fidelia, también de 37 años, era una de las biotecnólogas de planta del laboratorio del Hospital Illimani. Tenía mediana estatura y el cabello negro peinado en una trenza larga, con el cerquillo rizado. El día que la conocí, llevaba un pijama quirúrgico azul oscuro y una chompa blanca encima. No usaba guardapolvo. Se encargaba de hacer los análisis para determinar los niveles de hemoglobina de la sangre que ingresaba al laboratorio. Durante mis días de observación participante en el laboratorio, trabajé mayormente junto a ella.

En un principio, la mesa de trabajo de Fidelia me pareció desordenada y caótica, con aparatos desconocidos, tubos de ensayo, placas y microcapilares con sangre, y papel higiénico manchado con

---

<sup>134</sup> Inicialmente, interpreté esa asignación diferenciada de calefacción como una manera de priorizar el conocimiento producido en el laboratorio, en comparación a otros espacios del hospital. Sin embargo, después de reflexionar sobre un comentario realizado por la licenciada María Dolores Castro en su revisión del borrador de esta tesis, me di cuenta de que mi conocimiento acerca de la asignación de recursos en el hospital, incluyendo aquella destinada a los equipos de calefacción, era demasiado superficial como para expresar tal aseveración. Reconociendo esto, aún planteo que sería interesante profundizar sobre el tema de la asignación de equipos y de otros insumos a los diferentes espacios del centro hospitalario.

<sup>135</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo, el jueves 26 de julio de 2007, dos minutos después de la interacción con el doctor Escóbar, en el laboratorio del Hospital Illimani.

sangre.<sup>136</sup> Sangre, sangre, sangre por todo lado. No obstante, el segundo día de mi trabajo de campo en el laboratorio, cuando Fidelia me permitió participar, es decir, cuando pude realizar diferentes tareas relativas al análisis de la sangre, empecé a reconocer el orden sistemático y necesario de su mesa de trabajo. Trabajando al lado de Fidelia, abriendo un frasco, cargando un microcapilar o haciendo una extensión con una gota de sangre, empecé a notar su orden, la limpieza de su mesa y el esmero que ponía en su trabajo. Fidelia era cuidadosa y me enseñó a ser cuidadosa también.

Fidelia trabajaba directamente con la sangre, con ese fluido rojo del cuerpo humano que para mí es demasiado impactante. Su tarea era distinta a la del doctor Escóbar, quien trabajaba con placas de glóbulos blancos diluidos en líquido turco<sup>137</sup> y de glóbulos rojos secos ya teñidos con dos diferentes reactivos. Fidelia, en cambio, trabajaba fríamente con la sangre, manejándola como un objeto de trabajo científico y no como el fluido corporal cargado de significados humanos.<sup>138</sup>

Como sostiene Good, “Dentro de este nuevo contexto, al cuerpo humano se le otorga un significado diferente y una nueva manera apropiada de interactuar con ese cuerpo”<sup>139</sup> (Good 1994:72). Al igual que el cuerpo de una persona en el laboratorio de anatomía que describe Good, la sangre cobra un nuevo significado dentro del laboratorio clínico; deja de ser ese fluido que dentro del cuerpo significa vida y, cuando sale, muchas veces significa violencia o muerte. En el laboratorio, la sangre es contenida, encerrada en un tubo de ensayo y marcada con un número. En el laboratorio, la sangre significa trabajo; significa medir su nivel, es decir, hasta qué altura llega dentro de un microcapilar, y apreciar el color de sus células, bajo un microscopio.

Por otra parte, según Good, al mismo tiempo que cambia el significado de la sangre, también debe cambiar la actitud de la persona respecto a la sangre. Inicialmente, me extrañaba la manera en que Fidelia trabajaba con la sangre, pero, para ella, ése era su trabajo cotidiano. Sentí más ese extrañamiento cuando Fidelia me permitió trabajar directamente con la sangre. Me ponía nerviosa cuando tenía que trasladarla de un frasco a un microcapilar. Al respecto, en la noche, después de

---

<sup>136</sup> Fidelia utilizaba papel higiénico para dar un toque ligero de absorción a los microcapilares, antes de sellarlos.

<sup>137</sup> El líquido turco es una solución clara que se añade a las muestras de sangre para destacar los glóbulos blancos de los glóbulos rojos, y, de esa manera, poder verlos y contarlos bajo el microscopio. En general, dicho líquido se aumenta a una porción separada de cada muestra de sangre.

<sup>138</sup> Reconozco que ésta es mi propia descripción del trabajo que Fidelia realizaba con la sangre. En un futuro estudio, sería útil rescatar sus propias palabras sobre su trabajo con la sangre, dentro del laboratorio, y sobre los significados que la sangre tiene para ella, fuera del laboratorio.

<sup>139</sup> Texto original en inglés: “Within this redefined context, the human body is given new meaning, and a new manner of interacting with that body is appropriate”.

haber trabajado al lado de Fidelia en el laboratorio, hice la siguiente reflexión en mi cuaderno de campo:<sup>140</sup>

Cargando microcapilares... Ahí es cuando me pongo nerviosa... Nerviosa porque puedo derramar esa sangre preciosa... porque posiblemente me equivoque... porque meto la pata... Eso es negativo. Cometí algunos errores, pero hice otras cosas bien. En ese momento, Fidelia me dijo que era cuestión de práctica:

Y: Mira, es mi primer día y ya me estoy comparando.

(Fidelia y yo preparamos placas. Las placas de Fidelia están limpias y lisas, y las mías están gruesas en algunos lugares y un poco chuecas.)

F: (Ríe.) Ya te estás comparando... (Ríe.) La práctica es...

Fidelia me dijo que las habilidades de laboratorio se desarrollaban mediante la práctica. Al mismo tiempo, me dio el espacio para aprender haciendo.

Dentro de los estudios sociales sobre el trabajo en laboratorio, un mesón de trabajo, como el de Fidelia, podría ser un punto de partida para observar el proceso de construcción del conocimiento (Knorr Cetina 1995:151). En esa dirección, por medio de la observación participante en el laboratorio del Hospital Illimani y de una descripción detallada del trabajo que se realizaba ahí, exploro cómo la sangre y la diagnosis de la anemia son construidas culturalmente. En el campo de los estudio de laboratorio, “Los mismos productos de la ciencia han llegado a ser vistos como entidades culturales en vez de cosas dadas, ‘descubiertas’ por la ciencia”<sup>141</sup> (Knorr Cetina 1995:143). Transformar la sangre en un objeto con el cual se puede trabajar científicamente involucra un trabajo cultural.

### **5.3. Analizando mi propia sangre**

Este acápite, más que un desvío del argumento principal, se trata de una sorpresa grata en mi trabajo de campo, que complementa la discusión sobre las construcciones de la anemia en el laboratorio.

El día jueves 26 de julio de 2007, casi al final del primer día del trabajo de campo con el equipo del laboratorio, el doctor Escóbar hizo el siguiente comentario, desde su asiento frente al microscopio: “[La] próxima vez... sacar hemograma... Tú misma vas a sacar tu hematocrito... todo”. “Ya”, le

---

<sup>140</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo, el martes 31 de julio de 2007, a horas 20:10.

<sup>141</sup> Traducción propia. Texto original en inglés: “...the products themselves have come to be seen as cultural entities rather than natural givens ‘discovered’ by science”.

contesté, insegura de la firmeza de su oferta. El resto de la mañana, no hablamos más sobre el tema, pero cuando me estaba retirando del lugar, me recalcó: “En ayunas...”. Tenía que ir en ayunas para la toma de muestra de mi sangre.

Una de mis inquietudes frente a esa oportunidad fue cómo iba a registrar los apuntes de campo. De hecho, cuando solamente estaba observando, ya había experimentando dificultades para anotar todo: las explicaciones que me daba Fidelia, las conversaciones entre el personal del laboratorio sobre el trabajo y sobre otros temas personales, y el registro de las prácticas de laboratorio. Después de discutir esa preocupación con mi tutora de tesis, decidí dejar mi cuaderno a un lado para esta parte de mi trabajo de campo. Esa decisión me permitió concentrarme en el trabajo de laboratorio clínico.

El siguiente martes, a las 8:56 de la mañana, llegué al laboratorio del hospital. Lourdes, la bioquímica que estaba de turno los días martes, me recibió en la sala que estaba delante del laboratorio; era la sala de toma de muestras. El lugar era oscuro, estrecho y lleno de muebles.<sup>142</sup> Había casilleros en la parte de atrás, en los que el personal guardaba sus pertinencias. Ese día, había una chamarra negra gruesa colgada en un perchero. Al lado del perchero, había un sillón y, enseguida, un escritorio con una computadora y un archivador metálico encima. En la parte delantera de la sala, estaba la mesa de toma de muestras, que tenía todo amontonado, con un banco de madera al frente.<sup>143</sup>

Después de saludarme, Lourdes asomó la cabeza y Fidelia salió del laboratorio para explicarle que me iban a tomar una muestra de sangre. Me senté en la silla que estaba junto a la mesa de toma de muestras. Fidelia amarró una banda de goma alrededor de mi brazo. Tenía que hacer un puño. La punta de la aguja entró a mi vena y la sangre roja y oscura salió, llenando la cámara de la jeringa. La mitad de la sangre extraída fue introducida a un tubo de vidrio transparente, con un líquido claro adentro. “Esto es [un] anticoagulante”, me explicó Fidelia, “para que no se coagule la sangre, para que se mantenga líquida durante todos los análisis que hay que hacer”. La otra mitad de la sangre fue colocada en un tubo de vidrio sin anticoagulante. “Este tubo va a química sanguínea”, me dijo después.

---

<sup>142</sup> La descripción está basada en los apuntes registrados en el cuaderno de campo, el martes 31 de julio de 2007, durante mi observación participante en el laboratorio y en la sala de toma de muestras del Hospital Illimani.

<sup>143</sup> La descripción está basada en los apuntes registrados en el cuaderno de campo, el jueves 26 julio de 2007, de 9:20 a 10:58, aproximadamente, en el momento de la observación participante en el laboratorio del Hospital Illimani.

Posteriormente, Fidelia y yo pasamos al laboratorio. Antes de entrar, registré la siguiente reflexión en mi cuaderno de campo: “Raro... Me sacan sangre y, después, me pongo mi guardapolvo para analizarla. Ambos lados de la ventana”.<sup>144</sup> Ya en el laboratorio, nos desplazamos hacia el mesón de Fidelia. Ahí estaban más de 20 frascos que contenían la sangre de las mujeres usuarias que se habían hecho sacar la muestra esa mañana, entre las 7:00 y las 8:00. Cada frasco estaba identificado con un número escrito con marcador. Fidelia marcó mi frasco con una “X” y lo colocó al final de la fila.

Antes del día de la toma de mi muestra, hice una reflexión sobre mis expectativas para una segunda etapa de trabajo de campo en el laboratorio. En mi cuaderno de campo, registré los siguientes apuntes sobre esa reflexión:<sup>145</sup>

Titulo: Desde el otro lado de la ventana

Resultados destinados a mi médico, para que él los interprete.

Yo estoy del otro lado de la ventana del laboratorio.

Estéril, prohibido, cerrado, todo pintado de color marfil.

(...)

Vacío, silencioso.

Laboratorio de mi seguro.

Si bien mi intención era escribir sobre mis expectativas para mi trabajo de campo en el laboratorio del Hospital Illimani, terminé escribiendo sobre el análisis de sangre que me hicieron unos días atrás en el laboratorio de mi seguro médico. A pesar de la calidad muy personal de la anterior reflexión, decidí incluirla porque me ayudó a entender mi ubicación como usuaria en un laboratorio y, por ende, a entender mi ubicación distinta como antropóloga en otro laboratorio.

En contraste con mi experiencia en el laboratorio de mi seguro médico, en el laboratorio del Hospital Illimani, me hicieron entrar al área de análisis de muestras. Normalmente, esa área era parcialmente restringida para las usuarias, quienes esperaban afuera y sólo entraban a la sala de toma de muestras cuando el personal les indicaba. La mayor parte del tiempo, el personal recibía a las usuarias en la puerta. A veces, al laboratorio ingresaba alguna usuaria, pero, en mi corto tiempo de observación participante, ése fue un evento excepcional.

---

<sup>144</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo, el martes 31 de julio de 2007, a horas 9:04, en la sala de toma de muestras del laboratorio del Hospital Illimani.

<sup>145</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo, el martes 31 de julio de 2007, a horas 7:30.

El personal me permitió participar en el proceso de dos maneras: primero, dándome permiso para entrar al laboratorio; luego, otorgándome la oportunidad de analizar mi propia sangre. Las usuarias del Hospital Illimani no tuvieron esa oportunidad. Ellas nunca llegaron a conocer el proceso del análisis de la sangre y, mucho menos, pudieron participar en él, ni siquiera aquellas que entraban hasta uno de los mesones de trabajo. Las usuarias, entonces, estaban excluidas del trabajo científico involucrado en el diagnóstico de la anemia, que era un mundo misterioso para mí hasta que me lo explicaron Fidelia y el doctor Escóbar.

En la primera fase de mi trabajo de campo (de mayo a septiembre de 2006), presenté una carta de solicitud al director del Hospital Illimani (Dr. QQ) para poder realizar mi investigación en ese sitio. En respuesta, recibí una aprobación verbal. Sin embargo, desde el inicio de mi trabajo de campo en el área de consulta externa, me movía de una parte del hospital a otra utilizando como referencia los nombres del personal que ya conocía. Por ejemplo, cuando fui al área de internación, busqué a la doctora Camacho, quien me había sido recomendada por el doctor Quispe. La doctora Camacho me indicó que tenía que hablar con la licenciada Monroy para obtener una autorización para trabajar en esa área. De esa manera, empecé mi trabajo en ese sector del hospital. En todos los casos, sólo necesitaba mencionar que tenía la aprobación del director del centro hospitalario, pero era aun más importante el nombre del médico o de la enfermera que me habían remitido.

Esa situación cambió cuando intenté entrar nuevamente al laboratorio del hospital. Me había ausentado del centro hospitalario por casi un año y, en ese tiempo, el personal de laboratorio había cambiado. Cuando hablé con la doctora encargada (doctora Alvarado) y mencioné los nombres del personal con el que había trabajado previamente, ella exigió una autorización escrita para realizar la segunda fase de mi trabajo de campo. En consecuencia, volví donde mi tutora de tesis (Dra. R) para pedirle una carta de solicitud de autorización, la cual tenía que ser aprobada por el jefe de enseñanza del Hospital Illimani, el doctor Buenaventura, y debía contar con el visto bueno del director del centro hospitalario, el doctor Campos. Antes de presentar la carta, incluso me pidieron que esperara afuera, en la sala de toma de muestras. La doctora encargada del laboratorio me recibió en la entrada. No estaba permitido el ingreso. Sentí la separación. Cuando conseguí la autorización escrita, empecé mi trabajo de campo en el laboratorio.

#### **5.4. Aprendiendo a ver la anemia en la sangre**

En mi segunda fase de trabajo de campo, empecé a entender mejor los detalles de las prácticas de laboratorio, los cuales inicialmente parecían tan extraños. Además, en esa segunda fase, tenía más flexibilidad de movimiento entre las diferentes partes del laboratorio y más confianza con el equipo

de esa área del hospital, que también me ayudó a entender mejor sus prácticas. En mi cuaderno de campo, describí lo anterior de la siguiente manera:<sup>146</sup>

NOTA: Relaciones de campo

Yo me muevo más fluidamente en el laboratorio esta vez, comparando con la última vez... cuando estaba clavada a la mesa.<sup>147</sup> Esta vez puedo moverme de un lado a otro, entre la sala de adelante y la sala de atrás. Un poco entre las mesas, pero más que todo estoy en la mesa de la sangre... Sacando fotos, charlando, registrando apuntes de campo en la mesa donde se llenan las ordenes/los resultados de las pacientes...

Fue en la segunda etapa del trabajo de campo que Fidelia y el doctor Escóbar me enseñaron a ver diferencias sutiles en la sangre. A través de tales prácticas, fui desarrollando mi propio ojo para la anemia.

Seguía junto a Fidelia, terminando los análisis del día, cuando el doctor Escóbar se aproximó. Él me explicó, de la siguiente manera, cómo se podía determinar la anemia comparando el color de la sangre en un tubo de ensayo con el color de la sangre en otro:<sup>148</sup>

(El doctor agarra dos tubos y los sujeta contra la luz: el tubo marcado con una X y el número 36.)

D: ¿Qué diferencia ves?

(Yo miraba hacia arriba, hacia los tubos.)

Y: Burbujas (medio que bromeando).

D: No.

Y: O sea... Este X es más oscuro.

D: Eso. Éste tiene anemia...

(Se refiere al vial número 38.)

Ya vas a ver en la eritrosedimentación.<sup>149</sup>

(Confirmando).

---

<sup>146</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo, el jueves 26 de julio de 2007, a horas 10:22, aproximadamente, en el momento de la observación participante.

<sup>147</sup> No me movía del mesón de trabajo donde estaba observando el proceso de hemograma completo.

<sup>148</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo, el martes 31 de julio de 2007, a horas 12:00, un minuto después de la interacción entre mi persona (Y) y el doctor Escóbar (D), en el laboratorio del Hospital Illimani.

<sup>149</sup> La eritrosedimentación es una prueba que “mide la velocidad de caída de los eritrocitos suspendidos (en una muestra de sangre) con el solo agregado de anticoagulante. Es un indicador muy sensible de enfermedad cuando otros aparecen normales, pero no es específico. Se lo utiliza para controlar la evolución de afecciones inflamatorias, infecciosas o tumorales”. (En “www.salud.com”, 29 de marzo de 2008.)

Y: 38.

(Miramos, girando el vial.)

D/Y: “36”. (Al mismo tiempo.)

La diferencia que me señaló el doctor Escóbar no fue algo que yo había notado anteriormente. Además, él pudo identificar esa diferencia con bastante rapidez. Su habilidad para escoger dos tubos al azar me sorprendió inicialmente, pero cuando empecé a escribir sobre ese ejemplo pensé que, tal vez, él había elegido dos ejemplos extremos para poder mostrarme más claramente la diferencia, por ser novata. En todo caso, el doctor Escóbar tenía suficiente ojo como para elegir dos tubos que me hicieran entender la diferencia entre sangre anémica y sangre no anémica, con el beneficio adicional de que uno de ellos contenía mi sangre. Sin pretender ser demasiado egocéntrica, el hecho de estar trabajando con mi sangre, ese día, me mantenía más atenta a todo.

Fidelia y el doctor Escóbar me explicaron, en varias ocasiones, cómo se diferencia la sangre anémica de la sangre saludable. Esa práctica de comparación fue central para la construcción del diagnóstico de la anemia en el laboratorio del Hospital Illimani. Seguidamente, doy algunos ejemplos más de dicha técnica y de cómo me la enseñaron ambos miembros del centro hospitalario:

- a) El doctor Escóbar tomó un microcapilar de la mesa de trabajo de Fidelia. “Éste tiene anemia”, dijo. Al lado de ese microcapilar, colocó otro con sangre “normal” y comparó la altura a la cual llegaba la sangre dentro de ambos tubos.<sup>150</sup>
- b) En otro momento, el doctor Escóbar comparó el plasma contenido en dos microcapilares. Cuando el plasma era más blanco, revelaba anemia.<sup>151</sup>
- c) El doctor Escóbar agarró dos placas y las sujetó contra la luz, indicándome que una de ellas tenía una extensión más delgada y que ésta era anémica.<sup>152</sup>

#### **5.4.1. Un momento frente al microscopio**

Mi proceso de aprendizaje continuó durante un momento frente al microscopio con el doctor Escóbar. En la siguiente cita, describo cómo el doctor me explicó la manera de distinguir, a nivel celular, entre una muestra de sangre anémica y una muestra sana.<sup>153</sup>

---

<sup>150</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo, el martes 31 de julio de 2007, a horas 12:10, aproximadamente, en el momento de la observación participante en el laboratorio del Hospital Illimani.

<sup>151</sup> *Ídem.*

<sup>152</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo, el miércoles 1 de agosto de 2007, a horas 10:25, aproximadamente, en el momento de la observación participante en el laboratorio del Hospital Illimani.

- D: Vamos a ver las placas ahora... Esto es el campo microscópico.  
(D dibuja un círculo con lápiz sobre su mesa de cerámica.)
- Y: ¿Esto es anemia o normal?  
(D le pregunta a F)
- D: ¿El 23...?
- F: No, está normal...
- D: Se presenta punto blanco...
- Y: ¿Podemos ver un anémico?
- D: Si hay...
- F: Si hay...
- Y: Ahora, andá... a conseguir uno... Sí, si hay... (Riendo, recién dándome cuenta de mis palabras.)
- D: Los que están blancos, les dicen anémicos...

“Aprendiendo a entender la confusión que aparece a través del microscopio es principalmente un asunto de aprender a ver”<sup>154</sup> (Good 1994:74). Al principio, aquello que veía a través del microscopio del doctor Escóbar parecía que eran centenares de discos rosados. Pero, bajo su tutela, aprendí a distinguir entre los glóbulos rojos-rojos y los glóbulos rojos con un disco blanco al centro. Ésos eran los glóbulos anémicos. Cuando pude ver la diferencia, fue un momento emocionante.

Todos los ejemplos anteriores se refieren a la capacidad de ver, que es una capacidad especial que se desarrolla mediante la práctica, una especie de aprendizaje empírico. La mirada clínica penetrante (Foucault 1963) permite una relación tangible entre el científico y el objeto de estudio.

Parte de la lógica de ver la sangre dentro de una realidad médica se adscribe a una jerarquía en la que “...los procesos de la enfermedad pueden ser localizados desde una apariencia superficial hasta niveles más profundos y básicos”<sup>155</sup> (Good 1994:75). Para diagnosticar la anemia, primero, se observan los síntomas clínicos que aparecen en el cuerpo de la paciente; después, se ven las diferencias en el color de una muestra de sangre; y, por último, la anemia aparece en las células de

---

<sup>153</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo, el miércoles 1 agosto de 2007, a horas 10:19, en el momento de la interacción entre mi persona (Y), el doctor Escóbar (D) y Fidelia (F), en el laboratorio del Hospital Illimani.

<sup>154</sup> Texto original en inglés: “Learning to make sense of the confusion that appears through the microscope was largely a matter of learning to see”.

<sup>155</sup> Texto original en inglés. “...disease processes can be traced from surface appearance to deeper, more basic levels”.

la sangre. “Esta jerarquía natural es replicada como el orden implícito de la enseñanza”<sup>156</sup> (Good 1994:75). Con el anterior comentario, Good vincula las prácticas de ver y de aprender. Yo experimenté esa relación entre esas dos actividades durante mi observación participante en el laboratorio del Hospital Illimani. En ese sentido, un aspecto central de la construcción del diagnóstico de la anemia en el laboratorio fue el aprender a ver la anemia en la sangre.

Dentro de esa construcción de la realidad, se otorga más poder y peso a la construcción de la anemia vista a través del microscopio o medida en una tabla con unidades minúsculas. Como señala Good, “...lo primordial reside en la profundidad (...) Y tales estructuras más profundas no son sociales o divinas, sino un orden aun más fundamental de la realidad material”<sup>157</sup> (Good 1994:75). Al entrar en la profundidad de las células de la sangre, un bioquímico produce un conocimiento más firme sobre la anemia. Dicha lógica contribuye a la autorización de un conocimiento sobre la anemia construido por medio del microscopio, así como a priorizar esa construcción como una verdad que se ubica por encima de otras construcciones, como las explicaciones populares de la anemia, por ejemplo.

---

<sup>156</sup> *Ídem*: “This natural hierarchy is replicated as the implicit order of teaching”.

<sup>157</sup> Texto original en inglés: “...ultimacy resides in depth (...) And such deeper structures are not social or divine but ever more fundamental orders of material reality”.

## CAPÍTULO 6: EL CASO DE LA CAMA 37: LA MUTUA ACUSACIÓN Y FALTA DE ENTENDIMIENTO

En la siguiente conversación, la señora Patricia Mamani Condori<sup>158</sup> (Sra. PC), de 17 años, una mujer de pollera, se dirige a la señora Prudencia Mamani<sup>159</sup> (Sra. PM), de 29 años, otra mujer de pollera. La señora Mireya<sup>160</sup> (Sra. M), de 26 años, una mujer de vestido, también participa en la conversación. Yo (Y) intercedo como investigadora. El miércoles 16 de agosto de 2006, día cuando las conocí, las tres señoras estaban internadas en la sala de aisladas del Hospital Illimani.

Sra. PC: Tal vez ha encontrado sangre... vaya a devolver nomás...

Y: ¿Sangre? ¿Para qué?

Sra. PC: Para la señora [de la cama 37], porque está débil. Anemia dicen. ¿Qué cosa será?

Sra. M: Anemia... debilidad... sangre para esta anemia...

Sra. PC: Sí, mucha sangre has perdido...

Empiezo con la anterior conversación para ilustrar el rol que tenía la anemia en la historia de esas tres mujeres. Para ellas, la anemia era un concepto ajeno. La “sangre para esta anemia” pesaba mucho más que la patología en sí, con su nombre extraño, técnico y alejado de la realidad de esas mujeres. El médico de turno les decía: “Tienes anemia...”, pero, “¿Qué cosa será?”.

En este capítulo, exploro cómo se va configurando una mutua acusación y brecha de entendimiento entre el mencionado grupo de mujeres usuarias, una licenciada de enfermería y dos médicos de turno, respecto a un caso que observé durante mi participación en las visitas médicas realizadas en el área de internación del Hospital Illimani. En ese sentido, también analizo cómo el personal de salud empleó los conceptos de la creencia y del conocimiento científico para explicar un error cometido. Para este análisis, me baso en un artículo de Good (1994:1-24), “Antropología médica y el problema de creencia”, así como en un trabajo de Gilbert y Mulkay (1984), *Opening Pandora's Box: A sociological analysis of scientists' discourse*.<sup>161</sup> Para armar mi argumento, utilizo, además, el

---

<sup>158</sup> Nombre real. La señora me autorizó a utilizar su nombre verdadero durante la entrevista.

<sup>159</sup> *Ídem*.

<sup>160</sup> *Ídem*.

<sup>161</sup> Para un ejemplo de una investigación antropológica de la índole de Gilbert y Mulkay (1984), es decir sobre la construcción del conocimiento científico a través de los discursos de los científicos, véase Fujimura y Fortun 1996. Joan Fujimura, catedrática de Biotecnología y Sociedad en la Universidad de Stanford y miembro de la Carrera de Antropología de la misma universidad (Nader 1996:305).

método polifónico, con la finalidad de resaltar la pluralidad de voces (Bakhtin 1984:6, citado en Rance 2005b:15) que constituyó el mencionado evento hospitalario conflictivo (Rance 2005b:7).

Empecé armando un *dossier*, es decir, una compilación de múltiples versiones en torno a un caso. Rance define el *dossier* como una “intersección de discursos” (Rance 2005b:9) y un “campo de conflicto” (Rance 2005b:16). De hecho, elegí ese método para que me ayude a explorar los aspectos violentos y emotivos del caso de la cama 37 del Hospital Illimani.

Posteriormente, apliqué el método polifónico (Bakhtin 1981, Bakhtin 1984 Shotter 1992a y Rance 2005b) para analizar el *dossier*. Según Bakhtin, dicho método permite “...una pluralidad de voces y conciencias independientes y no mezcladas, una polifonía genuina de voces plenamente válidas”<sup>162</sup> (Bakhtin 1984:6, citado en Shotter 1992a:17). El método polifónico permite una igualdad epistemológica entre las versiones de diferentes actores. En esa dirección, mediante la aplicación de ese método, exploro las similitudes, las diferencias y las contradicciones que armamos mutuamente las usuarias, el personal de salud y yo, como investigadora y como compiladora del *dossier*.

En el análisis que presento en este capítulo, apliqué el método polifónico sobre la base del modelo que proporciona Rance (2005b) en su artículo “Historias del dolor: Cinco construcciones de un evento hospitalario”, presentando en *Textos Antropológicos*, una publicación de la Carrera de Antropología y de la Carrera de Arqueología de la UMSA. Encuentro resonancia entre el método polifónico empleado por Rance y otros trabajos antropológicos citados anteriormente en el presente estudio. Por ejemplo, cuando Good (1994) señala que se puede definir una enfermedad como “un producto de interconexiones” o como “una red de perspectivas”, hallo afinidad con la polifonía que describe Bakhtin (1984), en el sentido de que ambos autores proponen que se puede representar un fenómeno a través de la presentación de múltiples realidades.

Por otro lado, cuando Victor Turner (1967), uno de los antecesores de Good (1994), habla de la “polisemia o multivocidad” (1967:55) de los símbolos dominantes, también encuentro paralelos con “la pluralidad de voces y conciencias”<sup>163</sup> que cita Bakhtin (1984:6) como un pilar del método polifónico.

Amuchástegui (2001) también emplea el método polifónico en su estudio antropológico sobre los significados de la virginidad y de la primera relación sexual en México. A propósito, su capítulo

---

<sup>162</sup> Traducción propia. Texto en inglés: “A plurality of independent and unmerged voices and consciousnesses, a genuine polyphony of fully valid voices”. Énfasis del original.

<sup>163</sup> Énfasis del original.

metodológico recibe el siguiente título: “La negociación del significado mediante el diálogo: El método”. La autora señala que “...el análisis de las polifonías fue una herramienta poderosa en el análisis de las conversaciones, porque podía mostrar a la vez el dominio de ciertos discursos y la experiencia de los participantes que los enfrentaban” (Amuchástegui 2001:220). Con esa declaración, Amuchástegui demuestra que emplea el método polifónico de una manera parecida a la de Rance (2005b); es decir, para analizar los juegos de poder entre los múltiples discursos en una conversación.

A partir de los anteriores ejemplos, trato de demostrar cómo la metodología que apliqué en este capítulo está plenamente fundamentada en la disciplina de la antropología.

### **6.1. Reconstruyendo un caso clínico**

Seguidamente, incluyo un resumen del caso de la cama 37, para dar al lector una mirada integral del mismo. Quiero resaltar que la historia que presento es solamente una construcción más del caso.

Cuando mi tutora de tesis me sugirió que explorara otros tipos de anemia, más allá de las anemias nutricionales prevalentes en el área de consulta externa del Hospital Illimani, me acordé de mi primer encuentro con la doctora Dávalos, una pediatra de consulta externa, la cual me indicó que su colega, la doctora Camacho, se encargaba de “pacientes con riesgos”.

El miércoles 26 de julio de 2006, a las 10:00, fui a buscar a la doctora Camacho al área de internación. La encontré en plena visita médica, junto a un grupo numeroso de estudiantes de medicina y de enfermería, de licenciadas y de auxiliares de enfermería, entre bolivianos y extranjeros. Todos estaban con sus tableros de campo, incluyéndome a mí, alrededor de la paciente. Parecía un espectáculo. A partir de ese día, me acoplé al grupo y, así, empecé a conocer y a hablar con usuarias diagnosticadas por el equipo médico con anemias por pérdida de sangre.<sup>164</sup> Los acompañé aproximadamente tres semanas antes de conocer el caso de la cama 37.

El miércoles 16 de agosto de 2006, a las 10:30, ingresamos, como de costumbre, a la sala de aisladas. A dicha sala estaban destinadas las pacientes con infecciones que podían afectar a otras internas. La sala era una de las más pequeñas del área de internación. Tenía paredes de color marfil, recubiertas con cerámica blanca hasta la mitad, y piso de linóleo. Contra una de las paredes, estaban

---

<sup>164</sup> Las anemias por pérdida de sangre también pueden estar relacionadas con abortos o con abortos incompletos, pero ése no es un tema que exploro en la presente investigación.

colocadas tres camas de metal, en fila. En la entrada, había un pequeño lavamanos. En aquella ocasión, la doctora Camacho, médica de turno, identificó dos casos de anemia.

Volví a la sala después de la visita médica para entrevistar a las pacientes diagnosticadas con anemia, 40 minutos después. Cuando entré, las tres mujeres que ocupaban la sala estaban hablando entre ellas. Todas estaban recostadas en sus respectivas camas. Me senté en una silla que había al pie de la cama 35, cerca de la puerta. En la cama central de la sala, la número 36, estaba la señora Mireya, de 26 años. Vivía en la zona Cerro Alto, una zona periurbana en la ciudad de El Alto. Era una mujer de vestido, pero ese día llevaba puestos un buzo y una chompa. Estaba acompañando a su bebé, que fue internado por una infección general. A su lado, en la cama 35, estaba la señora Patricia Mamani, de 17 años. Vivía en la zona Santo Domingo, más allá de Cerro Alto, sobre la carretera hacia una comunidad rural. Además de su pollera, llevaba un gorro de lana café. Estaba recuperándose de una cesárea. Al otro lado de la señora Mireya, en la cama 37, estaba la señora Prudencia Mamani, de 29 años. Vivía a un lado del camino hacia Chaluna, un pueblo rural. Era una mujer de pollera que, ese día, vestía una chompa rosada sobre una blusa blanca. Fue internada debido a que algunos restos de placenta le provocaron una infección posparto, además de causarle la pérdida de mucha sangre, según el diagnóstico clínico.

Aunque me presenté y traté de iniciar una entrevista grupal, las mujeres de la sala no me hicieron caso, pues estaban más concentradas en la conversación que sostenían, en la que se quejaban de lo que acababa de suceder en la visita médica con relación al tratamiento recetado a la señora Prudencia, de la cama 37. Me llamó la atención el hecho de que esas mujeres usuarias estuvieran en desacuerdo con los procedimientos de los dos médicos de turno. Me impresionó porque yo estaba acostumbrada a ver a las mujeres usuarias en silencio, frente al torrente de la visita médica. Siempre respondían “Sí, doctor” o, de lo contrario, no decían nada. Sin embargo, las mujeres usuarias de esa sala, ese día, luego de la visita médica, no estaban en silencio. Al contrario, protestaban enérgicamente sobre el trabajo de los médicos que las habían atendido.

Inicialmente, y luego de escuchar y de participar en la conversación, me pareció que el desacuerdo de esas mujeres con los dos médicos de turno era una mera discusión en torno a dos tratamientos para la anemia que habían sido recetados por los respectivos doctores: la transfusión de sangre y las tabletas de sulfato ferroso. Después de comparar y de analizar los relatos de los diferentes participantes involucrados en el caso, profundicé mi análisis.

Un aspecto central de mi análisis tuvo que ver con los significados relacionados con la sangre. En efecto, en una fase preliminar de análisis de datos, una de las categorías que fue destacándose

enormemente respecto a la anemia fue la sangre: la sangre que las mujeres perdían en grandes cantidades en la sala de parto, las hemorragias reportadas por los internos de medicina en las visitas médicas y la sangre analizada en los tubos de ensayo en el laboratorio del Hospital Illimani. Por esa razón, hice un planteamiento preliminar de la anemia como una enfermedad sanguínea y me dediqué a investigar las interpretaciones de los sujetos de la investigación asociadas a dicho fluido humano.

Sin embargo, ese día, lo más importante para las mujeres usuarias de la sala de aisladas no era la sangre en sí misma, sino todo lo que rodeaba al tema sanguíneo. No es que las tres mujeres no hubieran mencionado la palabra sangre, sino que los sucesos en torno al tema cobraron más importancia para ellas que la sangre en sí.

Decidí hacer un seguimiento al caso de la señora de la cama 37 que registré durante la visita médica. Siete días después de observar dicho caso, busqué a la licenciada de enfermería (Lic. P) que acompañaba todos los días en el recorrido por las salas de internación. Ella tenía alrededor de 40 años. Era de estatura baja y tenía el cabello negro. Le hice una entrevista en los asientos del pasillo, frente a la sala de enfermería. Le pregunté sobre la aparente contradicción entre los tratamientos recomendados por los médicos. Me contestó que no era una contradicción y me explicó que cada unidad de sangre, en una transfusión, subía el nivel de hemoglobina y que, posteriormente, se reforzaba el tratamiento con tabletas de sulfato ferroso y con una dieta rica en hierro. En esa situación, apliqué la técnica de la entrevista intervencionista de Potter y Wetherell, para profundizar mi entendimiento sobre las múltiples dimensiones del caso de la cama 37 (Potter y Wetherell 1987:163-165).

Un día después de mi entrevista a la licenciada, concreté una cita para entrevistar al doctor Bedregal, el médico que realizó la visita médica el martes 15 de agosto de 2006 y ordenó la transfusión de sangre para la señora de la cama 37. Me encontré con él en su consultorio privado, en la zona Tradición, una zona de clase media-alta en el centro de la ciudad de La Paz. El área de recepción de su consultorio era un espacio pequeño, con paneles de madera e iluminado con una luz suave. Cuando entré por la puerta de vidrio, la secretaria me saludó y me indicó que esperara. Me acomodé en uno de los asientos de una fila de sillas recubiertas con cuero negro y ubicadas contra una de las paredes del consultorio. Mientras esperaba, observé carteles de ginecología y de obstetricia, entre ellos, uno titulado “Etapas de gestación”, que mostraba el crecimiento del feto/embrión mes tras mes. El doctor Bedregal llegó minutos después. Tenía alrededor de 50 años. Ese día, estaba vestido con un terno que contrastaba notoriamente su vestimenta informal en el

Hospital Illimani. Me explicó que la señora de la cama 37 no había recibido la transfusión sanguínea porque su esposo pensaba que él se iba a debilitar si donaba sangre.

Al día siguiente, busqué a la doctora Camacho, el segundo médico de turno del caso. Aunque ella trabajaba regularmente en el área de internación, ese día estaba de turno en consulta externa, en el consultorio de ginecología. Mientras la esperaba, la sala de espera empezó a llenarse. Yo miraba las noticias en una televisión que había en el lugar y también observaba que algunas mujeres usuarias de pollera tejían mientras esperaban sus consultas. En la corta entrevista que tuvimos, antes de que empezaran a entrar sus pacientes, la doctora Camacho corroboró la explicación que me había dado el doctor Bedregal el día anterior. Además, manifestó lo problemático que resultaba conseguir sangre para las transfusiones en el hospital.

### **6.1.1. Mi autoubicación como investigadora**

Antes de pasar al *dossier* del caso de la cama 37, empiezo con una autorreflexión introductoria sobre mi rol en la construcción del caso, siguiendo el ejemplo de Rance en “Historias de Dolor: Cinco construcciones de un evento hospitalario” (2005b). Por un lado, en la etapa de análisis, reconocí cómo utilizaba los números de cama para identificar a las mujeres usuarias en el cuaderno de campo, olvidándome de sus nombres, imitando el sistema de organización empleado por el personal de salud del Hospital Illimani. De esa manera, demostraba mi complicidad con el personal.

Durante el periodo en el cual realicé mi trabajo de campo (de mayo a septiembre de 2006 y de julio a agosto de 2007), el área de internación del Hospital Illimani tenía nueve salas. Algunas de ellas eran identificadas con un letrero: sala de alto riesgo, sala de aislados y sala de ginecología. Las restantes, en cambio, eran identificadas con números: sala 1, sala 2... En total, el hospital tenía 40 camas. Las pacientes eran identificadas por un número de cama registrado en una hoja tamaño carta y colocada detrás de la cama, sobre la pared. Ese número también aparecía en las carpetas de historia clínica que estaban almacenadas en la enfermería del área de internación.

Por otro lado, el hecho de haberme puesto del lado de las usuarias, priorizando sus versiones del caso, influyó en mis entrevistas con los dos médicos de turno. De alguna manera, en mis entrevistas con dichos doctores, intenté validar la versión de las usuarias. Strauss aboga la verificación de teorías o de hipótesis emergentes de los datos empíricos (Strauss 1987:12). Sin embargo, mi error metodológico fue plantear mis preguntas de manera acusatoria. Como ejemplo, retomo mi pregunta a la doctora Camacho: “¿Cómo fue esa situación con el esposo que había correteado para conseguir la sangre y, después, recién al día siguiente se la habían colocado [a la usuaria]?” En ella, insinúo

una pregunta que empieza con un “por qué”; es decir: “¿Por qué la mujer de la cama 37 no ha recibido la sangre?” Las usuarias, básicamente, culparon a los médicos por el error cometido. Es posible que, en respuesta a mi acusación, la doctora haya buscado transferir la responsabilidad a otra persona.<sup>165</sup>

## **6.2. Un *dossier* de la anemia**

A continuación, presento el *dossier* que armé en torno al caso de la cama 37. En dicho *dossier*, ubico las versiones de tres mujeres usuarias, de una licenciada de enfermería y de dos médicos de turno, uno después del otro. Esta presentación de las citas permite una fácil comparación entre los relatos de los diferentes actores. Traté de organizar y de proporcionar textos claros y sencillos para que puedan ser leídos sin mayor explicación de mi parte. En ese sentido, el *dossier* también podría ser utilizado como una herramienta didáctica: mi objetivo es presentar el *dossier* en un formato que podría ser validado por proveedores de salud (Rance 2005b:11).

---

<sup>165</sup> Para la versión completa de mi entrevista a la doctora Camacho, véase el anexo 5.

### *Dossier de la anemia*

**Conversación entre las mujeres usuarias señora Patricia Mamani Condori (PC), cama 35, señora Mireya (M), cama 36, y señora Prudencia Mamani (PM), cama 37, en la sala de aisladas del área de internación del Hospital Illimani. Miércoles 16 de agosto de 2006, de 11:30 a 11:50, aproximadamente.**

(PC dirige la palabra a PM)

PC: Tal vez ha encontrado sangre... vaya a devolver nomás...

M: ¡Qué macana...! Es que ayer, harto ha corrido su esposo para conseguir sangre y, ahora, la doctora dice que en la casa se puede alimentar y estar bien...

PC: Y ayer, el doctor no ha entendido eso... Su esposo no hubiera caminado tanto...

PM: Unas pastillitas más, un tratamiento me han dado...

PC: Ves, con eso más. (Se dirige a mí.)

M: Ayer, hasta las nueve [de la noche] estaba...

PC: Y sus hijitos sin tomar té... Cómo pues...

PM: Ayer, ha correteado harto... Ahora, "ya no", me han [dicho]... ¿Con alimentación nomás?... Sí, pero ahorita han conseguido y me van a colocar nomás.

**Explicación de licenciada Patzi (L) a mi persona (Y). Entrevista en los asientos que estaban al frente de la enfermería del área de internación del Hospital Illimani. Miércoles 23 agosto de 2006, de 11:50 a 11:55, aproximadamente.**

Y: Entonces, ¿no es contradictorio?

L: ¿Cómo va a ser contradictorio? No siempre van a ser suficientes las tres unidades que recibe la paciente y, por eso, le dice que tiene [que reforzar con] un alimento con hierro. Puede ser verde, de color... verde... remolacha... hígado, carne color rojo... (Hace mímica como si estuviera hablando con las pacientes.) ...hígado, así les podemos decir a las pacientes... No es contradictorio...

**Explicación del doctor Bedregal, ginecólogo de planta del Hospital Illimani. Entrevista en su consultorio privado, zona Tradición de la ciudad de La Paz. Jueves 24 de agosto de 2006, de 18:20 a 18:35.**

[El] Motivo fundamental [por el] que la paciente no ha recibido sangre, [es] porque su esposo pensaba que iba a estar débil, si donaba... Incluso cuando les explicamos que cuando les dan un puñalazo pierden mucha más sangre... Incluso explicándoles, no entienden... Y no vamos a decir que son barreras de comunicación... y, a veces (...) tratan de fingir demencia (...) que son originarios y que no entienden. Eso también. Porque muchas veces sucede eso...

**Explicación de la doctora Camacho, ginecóloga de planta del Hospital Illimani. Entrevista en el consultorio de ginecología de consulta externa del Hospital Illimani. Viernes 25 de agosto de 2006, de 13:50 a 14:00, aproximadamente.**

Es que aquí siempre es un problema conseguir sangre... (...) Aquí hay mucho miedo respecto a la transfusión... [Para los que donan.] Todos están enfermos al momento de [la] transfusión... Después se debilitan. No van a poder trabajar... "Estoy débil..." El hospital consigue... [Se] compromete a devolver... (Se ve una nota en sus historias clínicas: debe una unidad, dos unidades.) Y no devuelven. Incluso con Trabajo Social... Los [hombres] corretean porque no quieren donar. Tal vez en la ciudad [La Paz, es] mejor, la gente [es] más instruida...

Empecé el análisis del caso de la cama 37 en los dos puntos anteriores al *dossier*. En el punto 6.1. (“Reconstruyendo un caso clínico”), reflexioné acerca de la importancia que fueron adquiriendo los significados asociados con la sangre a lo largo de la investigación y sobre cómo el carácter conflictivo de la conversación entre las tres mujeres usuarias del caso de la cama 37 me motivó a compilar un *dossier* al respecto. En el punto 6.1.1. (“Mi autoubicación como investigadora”), continué con el análisis reflexivo, pero, esta vez, examinando mi rol como investigadora en el armado del *dossier*.

Seguidamente, continuó mi análisis del “*Dossier* de la anemia” con la aplicación del método polifónico. Esto me permite ubicar los comentarios de un ginecólogo de planta del Hospital Illimani y de una mujer usuaria uno después del otro, a fin de identificar la mutua falta de entendimiento. Empiezo analizando las versiones de las tres mujeres usuarias con relación a la falta de entendimiento del doctor Bedregal y la manera en que sustentaban el perjuicio causado por el médico de planta, a través de la categoría “ser para otros” (Lagarde 1993:363). Posteriormente, analizo cómo tres miembros del personal de salud planteaban la falta de entendimiento de los familiares de Prudencia Mamani, sobre la base de una distinción entre el conocimiento científico de los profesionales de salud del hospital y las creencias populares de las usuarias y de sus familiares. Para concluir, aplico los conceptos de simetría y asimetría a todas las versiones del caso, incluyendo la mía.

### **6.3. Plasmando la igualdad epistemológica: Las versiones de tres mujeres usuarias**

“El doctor no ha entendido eso”, reclamó la señora Patricia Mamani en una conversación con sus compañeras de sala. Ese comentario me llamó mucho la atención, en la medida en que esa señora dio la vuelta las estructuras de poder que fui notando entre el personal de salud y las usuarias del Hospital Illimani, en el transcurso de mi trabajo de campo. Según el personal de salud, eran las usuarias las que no entendían: no entendían la importancia de tomar las tabletas de sulfato ferroso, no entendían que debían comer menos carbohidratos y más hígado y espinaca, y no entendían qué significaban sus resultados de laboratorio. Pero, después, me pregunté: ¿cómo no iba a entender un médico? Un médico sabe. Por eso venimos al hospital. Sin embargo, entender y saber son conceptos y facultades diferentes. En ese sentido, por ejemplo, el médico de turno de los días martes, en el área de internación del Hospital Illimani, podría *saber* que una paciente tiene anemia, y por qué la tiene, y, al mismo tiempo, podría *no entender* lo que significa donar sangre para el esposo de una de las pacientes que atiende.

El enojo de las usuarias surgió cuando la doctora Camacho hizo su diagnóstico y recomendó el tratamiento. Las usuarias percibían que las indicaciones de la doctora Camacho contradecían aquéllas del doctor Bedregal. Por ello, consideraban que los doctores no estaban haciendo bien su trabajo y, por ende, empezaban a perder confianza en ellos. La aplicación del tratamiento o de los tratamientos para el caso de anemia de la paciente de la cama 37 fue mediada por esa desconfianza.

### **6.3.1. Una madre hospitalizada también debe “ser para otros”**

En este punto, discuto cómo las compañeras de sala de Prudencia Mamani demostraban más preocupación por el esposo y por los hijos de Prudencia que ella misma. Para este análisis, empleo la categoría “ser para otros” de Lagarde (1993:363). Los hijos de la señora Prudencia estaban solos en su casa, mientras ella estaba hospitalizada. Su esposo debería estar encargándose de los niños, pero, por culpa de los médicos, estaba ocupado tratando de conseguir sangre para la transfusión de Prudencia, “y sus hijitos, sin tomar té”.

Según Lagarde, “Ser madre y ser esposa consiste para las mujeres en vivir de acuerdo con las normas que expresan su ser –para y de– otros” (Lagarde 1993:363). Esto implica una relación de servidumbre voluntaria (Lagarde 1993:363). En el caso de la cama 37, los comentarios de las compañeras de sala suponían que sólo Prudencia podía preparar el té para sus hijos. No se esperaba lo mismo del padre. Lo irónico es que, incluso cuando Prudencia estaba hospitalizada, esperando una transfusión, pálida por la pérdida de una gran cantidad de sangre, la mayor preocupación de sus compañeras de sala era por los hijos y por el esposo de Prudencia, que carecían del cuidado de su madreposa.

Las compañeras de Prudencia situaron a la interesada en el centro de una discusión acalorada. Mientras ambas hablaban de Prudencia, ella permanecía callada, casi ausente, como una víctima silenciosa ante el ruidoso reclamo de sus compañeras de sala.

### **6.4. Informando la ignorancia: Las versiones de dos ginecólogos de planta**

En mi entrevista al doctor Bedregal, él lanzó un comentario paralelo al de Patricia Mamani, una de las compañeras de sala de Prudencia, culpando a los familiares de la usuaria de no entender los beneficios de la donación de sangre. En la revisión de mis transcripciones, me impresionó que

Patricia Mamani, una de las mujeres usuarias, hubiera acusado a un médico de la misma falta de entendimiento, igualando el campo de juego.<sup>166</sup>

Tanto el doctor Bedregal como la doctora Camacho descalificaron las quejas de las tres mujeres usuarias y culparon a sus familiares por la demora en la aplicación de la transfusión de sangre. El doctor Bedregal, por su parte, increpó a los familiares de las mujeres usuarias en su relato cuando dijo: “[El] Motivo fundamental [por el] que la paciente no ha recibido sangre, [es] porque su esposo pensaba que iba a estar débil, si donaba...”. Posteriormente, la doctora Camacho, hizo referencia a lo mismo: “Después se debilitan. No van a poder trabajar”.<sup>167</sup>

A diferencia del doctor Bedregal, la doctora Camacho incorporó el factor laboral a la discusión. Según el comentario que ella hizo sobre lo que escuchaba con regularidad de los familiares de las mujeres internadas en el Hospital Illimani, el trabajo del esposo era más importante que la vida de la mujer que necesitaba la transfusión. Ése resultó ser un argumento parecido al de la discusión de las compañeras de sala de Prudencia Mamani.

Tanto la doctora Camacho como el doctor Bedregal emplearon un protocolo referido a un nivel de hemoglobina, y a su correspondiente tratamiento, para justificar su modo de actuar en el caso de la cama 37. El doctor Bedregal me explicó el procedimiento adecuado en casos de anemia por pérdida de sangre de la siguiente manera:

Si vamos a pensar que estamos en un centro hospitalario... es mejor actuar según los protocolos y, en más de una ocasión, hemos hecho eso. (...) Hay un protocolo. Por debajo de 10 [de hemoglobina], se amerita transfusión... Supuestamente, cada unidad de sangre eleva [los] hematocritos<sup>168</sup> a dos.

---

<sup>166</sup> Quiero hacer notar, primero, que la relación entre la donación de sangre y la debilidad que estableció el doctor Bedregal fue una creencia atribuida a las usuarias y a sus familiares por parte del médico. No tuve acceso, por ejemplo, a la explicación del esposo de la señora de la cama 37. Ese vacío da las pautas para un ejercicio de validación con los esposos de las mujeres usuarias sobre los temas referidos a la donación de sangre y a la debilidad.

<sup>167</sup> Explorar la relación entre trabajo, ingresos económicos y costos en la donación de sangre sería un ramo interesante en un ejercicio de validación con los esposos y con los familiares de las mujeres usuarias que necesitan una transfusión. Sin embargo, no toco ese tema en mi investigación, por un lado, por la falta de datos y, por otro, para no desviarme del argumento central: la manera en que los médicos explican el error.

<sup>168</sup> El valor corresponde a la hemoglobina. El mismo doctor Bedregal se corrigió en la entrevista cuando dijo: “No es hematocrito, es hemoglobina, porque hematocrito es en porcentaje”.

Ese saber para tratar la anemia está basado en el conocimiento científico, en los protocolos con referencia a los valores numéricos y biológicos. El doctor Bedregal también me explicó que el personal de salud se rige a esas normas, por trabajar en un centro hospitalario.

Seguidamente, analizo las construcciones del personal de salud comparando dos conceptos: el conocimiento científico y las creencias populares (Good 1994:1-24). Good postula que "...el lenguaje médico casi no es un espejo sencillo del mundo empírico. Es un *lenguaje cultural*<sup>169</sup> rico, dirigido a una versión de la realidad y a sistemas de relaciones sociales altamente especializadas"<sup>170</sup> (Good 1994:5). Así mismo, Good plantea que dentro del lenguaje y de las prácticas clínicas existe una yuxtaposición entre creencia y conocimiento, en la cual el lenguaje de conocimiento es empleado para describir una realidad objetiva y el lenguaje de la creencia para describir ideas que no concuerdan con una realidad objetiva (Good 1994:13). Según esa lógica, los familiares de las pacientes tenían creencias y el personal de salud poseía un conocimiento científico correcto.

La doctora Camacho y el doctor Bedregal afirmaron que se debía informar la ignorancia de las mujeres usuarias y de sus familiares. Para ambos médicos de turno, ésta era la raíz del problema en el caso de la cama 37. El doctor Bedregal, cuando afirmó "Incluso explicándoles", dio a entender que, anteriormente, asumía la responsabilidad de explicar a las pacientes. Por otro lado, la doctora Camacho no se responsabilizó de explicar a los familiares de las mujeres usuarias, y a las mujeres usuarias, sobre las consecuencias de la donación de sangre, sino que atribuyó el problema de la falta de entendimiento al hecho de no estar "en la ciudad", donde las personas son "más instruidas". De ese modo, la doctora Camacho apuntó a un problema más estructural respecto a la falta de entendimiento entre el personal de salud, las usuarias y sus familiares además de atribuir el problema al lugar de origen de los usuarios. Ambos médicos atribuyeron el error a la falta de entendimiento de las usuarias y sus familiares, sin reconocer su posible falta de entendimiento.

Además de articular su desaprobación a las creencias de los familiares de las usuarias, el doctor Bedregal se refirió a la incredulidad de esas personas cuando dijo: "Y no vamos a decir que son barreras de comunicación y [hay] veces que tratan de fingir demencia y que son originarios y que no entienden, eso también. Porque muchas veces sucede eso". De igual manera, atribuyó el problema al lugar de origen de las usuarias y de sus familiares: "son originarios". Lo hizo

---

<sup>169</sup> Énfasis del original.

<sup>170</sup> Texto original en inglés: "...the language of medicine is hardly a simple mirror of the empirical world. It is a *rich cultural language*, linked to a highly specialized version of reality and system of social relations". Énfasis del original.

sarcásticamente porque, al mismo tiempo, acusaba a los familiares de las usuarias de ser hipócritas cuando se adscribían al hecho de ser “originarios”.

Lo anterior me hizo recordar los comentarios hechos por una pediatra en el área de consulta externa (Dra. D) el primer día de mi trabajo de campo en el hospital: “No saben su importancia” [de las tabletas de sulfato ferroso]. “Tenemos que enseñarles la importancia”. Para esa pediatra, hacer que sus pacientes tomaran dichas tabletas y lograr que donaran sangre era una cuestión de instrucción; es decir, una posición que desvalorizaba el saber propio de las mujeres usuarias del hospital.

En primera instancia, interpreté el desencuentro entre las usuarias y los proveedores de salud, en el caso de la cama 37, como un malentendido. Después, me pregunté: ¿Malentendido para quién? ¿Quién no entendía? Identificar el caso como un malentendido era pasivo; no asignaba responsabilidad a nadie. Todos se liberaban de la responsabilidad de entender o de no entender el problema. Posteriormente, descarté mi uso de malentendido, una palabra ubicada epistemológicamente “en el aire”. Ahora, planteo que existen personas que pueden esforzarse para entender más y mejor. Por ello, trabajo con los términos ‘entender’ y ‘no entender’, y no me quedo con el caso como un *malentendido*.

#### **6.4.1. Subestimando a las pacientes: Explicación de una enfermera**

Aunque las usuarias no mencionaron a la licenciada de enfermería en su discusión, decidí incluirla en la compilación del *dossier*. A diferencia de los médicos que iban al hospital una vez por semana, la licenciada Patzi participaba en todas las visitas médicas. En ese sentido, la licenciada Patzi llevaba el hilo de la información sobre las pacientes.

Con su respuesta, tanto verbal como no verbal, la licenciada Patzi hizo una diferenciación entre cómo explicaría el tratamiento para la anemia a las pacientes del Hospital Illimani y cómo me lo explicaría a mí, una tesista de la UMSA. “Así les podemos decir a las pacientes”, me decía, ubicando, de esa manera, a las usuarias en un plano inferior. De igual modo, la licenciada Patzi reiteró la necesidad de informar la ignorancia de las pacientes.

#### **6.5. Un análisis simbólico del caso de la cama 37<sup>171</sup>**

El símbolo dominante del caso de la cama 37 fue la sangre de la señora Patricia Mamani. Con relación a ese símbolo, las tres mujeres usuarias involucradas en el caso otorgaron más valor al polo

---

<sup>171</sup> Añado este punto en base a mi reflexión sobre un comentario realizado por la licenciada María Dolores Castro como miembro del tribunal que revisó el borrador de esta tesis.

ideológico del símbolo que al polo sensorial, mientras que los tres miembros del personal de salud dieron más valor al polo sensorial del símbolo.

A continuación, presento una tabla en la que organizo los comentarios de la señora Patricia Mamani Condori (PC), de la señora Mireya (M), de la señora Prudencia Mamani (PM), de la licenciada Patzi (L), del doctor Bedregal y de la doctora Camacho, en función de su relación con el polo ideológico o con el polo sensorial del símbolo dominante en el caso de la cama 37. Rescato los comentarios del “*Dossier* de la anemia” que presenté en este mismo capítulo, así como algunas otras interacciones ya citadas en este apartado. Así mismo, incluyo nuevamente las definiciones de cada polo, citadas en el punto 2.2. (“Construcción de significados a través de los símbolos”).

**Tabla 4: Polos ideológico y sensorial de la sangre en el caso de la cama 37**

<b>Polo sensorial</b>	<b>Polo ideológico</b>
<p><b>Mujeres usuarias</b></p> <p>PC: Tal vez ha encontrado sangre... (...)</p> <p>Y: ¿Sangre? ¿Para qué?</p> <p>PC: Para la señora [de la cama 37], porque está débil. Anemia dicen. ¿Qué cosa será?</p> <p>M: Anemia... debilidad... sangre para esta anemia...</p> <p>PC: Sí, mucha sangre has perdido (...)</p> <p>PM: Unas pastillitas más, un tratamiento me han dado (...) Ahora, “ya no”, me han [dicho]... ¿Con alimentación nomás?...</p>	<p><b>Mujeres usuarias</b></p> <p>M: ¡Qué macana...! Es que ayer, harto ha corrido su esposo para conseguir sangre y, ahora, la doctora dice que en la casa se puede alimentar y estar bien...</p> <p>PC: Y ayer, el doctor no ha entendido eso... Su esposo no hubiera caminado tanto... (...)</p> <p>M: Ayer, hasta las nueve [de la noche] estaba...</p> <p>PC: Y sus hijitos sin tomar té... Cómo pues...</p>
<p><b>Licenciada Patzi</b></p> <p>No siempre van a ser suficientes las tres unidades que recibe la paciente y, por eso, le dice que tiene [que reforzar con] un alimento con hierro. Puede ser verde, de color... verde... remolacha... hígado, carne color rojo...</p>	<p><b>Licenciada Patzi</b></p> <p>(Hace mímica como si estuviera hablando con las pacientes.) ...hígado, así les podemos decir a las pacientes... No es contradictorio...</p>
<p><b>Doctor Bedregal</b></p> <p>Hay un protocolo. Por debajo de 10 [de hemoglobina], se amerita transfusión...</p>	<p><b>Doctor Bedregal</b></p> <p>[El] Motivo fundamental [por el] que la paciente no ha recibido sangre, [es] porque su</p>

<p>Supuestamente, cada unidad de sangre eleva [los] hematocritos a dos.</p>	<p>esposo pensaba que iba a estar débil, si donaba... Incluso cuando les explicamos que cuando les dan un puñalazo pierden mucha más sangre...</p>
	<p><b>Dra. Camacho</b>  Es que aquí siempre es un problema conseguir sangre... (...) Aquí hay mucho miedo respecto a la transfusión... [Para los que donan.] Todos están enfermos al momento de [la] transfusión... Después se debilitan. No van a poder trabajar...</p>
<p>“<i>Significata</i> son usualmente fenómenos y procesos naturales y fisiológicos (...) [Tienen] un contenido estrechamente (...) relacionado con la forma externa del símbolo”.</p> <p>“Se concentran <i>significata</i> de los cuales puede esperarse que provoquen deseos y sentimientos”.</p>	<p>“<i>Significata</i> que se refieren a componentes de los órdenes moral y social de la sociedad (...), a principios de la organización social”.</p> <p>En este polo, “se encuentra una ordenación de normas y de valores que guían y controlan a las personas como miembros de los grupos y de las categorías sociales”.</p>

Fuente: Elaboración propia basada en el libro *La selva de los símbolos*, de Victor Turner (1967:31), y en el “*Dossier de la anemia*” y otras interacciones ya citadas en este capítulo.

Entre las mujeres usuarias, el comentario más notorio relacionado con el polo sensorial del símbolo usuarias fue: “Anemia dicen. ¿Qué cosa será?”. Con esas palabras, las mujeres relegaron la anemia a una cosa desconocida y poco importante. De igual modo, las mujeres tocaron el tema de la sangre en su función biológica, pero de manera pasajera, cuando dijeron: “Sí, mucha sangre has perdido”. Así mismo, las usuarias enfatizaron el polo ideológico del símbolo dominante al dar más atención a la situación del esposo y de los hijos de la señora Prudencia Mamani, en cuanto a la labor de conseguir la sangre para la transfusión.

En su construcción cultural del caso de la cama 37, el doctor Bedregal atribuyó la explicación de las usuarias a sus creencias y respaldó su propia posición en criterios científicos. Al hacer esa distinción, dio más prioridad al polo sensorial de la sangre que al polo ideológico. La doctora Camacho y la licenciada Patzi siguieron un patrón parecido.

Este breve análisis simbólico del caso de la cama 37 reitera un argumento principal del presente capítulo, es decir, las mujeres y los tres miembros del personal de salud hablaban desde posiciones tan diferentes que, cuando empecé a analizar este caso, me pareció que estaban hablando de dos cosas diferentes, cuando en realidad estaban hablando de “la misma cosa”: la sangre de la señora Prudencia Mamani. Sin embargo, en este punto del análisis de este caso, planteo que esos seis actores no estaban hablando de “la misma cosa”, sino que construían realidades diferentes en torno al símbolo dominante de la sangre.

### **6.6. Relatos simétricos y asimétricos**

Por medio del método polifónico, pude construir una simetría en el texto entre las versiones de las señoras Prudencia Mamani, Patricia Mamani y Mireya, de los doctores Bedregal y Camacho, y de la licenciada Patzi. En ese sentido, otorgué el mismo valor tanto a las quejas de los médicos y de las usuarias, como a la construcción que ellos hacían sobre el caso. Esa simetría es uno de los pilares del presente trabajo. En este punto, rescato mi discusión de simetría que empecé en el capítulo teórico, citando la definición de Gilbert y Mulkay: “...el orador (...) insinúa una igualdad de rango entre relatos opuestos y en este sentido organiza de manera simétrica sus relatos de creencia correcta e incorrecta”<sup>172</sup> (Gilbert y Mulkay 1984:84).

En el campo de los estudios sociales de las ciencias, esa presentación igualitaria de múltiples tipos de conocimiento se conoce como simetría. Sobre la base del concepto de simetría, pude analizar la anemia como una patología socialmente construida, igual que las patologías andinas *larpha* y susto. Además, dicho concepto me ayudó a incorporar un conjunto de voces que expresan los diferentes tipos de conocimiento, voces que se hacen escuchar en momentos y en lugares puntuales. Como afirman Peter L. Berger y Thomas Luckmann, en su análisis de la construcción social, “Éste ‘aquí y ahora’ es el foco de mi atención a la realidad de la vida cotidiana” (Berger y Luckmann 1966:36, citado en Potter 1998:27). Sin embargo, al mismo tiempo que el caso clínico de la cama 37 me permitió resaltar el concepto de simetría, también me ayudó a explorar la asimetría, una asimetría mutua entre las versiones de los siete actores, incluyéndome a mí, en las estrategias empleadas para explicar el error.

Para empezar esta discusión, retomaré la contradicción señalada por las tres mujeres usuarias. El doctor Bedregal le dijo a la señora Prudencia Mamani que necesitaba una transfusión de sangre. Un

---

<sup>172</sup> Texto original en inglés: “...the speaker (...) implies an equality of status amongst competing accounts and, in this sense, organises his account of correct and incorrect belief symmetrically”.

día después, cuando la señora Prudencia aún no había recibido la sangre, la doctora Camacho le dijo que se iba a curar con una alimentación controlada y con tabletas de sulfato ferroso. Después de esos dos eventos, entré en la sala de aisladas del Hospital Illimani para escuchar la protesta de las tres señoras.

Los mismos médicos indicaron que, según el protocolo, la señora Prudencia Mamani requería una transfusión, debido a su nivel de hemoglobina: nueve. Sin embargo, las mujeres usuarias se quedaron con las versiones contradictorias de parte de los dos médicos. Para explorar esa contradicción, presento dos maneras de interpretar las acciones y las palabras de la doctora Camacho. Ella entró a la sala y:

- a) Asumió que a la paciente ya le habían practicado la transfusión, pero no se aclaró esa situación a la interesada.
- b) La doctora contradijo a su colega debido a que no había leído los antecedentes del caso o las recomendaciones en la historia clínica de la usuaria.

A continuación, para ilustrar el intercambio entre la doctora Camacho, un grupo de estudiantes de medicina, una auxiliar de enfermería y la licenciada Patzi, cito parte de mi registro de esa visita médica alrededor de la cama 37 de Prudencia Mamani.<sup>173</sup>

D: Está blanca [pálida].

L: Transfusión necesitaba.

D: Nueve de hemoglobina... Le vamos a dar... doctora... A ver, escúchame...  
(D se dirige a uno de los internos de medicina.) ¿Qué quería?... Ah, le puedes dar 60 [tabletas de sulfato ferroso]... Con anemia severa...

S: Había un comunicado doctora...

(D habla con los internos de los efectos secundarios de sepsis.)

D: Trata de comer más... muchas verduras verdes... Brócoli, apio, espinaca...  
¿Le gusta el hígado...? Aunque [con] la transfusión... Tus hijos... ahí abandonados... Entonces, vas a comer bien.

---

<sup>173</sup> Apuntes registrados en el cuaderno de campo, el miércoles 16 de agosto de 2006, a horas 10:42, en el momento de la interacción entre la doctora Camacho (D), la auxiliar de enfermería que apoyaba en la farmacia del hospital, Sandra (S), y la licenciada Patzi (L), en la visita médica en el área de internación del Hospital Illimani. Sandra tenía alrededor de 20 años. Usaba lentes. Ese día, llevaba puesto un guardapolvo blanco encima de una chompa de color azul marino.

Aunque la doctora Camacho hizo alusión a la queja de las tres mujeres (“Tus hijos... ahí abandonados”), estaba más ocupada en su discusión con la auxiliar de enfermería, con la licenciada Patzi y con los internos de medicina. Además, a Prudencia no le mencionó nada sobre la transfusión.

Antes de seguir, quisiera señalar que no estoy tratando de acusar a los dos médicos de ser los únicos en haber cometido un error. Mi intención, más bien, es dar un relato simétrico de las seis versiones sobre este caso. Como dice Potter (1998:27):

Esta postura es extremadamente importante para abordar la construcción de los hechos: libera al investigador de tener que tomar partido por grupos determinados cuyas creencias estén mejor establecidas que las de otros. (...) El investigador social evita así la difícil tarea de ser, por ejemplo, mejor físico o cirujano que los físicos o cirujanos que estudia.

Utilicé la simetría para tratar de comprender mejor el caso de la cama 37 antes de juzgar a los actores involucrados. Sin embargo, en el proceso de escritura de esta investigación, me di cuenta de que mi relato era, tal vez, asimétrico. Pero, también quiero señalar que esa valoración depende de cómo interpreto el concepto de simetría. Mi relato es simétrico porque trato de dar una igualdad de estado entre relatos opuestos. Entonces, no estoy presumiendo que sólo los médicos presenten una posición científicamente legítima. Por otro lado, mi relato es asimétrico porque desde la pregunta que planteo a los dos médicos (“¿Por qué tuvo que corretear el esposo de Prudencia Mamani?”), estoy tomando partido o valorando más la explicación de las mujeres usuarias.

Los dos médicos de turno también presentaron relatos asimétricos con relación a los relatos de las usuarias. Ambas explicaciones del error, en el caso de la cama 37, crearon una dicotomía entre creencias y protocolos. Siguiendo esa lógica, las usuarias y sus familiares respondían emocionalmente, con “aberraciones personales” [*personal aberrations*], mientras el personal de salud respondía en “términos empíricos” [*empiricist terms*], con “la creencia correcta” [*correct belief*] (Gilbert y Mulkay 1984:84). En ese sentido, los tres miembros del personal de salud que entrevisté no reconocieron la posición de las tres mujeres usuarias como legítima científicamente.

Las usuarias también presentaron un relato asimétrico respecto a los relatos de los doctores, culpando al doctor Bedregal y transfiriéndole la responsabilidad por la inconveniencia sufrida por el esposo y por los hijos de Prudencia Mamani. Pero las usuarias emplearon un relato asimétrico algo diferente. No acusaron al doctor Bedregal de equivocarse por aberraciones personales ni le quitaron

su legitimidad científica; sólo expresaron que él se había equivocado y que, además, había sido desconsiderado por no tener en cuenta las consecuencias que podían resultar de su error. Las mujeres presumían que al doctor no le importaba la situación de Prudencia Mamani. Ésa me parece una conclusión justa, puesto que es probable que el doctor Bedregal no les hubiera dirigido la palabra en su visita. Tomo esta posición sobre la base de la visita médica de la doctora Camacho y de otras visitas que observé junto al doctor Bedregal, en las cuales él hablaba de todo menos de los casos que estaba revisando en las visitas médicas que atendía.

Otro indicativo de un relato asimétrico es presentar el lado opuesto como “emocionalmente involucrado en el problema”<sup>174</sup> (Gilbert y Mulkay 1984:84). En mi revisión del caso de la cama 37, noté que tanto las versiones de las tres mujeres usuarias como las de la licenciada Patzi y del doctor Bedregal estaban marcadas por emociones fuertes. Como ya expliqué al inicio de este capítulo, la protesta emotiva de Patricia Mamani y de la señora Mireya fue lo que me motivó a recolectar un *dossier* sobre el caso. No obstante, en la fase de análisis de datos, también fui notando la emoción del personal de salud en los relatos.

Por su parte, la licenciada Patzi se había enojado cuando traté de confirmar que los dos tratamientos para la anemia eran contradictorios. El carácter contradictorio de los dos tratamientos para la anemia recetados a la señora Prudencia forma una parte central de la construcción cultural de la anemia que hicieron las tres mujeres usuarias involucradas en este caso.<sup>175</sup> Por ende, mi intención con esa pregunta era validar la lógica que empleaban las usuarias. No la usé con el propósito de hacerla enojar; más bien, me sorprendió cuando ella mostró su enojo porque yo esperaba una respuesta racional y sin emoción de su parte. Aunque la licenciada Patzi citó el protocolo para el tratamiento de la anemia, su respuesta era emocionada. Inicialmente, iba a calificar la explicación de la licenciada como un relato asimétrico, por la emoción de su respuesta. Sin embargo, después me di cuenta de que yo, como investigadora, estaba haciendo un análisis asimétrico de su posición, quitándole legitimidad científica debido a su carácter emotivo.

El doctor Bedregal también empleó emoción en su relato, pero ésta no se manifestó en su tono de voz, sino en una frase cargada de violencia: “Incluso cuando les explicamos que cuando les dan un puñalazo pierden mucha más sangre... Incluso explicándoles, no entienden”. Al respecto, saqué dos posibles interpretaciones:

---

<sup>174</sup> Texto original en inglés: “...emotionally involved in the answer”.

<sup>175</sup> Hago esta aclaración en base a mi reflexión sobre un comentario realizado por la magister en Ciencias Aurora Bellido Gómez como miembro del tribunal que revisó el borrador de esta tesis.

- a) El doctor atribuye un comportamiento violento a los esposos de las usuarias.
- b) El doctor está siendo violento con ese comentario.

En todo caso, la reacción violenta del doctor Bedregal, por un lado, y la supuesta racionalidad de su defensa empírica basada en los protocolos, por el otro, me sorprendió porque demostró que su explicación del caso no estaba completamente basada en términos empíricos y racionales.

No estoy tratando de desvalorar los relatos de las usuarias, de la licenciada o del doctor por ser violentos. Reconozco que el hecho de sentir emoción por algo no debe quitar su validez y su valor científico. Empero, las explicaciones de los dos miembros del personal de salud desafían la lógica de los relatos simétricos y asimétricos en el sentido que sus relatos estuvieron basados en postulaciones empíricas y en posturas emocionadas.

En varios momentos del análisis de datos, me pregunté quién había cometido el error. Después, me di cuenta de que ésa no era la pregunta adecuada. Me pareció más apropiado analizar la imagen del caso que mutuamente armamos los actores a través de nuestros relatos asimétricos. Luego, me percaté de que cada uno de nosotros estaba transfiriendo la responsabilidad del problema a otra persona, desviando así el centro de atención fuera del problema principal: la usuaria Prudencia Mamani y su condición de salud. Todos nos habíamos olvidado de la paciente, empezando por sus compañeras de sala. Incluso yo seguí ese hilo conductor preguntando a los médicos sobre el esposo de Prudencia. Con la licenciada Patzi, en cambio, no me desvié tanto, ya que me concentré en la confusión relativa a los dos tratamientos para la anemia. Los dos médicos movieron el foco de interés fuera de Prudencia Mamani, enfatizando, más bien, el problema del esposo que no quería donar sangre y el problema que representaba para el hospital el hecho de que los usuarios no devolvieran las unidades de sangre prestadas por el banco de sangre. En ese contexto, Prudencia Mamani fue quedando invisible, porque todos la fuimos dejando al margen del problema:<sup>176</sup> habíamos dejado de hablar de ella y de pensar en ella.

#### **6.6.1. Aplicando las lecciones del caso de la cama 37 a otros casos clínicos**

Los desencuentros en casos como el de la cama 37 también son un indicativo de que se podría mejorar el entendimiento de y entre usuarias y el personal de salud. En ese contexto, reconozco que la carga de pacientes en los hospitales estatales de Bolivia es mucho más alta que aquélla de los

---

<sup>176</sup> Rance aborda una problemática parecida en un capítulo de su tesis de doctorado, “The empty bed” [“La cama vacía”], en *Changing Voices: Abortion Talk in Bolivian Medical Settings* [*Voces cambiantes: Discursos sobre el aborto en escenarios médicos bolivianos*] (2003:139-157).

establecimientos de salud privados y que ésa es una de las barreras para una atención más cálida y más personalizada. También reconozco que el Hospital Illimani es un hospital de enseñanza [“*teaching hospital*”] que debe trabajar en una relación recíproca con el Estado. En consecuencia, el Estado envía al centro hospitalario estudiantes que, de alguna manera, alivianan el trabajo del personal de planta, mientras que los médicos y las enfermeras tienen el deber de ensañarles. Y en todo esto, ¿dónde queda la paciente? Al mismo tiempo que el médico de turno enseña al estudiante de medicina que está haciendo su internado<sup>177</sup> los efectos secundarios de la sepsis, también le está enseñando cómo ignorar y cómo desvalorar a las pacientes.

En ese sentido, un error mío y de los tres miembros del personal de salud fue que subestimamos el entendimiento de las tres mujeres usuarias de este caso. En el proceso de análisis de los datos, me di cuenta de que el seguimiento que hacían las mujeres usuarias del caso era preciso y de que su reclamo era legítimo. Ellas se daban cuenta de lo que estaba pasando, diferenciaban los dos tratamientos y podían identificar la contradicción entre los tratamientos sugeridos por los dos médicos, a pesar del lenguaje técnico y ajeno. El doctor Bedregal incluso afirmó lo siguiente: “Y no vamos a decir que son barreras de comunicación... y, a veces (...) tratan de fingir demencia (...) que son originarios y que no entienden...”. Sin embargo, ese ejemplo nos demuestra que las usuarias sí entienden, aun cuando están relegadas al fondo del escenario por los propios médicos, los cuales muy pocas veces les dirigen la palabra.<sup>178</sup> Las usuarias, entonces, entienden y saben lo que pasa. El entendimiento coherente de las usuarias del caso de la cama 37 es un hallazgo importante que se construyó a partir de la aplicación del método del *dossier*.

Reconociendo que el Hospital Illimani es un “*teaching hospital*”, también se debe considerar que es un hospital para las mujeres usuarias. Entonces, ¿cómo se puede llegar a un equilibrio entre esos fines? Un camino para acortar la distancia de relacionamiento y entendimiento entre personal de salud y usuarias es un trabajo entre científicos sociales y profesionales de salud en el campo de la formación en ciencias de la salud. Retomando al artículo de Rance en *Textos Antropológicos*, la autora señala lo siguiente: “Simplifiqué las claves utilizadas en la transcripción y apuntes para adecuar el *dossier* a la lectura de públicos diversos, particularmente estudiantes y docentes de medicina” (Rance 2005b:11). A propósito, la autora utiliza el formato del *dossier* así como otras

---

<sup>177</sup> Hago referencia a la clase tutorial que registré durante la visita médica de la doctora Camacho en el caso de la cama 37.

<sup>178</sup> En la visita médica relacionada con este ejemplo, la doctora Camacho hablaba más con los estudiantes de medicina que con la mujer internada. Reconozco que los médicos de turno no siempre ignoran a las pacientes, pero, en el corto tiempo que realicé mi trabajo de campo en el Hospital Illimani, ésa fue la tendencia.

presentaciones de los discursos del personal médico en ejercicios de reflexión con estudiantes y docentes de medicina (Rance 1999 y Rance 2005a). Por un lado, son ejercicios que permiten a los médicos a reflexionar sobre sus propias prácticas y discursos. Por otro lado, Rance señala lo siguiente con respecto a esos trabajos: “Con este aporte busco estimular la reflexión entre los/as científicos sociales respecto de nuestras modalidades de relación con los profesionales de la medicina” (Rance 2002:105-106).

Los estudios anteriormente citados demuestran la utilidad que podría tener la metodología de análisis aplicada en el caso de la cama 37 en el ámbito de la formación de personal sanitario y en la elaboración de políticas sanitarias, específicamente con relación a las nuevas maneras de entender la anemia, que surgieron a partir de considerar a la patología como una construcción cultural. Además de “proveer insumos para intervenciones institucionales en la formación médica” (Rance 2002:106), ese tipo de estudios pueden “contribuir al acercamiento y al diálogo entre las políticas de salud y educación” (Rance 1999:21).

¿Y por el lado de las mujeres usuarias? No sostengo que la solución sería hacerles entender o lograr que acepten una lógica biomédica acerca de la sangre. Al contrario, afirmo que una posible opción podría ser averiguar más sobre los significados de la sangre para las mujeres usuarias y para sus familias, en casos específicos de pérdida de sangre y de transfusiones sanguíneas, por ejemplo. En ese sentido, estudios etnográficos como el presente aportan con una manera nueva de abordar dicha temática. También quiero señalar que un entendimiento más amplio de los significados relacionados con la sangre va más allá del rol que juega la sangre en la cosmovisión andina, como parte de la dicotomía establecida tradicionalmente entre la biomedicina y la medicina tradicional. Con el caso de la cama 37, he tratado de demostrar que también influyen factores concretos de la vida cotidiana de las pacientes y no sólo factores étnicos.

“Anemia dicen, ¿qué cosa será?”. Tampoco planteo que se deba enseñar a las mujeres usuarias qué es anemia, sino que se debe reconocer que la anemia es una patología construida y que su construcción está vinculada, entre otros aspectos, con la acusación, la responsabilidad, las familias y el personal de salud de los hospitales en El Alto.

El nombre de la patología no es tan importante. Sirve, sobre todo, como una etiqueta. Lo que sí es importante es enfrentar las repercusiones prácticas que presenta esta enfermedad. Reconocer a la anemia como una construcción cultural permite explorar dichas relaciones, sus contradicciones y los múltiples significados para entender mejor la enfermedad, que además de ser una carencia de hierro en los glóbulos rojos es también una enfermedad cultural de la sangre.

## CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 7.1. Conclusiones

El martes 31 de julio de 2007, a horas 10:40, registré la siguiente reflexión en mi cuaderno de campo, mientras teñía placas de glóbulos rojos con Fidelia, en el laboratorio del Hospital Illimani. Ése fue un momento clave a partir del cual empecé a entender algunos de los vínculos entre las diferentes anemias:

Otro mundo, anemia, laboratorio (sangre disociada del cuerpo y puesta sobre las placas, e incluso en micropipetas, para ser medida, mirada bajo el microscopio, evaluada en un tubo de ensayo, como lo hace el doctor que me muestra la diferencia en su color) versus parto (sangre cayendo hacía los baldes) versus el minibús (anemia, haciendo pasar el hambre).

Una semana después, mientras revisaba la transcripción de la anterior reflexión, registré lo siguiente:

Pero son mundos tan diferentes. ¿Hasta qué punto y de qué manera se relacionan las construcciones del laboratorio con las construcciones en los otros escenarios?

Saltar de la anemia dentro de un minibús a la anemia dentro de un laboratorio me ayudó a apreciar el amplio panorama de contextos en los cuales se construye la anemia. Esa visión abierta hacia la patología permite la articulación entre ámbitos socioculturales, tecnológicos y políticos.

En este último capítulo de la tesis, resumo los hallazgos principales del estudio, respondiendo a las preguntas centrales de la investigación. Intercalo ese resumen con una breve reflexión crítica sobre dichos hallazgos, adscribiéndome fluidamente tanto al paradigma interpretativo como al paradigma crítico<sup>179</sup> (Montellano Loreto 2007).<sup>180</sup> Así mismo, comento sobre algunas de las articulaciones entre las múltiples construcciones culturales de la anemia. Por último, planteo la utilidad que tiene este tipo de estudio en el contexto boliviano de la salud.

---

<sup>179</sup> Véase la introducción del capítulo 3 (“Estrategias metodológicas”), para una discusión sobre cómo empleo los paradigmas interpretativo y crítico en el presente estudio.

<sup>180</sup> Violeta Andrea Montellano Loreto era tesista de la Carrera de Antropología de la UMSA cuando expuso el trabajo “Triste morir, ¿no?: Reflexiones sobre epistemología y ética en Antropología de la Salud” en la *RAE XXI*, llevada a cabo en La Paz, Bolivia, en agosto de 2007.

Antes de proceder con las conclusiones, deseo rescatar el concepto de un objeto de estudio negociable que planteé por primera vez en el gráfico 2 del presente trabajo (“Mi comprensión de la anemia *al final* de la investigación”). Es cierto que un objetivo central de este estudio fue analizar los significados construidos en torno a la anemia. Sin embargo, al adoptar esa postura más amplia referente al objeto de estudio, pude profundizar otras construcciones, como la de “hacer pasar el hambre”, así como las construcciones culturales de la sangre que exploré mediante el análisis del caso de la cama 37. Entonces, llegué a comprender la anemia no como un objeto de estudio fijo, sino como un objeto de estudio fluido que se fue desarrollando en una ida y vuelta constante entre el trabajo de campo y la revisión bibliográfica. Ese abordaje del objeto de estudio me llevó a explorar temas de inequidad, de pobreza y de discriminación, por medio del análisis de los discursos de las mujeres usuarias y del personal de salud que apoyaron en la investigación. De esa manera, llegué a considerar que la anemia no es sólo una patología, sino una queja de un mal social.

Un ejemplo que me ayuda a ilustrar la estructura lógica de esta tesis con relación a sus objetivos es el análisis que realicé de la categoría “hacer pasar el hambre”. Como señalé al inicio del capítulo 4 (“Hacer pasar el hambre”), un punto central de esta investigación fue “[explorar] la relación entre las construcciones culturales de ‘hacer pasar el hambre’ y de la anemia”. Sin embargo, en el proceso para cumplir ese fin, mi objeto de estudio se fue ajustando. Así, en el caso del punto 4.3. (“Jerarquías al momento de servir la comida”), la anemia me llevó a explorar el “hacer pasar el hambre”, que, a su vez, me impulsó a analizar cuestiones de alimentación, de género y de desigualdad. En ese caso particular, al igual que en muchos otros, me dejé llevar por las particularidades del caso que estaba analizando. No estoy planteando que la anemia sea igual a la práctica de “hacer pasar el hambre”, sino que ambas son construcciones de realidades diferentes y, en algunos casos, relacionadas.

Seguidamente, paso a puntualizar las conclusiones principales de este trabajo, las cuales están organizadas sobre la base de las tres preguntas centrales de la investigación.

### **7.1.1. ¿Cómo construyen culturalmente la anemia las mujeres atendidas en la consulta externa del Hospital Illimani a través de la categoría “hacer pasar el hambre”?**

En el primer capítulo de hallazgos, analicé cómo las mujeres atendidas en la consulta externa del Hospital Illimani construyeron culturalmente la anemia por medio de la categoría “hacer pasar el hambre”. Para ello, consideré tanto las construcciones culturales del “hacer pasar el hambre”, con relación a las construcciones culturales de la anemia, como los casos del “hacer pasar el hambre” en los cuales los sujetos de la investigación no articularon una relación directa con la anemia. Hice aquello para poder entender de mejor manera las relaciones entre las construcciones culturales de la anemia y los aspectos económicos y de género implícitos en la práctica de “hacer pasar el hambre”.

#### **“Economizando” la anemia**

A partir del conjunto de historias que me fueron contando las mujeres usuarias que conocí en la sala de espera del Hospital Illimani sobre la anemia y el “hacer pasar el hambre”, hice una lectura económica<sup>181</sup> de esa patología y de la práctica de no comer relacionada con ella. Cuando indico que hice una lectura económica de la anemia me refiero a la discusión de las condiciones de trabajo y de la generación y de la no generación de ingresos económicos relacionadas con las construcciones culturales de dicha patología. Así mismo, la aplicación del concepto de campos sociales y semánticos de la enfermedad (Good 1994:92-101) me ayudó a analizar la anemia en los contextos económicos relacionados con el “hacer pasar el hambre”.

La decisión que tomó Lucía para no comer estaba relacionada con sus condiciones de trabajo. Por ende, su construcción cultural de la anemia fue mediada por su relación con su esposo, como pareja y jefe. Por otro lado, Miriam y Willy dejaron de comer o hacían pasar el hambre en la calle, en función de su capacidad de generación de ingresos. Por último, Sofía también construyó la anemia a través de la categoría de “hacer pasar el hambre”, trazando una relación entre género y un acceso diferenciado a la alimentación. Leydi, por su parte, también consideró categorías de género en su construcción cultural del “hacer pasar el hambre”, específicamente en las decisiones que ella tomó para servir la comida, las cuales fueron tomadas en función a las condiciones de trabajo de su esposo, a quien le otorgaba el rol de organizador de las comidas. En estos últimos dos ejemplos, las mujeres a las que entrevisté jugaban un rol en función de los esposos, de los hermanos y de los

---

<sup>181</sup> Scheper-Hughes también hace una lectura económica de la enfermedad y de la muerte desde la antropología crítica, en su estudio “Demografía sin números: El contexto económico y cultural de la mortalidad infantil en Brasil” (Scheper-Hughes 2000).

hijos, un rol en el cual, muchas veces, salieron perdiendo o terminaron acomodándose a las necesidades de los varones.

La categoría “hacer pasar el hambre” nos lleva por caminos socioeconómicos, culturales y de género. Por consiguiente, esa práctica es como un símbolo clave (Turner 1967:55-56) que articula múltiples significados de la anemia, desde diversos ámbitos: el familiar, el laboral, el de pareja, el de la calle, el de un minibús y el de la casa. Así mismo, presenta una nueva manera de hablar sobre la anemia.

### **El hambre *versus* la desnutrición**

El análisis de la anemia como una patología económica y sociocultural me permitió comprender algunas de las brechas entre las maneras de entender la anemia. Según los relatos de las mujeres atendidas en la consulta externa del Hospital Illimani, la anemia es provocada por “hacer pasar el hambre”. En ese caso, no es que las mujeres anémicas no se alimentan bien, sino que hay momentos en los cuales no se alimentan. Ese hallazgo de la construcción cultural de la etiología de la anemia difiere marcadamente con la construcción de la etiología de la anemia que hicieron varios miembros del personal de salud del Hospital Illimani. Para ellos, la anemia es provocada por la falta de hierro en la sangre y, por ende, las mujeres usuarias contraen la anemia porque no se alimentan bien, es decir, porque no saben qué deben comer.<sup>182</sup>

En una discusión más amplia sobre la anemia, el objetivo no es informar la ignorancia, es decir, lograr que las mujeres usuarias reconozcan la importancia de tomar las tabletas de sulfato ferroso o de comer más verduras y carne roja, sino reconocer y respetar diferentes tipos de saberes, sin dar prioridad a uno por encima de otros. En ese sentido, un objetivo de la presente investigación es aportar a un diálogo sobre la anemia que tenga en cuenta el “hacer pasar el hambre” como parte de una construcción cultural de la patología. Ese diálogo, que podría darse entre el personal y las autoridades de salud, los científicos sociales, las mujeres usuarias y sus familiares, también podría

---

<sup>182</sup> En el inciso 1.1. (“Justificación”) del presente documento, cuando digo que “no se alimentan bien” = “no saben comer”, estoy planteando una interpretación propia del concepto “no alimentarse bien” basado en los discursos de algunos miembros del personal de salud del Hospital Illimani. Se trata de un supuesto demasiado general y, por tanto, las construcciones culturales del personal de salud del centro hospitalario sobre “no alimentarse bien”, tanto con relación a los usuarios como a ellos mismos, es un punto que requiere más investigación y análisis en un posible estudio futuro. Hago esta aclaración en base a mi reflexión sobre un comentario realizado por la licenciada María Dolores Castro como miembro del tribunal que revisó el borrador de esta tesis.

servir para informar políticas sobre la anemia y la desnutrición, para que sean más reflexivas, considerando hallazgos que se construyeron a partir de un estudio etnográfico.

En el punto (“Los significados de la sangre: Políticas más reflexivas para la anemia”), continúo mi discusión sobre políticas más reflexivas para la anemia. Tanto en ese inciso como en el que acabo de exponer, planteo mis propuestas desde la corriente crítica de la antropología.

### **7.1.2. ¿De qué manera construyen el diagnóstico de la anemia el personal de laboratorio del Hospital Illimani?**

El personal de laboratorio también construyó la anemia, pero a partir del desarrollo de la capacidad de ver la patología en la sangre. Cabe señalar que esa destreza para ver la sangre no es natural, sino aprendida mediante una formación empírica. La práctica, a su vez, posibilita el diagnóstico de la anemia en el laboratorio.

La utilidad de los estudios etnográficos sobre el trabajo de laboratorio radica en que permiten examinar cómo se construye el conocimiento científico en esos espacios. En consecuencia, esa mirada etnográfica me ayudó a dar cierto paralelismo entre la construcción cultural de la anemia que se producía en el laboratorio y las construcciones culturales que se iban articulando en los otros escenarios del hospital. En el Hospital Illimani, así como en otros centros hospitalarios, el resultado de laboratorio es considerado como *la* respuesta, como la verdad sobre la anemia. Yo argumento que ese resultado es una respuesta construida culturalmente.

El símbolo dominante de la sangre nos lleva de un mundo en el que se trabaja con ese fluido corporal como un objeto de conocimiento científico a un mundo donde la sangre cobra un significado profundamente humano.

### **7.1.3. ¿Cómo se configura una mutua acusación y falta de entendimiento entre un grupo de mujeres usuarias, una licenciada de enfermería y dos médicos de turno en torno a dos tratamientos para la anemia?**

Al respecto, el principal hallazgo fue el paralelismo entre la falta de entendimiento de un médico de turno, como sostuvo el grupo de mujeres usuarias, y de los familiares de las usuarias, como argumentaron los dos médicos de turno. El método polifónico me ayudó a establecer dicho paralelismo de versiones o explicaciones en un contexto hospitalario donde, generalmente, se atribuye más poder epistemológico al saber experto del personal de salud, despreciando las creencias populares de las mujeres usuarias y de sus familiares.

Las mujeres usuarias involucradas en el caso de la cama 37 construyeron la anemia a través de los significados atribuidos a la familia de una señora diagnosticada con anemia severa. Si bien esas mujeres demostraron solidaridad con su compañera de sala, que requería una transfusión de sangre, priorizaron el bienestar del esposo y de los hijos de la enferma, que salieron como los más perjudicados debido a la discrepancia o al error cometido por un médico de turno. Para esas mujeres, la sangre requerida para la transfusión pasó a un segundo plano y, en su lugar, cobraron más importancia todos los sucesos alrededor del tema de la sangre.

Por su parte, los dos médicos de turno construyeron la anemia del caso de la cama 37 sobre la base de una distinción entre su conocimiento científico y las creencias populares de las mujeres usuarias y de sus familiares. Sin embargo, en esta investigación, me opongo a esa diferenciación desigual entre saberes y ubico en el mismo plano los conocimientos de las mujeres usuarias y de sus familiares y los conocimientos del personal de salud, mediante la aplicación del concepto de simetría.

Al plantear el conflicto del caso de la cama 37 como una *mutua* falta de entendimiento, me alejo de la dicotomía entre conocimientos y creencias. Esto me permite establecer una igualdad epistemológica entre las diferentes “tradiciones de conocimiento” (Nader 1996:6) que surgieron alrededor del caso de la cama 37.

En la introducción del libro *Naked Science: Anthropological Inquiry into Boundaries, Power and Knowledge*<sup>183</sup> (Nader 1996:4), Nader comenta sobre el rol de la antropología y de los antropólogos en cuanto a delimitar la posición de la ciencia con relación a otras tradiciones del conocimiento. Aunque muchos de los antropólogos tempranos plantearon un argumento comparativo y jerárquico sobre el lugar de la ciencia respecto a la magia y a la religión (Tylor 1924 [1871] y Frazer 1922 [1911-1915]), Bronislaw Malinowski y Edward Evan Evans-Pritchard se distinguieron de esa tendencia (Nader 1996:5). El argumento básico de Edward B. Tylor y de James George Frazer, por ejemplo, era que los otros, es decir, las comunidades primitivas, tenían la magia y la religión, y que nosotros, la sociedad moderna, teníamos la ciencia. Además, según “los conceptos populares de progresión”, indicativos de la época de la Ilustración, la ciencia sobrepasaba la magia y la religión dentro de los parámetros de un desarrollo lineal (Nader 1996:5). Sin embargo, como señala el propio Nader, “La ruptura que Malinowsky sí hizo con sus antecesores fue de razonar que ‘la

---

<sup>183</sup> Traducción propia. Texto original en inglés: *La ciencia desnuda: Indagación antropológica sobre fronteras, poder y conocimiento*.

humanidad primitiva estaba consciente de las leyes científicas del proceso natural, que todas las personas operan dentro de los campos de la magia, la ciencia y la religión' (Malinowski 1925:196)<sup>184</sup> (Nader 1996:5). Nader también resalta cómo Evans-Pritchard (1937), "En su monografía sobre los Azande de África (...) ilustra que desde una perspectiva interna, las creencias [de ese grupo] son coherentes y racionales" (Nader 1996:6).<sup>185</sup> La discusión de Nader (1996) demuestra que, desde los inicios de la disciplina, los antropólogos han estado explorando las relaciones entre la ciencia occidental y otras tradiciones del conocimiento.

### **Los significados de la sangre: Políticas más reflexivas para la anemia**

En el capítulo 6 ("El caso de la cama 37: La mutua acusación y falta de entendimiento"), la sangre articuló mundos de esposos que tenían miedo a donar sangre, de hijos que no tomaban té cuando su madre estaba en el hospital y de médicos regidos por los protocolos del centro hospitalario donde prestaban sus servicios. Con ese ejemplo, exploré cómo la sangre actuaba como un símbolo clave, vinculando la anemia con conceptos de falta de entendimiento y de credulidad, así como de desconfianza.

De esa manera, me agarré de la sangre como un símbolo clave para hacer una lectura de la anemia en tanto una enfermedad de la sangre. En su análisis de los campos sociales y semánticos de la enfermedad, Good enfoca la sangre como un mediador que se entrelaza entre los campos de experiencia, la historia de vida y las relaciones sociales que describe una paciente en un relato sobre su enfermedad (Good 1994:92-101). Yo apliqué esa idea a los relatos de los actores involucrados en el caso de la cama 37. A partir de ese análisis, hice una conclusión parecida a la de Good cuando dice que "La 'sangre' es una realidad sustancialmente diferente en el discurso religioso y en el discurso médico, y uno no tiene primacía sobre el otro"<sup>186</sup> (Good 1994:100). Aunque en este trabajo no hice una lectura de los significados de la sangre desde la religión, sí analicé los significados de la sangre desde la familia y desde las relaciones de pareja, para salir de una lectura netamente médica de la anemia.

---

<sup>184</sup> Traducción propia. Texto original en inglés: "The break that Malinowski did make with his predecessors was to reason that 'primitive humanity was aware of the scientific laws of natural process, that all people operate within the domains of magic, science, and religion'".

<sup>185</sup> Traducción propia. Texto original en inglés: "In his monograph on the Azande from Africa (...) illustrates that from an internal perspective, Azande beliefs are coherent and rational".

<sup>186</sup> Texto original en inglés: "'Blood' is a substantially different reality in the medical and religious discourses, and one does not have primacy over the other".

Sin embargo, aunque se puede plantear la anemia como una enfermedad de la sangre, en el ámbito político, no se la plantea así. Por tanto, una nueva manera de abordar la anemia sería dialogando sobre los múltiples significados relacionados con la sangre. En ese sentido, no se trata de informar la ignorancia, sino de conocer y de entender las múltiples realidades en torno a la sangre en su relación con la anemia.

Una de las políticas actuales dirigida a combatir la anemia en Bolivia es el suministro general de hierro a mujeres embarazadas y a niños menores a cinco años, como parte de la Estrategia de Micronutrientes. En la medicación preventiva de la consulta prenatal, por ejemplo, toda mujer gestante que acude a un centro de salud u hospital estatal para sus controles recibe su ración de 90 tabletas. También se recetan tabletas de sulfato ferroso después de un parto, de una cesárea o de un aborto.

Según las explicaciones de varios médicos, enfermeras y estudiantes del Hospital Illimani, el consumo de esas tabletas por las mujeres embarazadas ayuda a prevenir un sangrado excesivo en el momento del parto, de la cesárea, del aborto o del aborto incompleto. Se debe tener presente que las muertes por pérdida de sangre son una especie de mal antecedente en el registro de un hospital, una mancha agravada por la importancia de las altas cifras de mortalidad materna en Bolivia.

Al definir la anemia como una deficiencia de hierro en la sangre, se autoriza el accionar de la Estrategia de Micronutrientes. Considerando esa implicación de la construcción cultural de la anemia en el laboratorio, podemos apreciar cómo las “...cuestiones de interés ‘social’ y ‘científico/técnico’ ya no pueden ser consideradas distintas”<sup>187</sup> (Woolgar 1991:79). La antropóloga Emily Martin<sup>188</sup> señala la utilidad de los estudios antropológicos sobre el trabajo de laboratorio para poder explorar “...la manera en que personas que no son científicos se ocupan activamente del conocimiento científico”<sup>189</sup> (Martin 1998:24). En el caso de la anemia, personas que elaboran políticas de salud y mujeres que acuden al hospital “se involucran activamente” [“*actively engage*”] con bioquímicos y con médicos hematólogos que trabajan en el laboratorio del hospital, por medio de la Estrategia de Micronutrientes. En ese sentido, tal política actúa como un articulador entre las múltiples construcciones culturales de la anemia y, por ende, resalta la ida y vuelta entre la

---

<sup>187</sup> Traducción propia. Texto original en inglés: “...matters of ‘social’ and ‘scientific/technical’ concern can no longer be considered distinct”.

<sup>188</sup> Emily Martin, catedrática de la Carrera de Antropología de la Universidad de Nueva York.

<sup>189</sup> Traducción propia. Texto original en inglés: “...the ways nonscientists actively engage with scientific knowledge”.

sociedad y la ciencia, que sale a la luz por medio de un estudio etnográfico del trabajo de laboratorio.

Los hallazgos del capítulo 4 (“Hacer pasar el hambre”) también podrían contribuir a repensar la Estrategia de Micronutrientes. Rescatar, por un lado, el rol del esposo-padre como organizador de las comidas y, por otro lado, enmarcar el “hacer pasar el hambre” *no* como un descuido de parte de las madres, sino como una decisión consciente e informada que las madres emplean como una estrategia de sobrevivencia, nos proporciona nuevas pautas para pensar en políticas para la anemia, el hambre y la (des)nutrición.

En el capítulo 4, planteé el “hacer pasar el hambre” como una decisión de no comer, de postergar la acción de comer, de comer menos o de evitar comer algo –un antojo, por ejemplo–. Sin embargo, reconozco, ahora, que esa afirmación es discutible.<sup>190</sup> El poder de decisión de las mujeres cuyos casos discutí en esta investigación fue variable. Además, sus decisiones estuvieron influidas por factores relativos a su situación económica y a las relaciones de género, así como a su contexto sociocultural.

Es debatible, por ejemplo, hasta qué punto Lucía decidió por sí misma “hacer pasar el hambre”. Ciertamente, su decisión de postergar el consumo de su almuerzo estuvo influida por la trancadera en las calles, que no permitía que ella y que su esposo llegaran a la parada de minibuses a la hora socialmente aceptada para almorzar. Lucía también fue influida por una regla sociocultural que dicta que ella no debe almorzar en el minibús –no se almuerza mientras se está trabajando y no se almuerza en un minibús–. De hecho, la misma labor de recoger y de hacer bajar a los pasajeros imposibilita almorzar en un vehículo de transporte público. Es posible, también, que Lucía y que su esposo negociaran cuántas rutas querían cumplir antes de la hora de almuerzo, considerando un posible aumento de ingresos económicos si lograban cumplir más rutas en menos tiempo. En resumen, fueron varios factores los que podrían haber influido en la decisión que tomó Lucía para “hacer pasar el hambre”. En ese sentido, sería valioso explorar cómo decidieron esas mujeres “hacer pasar el hambre” y hasta qué punto estuvieron influidas en sus decisiones por su situación económica, por sus relaciones de género y por otros factores.<sup>191</sup>

---

<sup>190</sup> Hago esta aclaración en base a mi reflexión sobre un comentario realizado por la licenciada María Dolores Castro como miembro del tribunal que revisó el borrador de esta tesis.

<sup>191</sup> En el campo de la antropología de la alimentación, existe una amplia bibliografía sobre las decisiones que toman hombres y mujeres de no comer y cómo tales decisiones están influidas por factores económicos y

La utilidad de los estudios sociales de las ciencias es que permiten “vincula[r] el estudio de la ciencia y de la tecnología con otras tradiciones de conocimiento, (...) los vínculos estimulan una mutua interrogación”<sup>192</sup> (Nader 1996:6-7). Aplicar esa clase de simetría entre tradiciones de conocimiento me ofrece una alternativa como analista: el juego de culpar. El acto de culpar y la lógica de informar la ignorancia son dos categorías que vinculan la anemia del “hacer pasar el hambre” y la anemia del caso de la cama 37. En ambas, el problema de la anemia recae en los hombros de las mujeres que lo experimentan. En esa lógica, a esas mujeres les falta el conocimiento para combatir la enfermedad.

## **7.2. Algunas recomendaciones para futuros estudios**

En este inciso, discuto algunas de las maneras en que se podría abordar la anemia desde los ámbitos políticos y de la formación de personal de salud. Ubico esa discusión en el campo de la antropología crítica. Para concluir también señalo algunos puntos pendientes en el análisis del presente trabajo que podrían ser desarrollados en futuros estudios.

### **7.2.1. Políticas sanitarias**

Un paso hacia políticas más reflexivas para la anemia sería seguir indagando sobre cómo se construye el conocimiento referente a la anemia en ámbitos clínicos, políticos y comunitarios. Una manera de hacerlo sería averiguando las políticas internacionales y nacionales relacionadas con el manejo de la sangre en los establecimientos de salud, para entender mejor la relación entre la anemia y la sangre. Otro insumo para analizar la construcción de los conocimientos acerca de la anemia sería investigando sobre la aplicación de esas políticas y normas en los establecimientos de salud de Bolivia.

También se podría investigar más acerca de la práctica del “hacer pasar el hambre” e incluso sobre la construcción cultural de la categoría del hambre en diferentes contextos, por ejemplo, desde un estudio del lenguaje utilizado en las políticas internacionales sobre la desnutrición y la seguridad alimentaria o analizando las prácticas y las representaciones del personal de salud y de la población con relación al hambre y al “hacer pasar el hambre”. Propongo que se realicen esas investigaciones desde un enfoque antropológico y no desde un enfoque netamente nutricional. Esa postura permite tener en cuenta el contexto de las construcciones culturales del hambre y del “hacer pasar el

---

religiosos, por relaciones de género y por el contexto sociocultural en el cual se encuentran las personas. Al respecto, véase, por ejemplo, Shack 1997, Brumberg 1997 y Bordo 1997.

<sup>192</sup> Traducción propia. Texto original en inglés: “...links studies of technoscience and other knowledge traditions, (...) linkage encourages mutual interrogation”.

hambre”, así como sus posibles causas. Cuando digo que no se debe hacer el análisis desde una posición netamente nutricional, mi intención no es excluir explicaciones biológicas o biomédicas de la anemia, sino incluirlas junto a descripciones más antropológicas. Para aquello, rescato el concepto de Turner (1967:31) sobre los polos ideológico y sensorial de un símbolo clave que, en conjunto, conforman los significados de un símbolo.

Si los médicos y las personas que diseñan las políticas de salud no consideran las múltiples maneras de entender la enfermedad, será difícil “atacar” la anemia o “combatir” la pobreza o el hambre de manera efectiva.

### **7.2.2. Formación de profesionales de salud**

Un modo de incidir en cómo se atiende la salud en Bolivia es mediante la formación de profesionales de salubridad. En el capítulo 6 (“El Caso de la cama 37: La mutua acusación y falta de entendimiento”), discutí algunos métodos para fomentar la interacción entre los campos de la medicina y de la antropología. Esas herramientas también podrían ser aplicadas con personal de laboratorio, para reflexionar sobre su interacción con las mujeres usuarias que acuden a ese espacio del hospital. Del mismo modo, se podría emplear el método del *dossier* con gestores de políticas públicas, para reflexionar acerca de la categoría “hacer pasar el hambre” como una manera de entender las causas de la anemia. El método del *dossier* ofrece la posibilidad de organizar la información sobre un caso clínico presentando múltiples realidades. En ese sentido, desafía una construcción unitaria y objetiva de la realidad. Dicho método también podría servir para que el personal de salud, e incluso los gestores de políticas sanitarias, reflexionen sobre la variabilidad de sus propios discursos con relación a diferentes cuestiones de la salud y de la enfermedad. De ese modo, el trabajo conjunto entre antropólogos y profesionales de salud, en el ámbito de la formación, posibilitaría espacios de diálogo para discutir sobre la prestación de servicios en el sector de salud y acerca de cómo se construyen las categorías de salud y de enfermedad en Bolivia.

Este trabajo, con su mirada etnográfica, demuestra la utilidad de un enfoque sociocultural y de una metodología cualitativa para abordar temas de la salud y de la enfermedad. Ver la anemia desde la perspectiva de las usuarias, por ejemplo, en sus términos y según sus categorías, ofrece nuevas maneras de enfocar la enfermedad y, por consiguiente, proporciona nuevas posibilidades para tratarla. En ese sentido, la orientación y los hallazgos de esta tesis podrían servir como otro insumo para la formación del personal de salud.

Una de las tareas pendientes en el trabajo de análisis de esta investigación es continuar con la validación. Si bien el primer capítulo de hallazgos (“Hacer pasar el hambre”) está bien trabajado y desarrollado, falta aplicar el ejercicio de validación al caso de la cama 37 y a la descripción de la anemia en el laboratorio. En el caso de la cama 37, sería interesante validar los hallazgos principales tanto con los esposos de las mujeres usuarias como con los miembros del personal de salud del Hospital Illimani. En cuanto al laboratorio, sería importante validar mi análisis de las construcciones culturales de la anemia con el personal de esa sección del hospital, rescatando sus propias palabras sobre el trabajo que realizan con la sangre como objeto de conocimiento científico en el proceso del diagnóstico de la anemia. La profundización del trabajo de validación de los hallazgos de esta investigación se articula con el trabajo conjunto que propuse al inicio de este punto entre científicos del sector de salud y científicos sociales.

## **Bibliografía**

Alba Fernández, Juan José 1994. *Entre la pervivencia y la muerte: los campos jampiris de Campero, Estudio de los recursos tradicionales de salud en las comunidades quechuas de la provincia Campero*. Cochabamba: Editora El País.

Aldridge, Judith 1993. "The Textual Disembodiment of Knowledge in Research Account Writing", en *Sociology*, volumen 27, número 1, pp. 53-66. Belmont: British Sociological Association (BSA) Publications Ltd.

Amuchástegui, Ana 2001. *Virginidad e iniciación sexual, experiencias y significados*. México D.F.: Edamex/Population Council.

Arnold, Denise Y. 2006. "Metodologías en las ciencias sociales en la Bolivia postcolonial: Reflexiones sobre el análisis de los datos en su contexto", en Mario Yapu (coord.), *Pautas metodológicas para investigaciones cualitativas y cuantitativas en ciencias sociales y humanas*. La Paz: Universidad para la Investigación Estratégica en Bolivia.

Atkinson, Paul 1995. *Medical Talk and Medical Work*. Londres, Thousand Oaks y Nueva Delhi: SAGE Publications Ltd.

Bakhtin, Mikhail M. 1981. *The Dialogic Imagination*. Austin y Londres: University of Texas Press.

Bakhtin, Mikhail M. 1984. *Problems of Dostoevsky's poetics*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Barragán, Rossana y Salman, Tom 2003. "Introducción: Principios básicos del trabajo académico y de la investigación", en Rossana Barragán (coord.), *Guía para la formulación y ejecución de proyectos de investigación*. La Paz: Programa de Investigación Estratégica en Bolivia.

Bellido Gómez, Aurora 1991. *Cambio cultural en torno a la salud en migrantes aymaras hacia la ciudad de El Alto, urbanización Villa Adela (1980-1990)*. Tesis presentada para optar el grado de Licenciado en Antropología (inédita). La Paz: UMSA.

Berg, Marc y Mol, Annemarie (eds.) 1998. *Differences in Medicine: Unraveling Practice, Techniques, and Bodies*. Durham y Londres: Duke University Press.

Berger, Peter L. y Luckmann, Thomas 1966. *The Social Construction of Reality*. Garden City y Nueva York: Doubleday.

Bernard, Russell 2002. *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Methods*. pp. 42-43. Walnut Creek: AltaMira Press.

Bordo, Susan 1997. "Anorexia Nervosa: Psychopathology as the Crystallization of Culture", en Carole Counihan y Penny Van Esterik (eds.), *Food and Culture: A Reader*. Nueva York y Londres: Routledge.

Bourdieu, Pierre 2000. "La objetivación participante", traducido y comentado por el Colectivo Editorial Pirata, La Paz 2004, *La Voz de la Cuneta*, número 4, pp. 3-36.

Bradby, Barbara y Murphy-Lawless, Jo 2005. *¿Volveré, no volveré? Aportes al diálogo entre modelos culturales del parto*. Traducido por Marta Herrero y Katy Oxtan, La Paz.

Briceño-León, Roberto 1993. "Social Aspects of Chagas Disease", en Shirley Lindenbaum y Margaret Lock (eds.), *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Everyday Life*, pp. 287-302. Berkeley: University of California Press.

Brumberg, Joan Jacobs 1997. "The Appetite as Voice", en Carole Counihan y Penny Van Esterik (eds.), *Food and Culture: A Reader*. Nueva York y Londres: Routledge.

Castellón Quiroga, Iván 1997. *Abril es tiempo de kharisiris: Conflictos y armonías entre médicos y campesinos en torno del proceso salud, enfermedad y atención*. Cochabamba: Editorial Serrano.

Castro, María Dolores y Ríos Dalenz, Jaime 2001. *Evaluación de la situación de cáncer de cuello uterino en Bolivia: Revisión bibliográfica*. La Paz: Ministerio de Salud y Previsión Social/EngenderHealth/OPS/OMS.

Castro, Roberto 1996. "En busca del significado: Supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo", en Ivonne Szasz y Susana Lerner (comps.), *Para comprender la subjetividad: Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, pp. 57-85. México, D.F.: El Colegio de México.

Castro, Roberto y Bronfman, Mario 1999. "Problemas no resueltos en la investigación de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud", en Mario Bronfman y Roberto Castro (eds.). *Salud, cambio social y política, perspectivas desde América Latina*. México D.F.: Edamex.

Charlesworth, Max; Farrall, Lyndsay; Stokes, Terry y Turnbull, David 1989. *Life Among the Scientists: An Anthropological Study of an Australian Scientific Community*. London: Oxford University Press.

Chrisman, Noel J. y Johnson, Thomas M. 1990. "Clinically Applied Anthropology", en Thomas M. Johnson y Carolyn F. Sargent (eds.), *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Methods*, pp. 93-114. Nueva York: Praeger Publishers.

Colegio Médico Regional El Alto 2006. *Revista Médica Alteña*, volumen 1, número 1. El Alto, La Paz: Colegio Médico Regional El Alto.

Concise Oxford Dictionary 1967. Oxford: Oxford University Press.

Counihan, Carole y Van Esterik, Penny (eds.) 1997. *Food and Culture: A Reader*. Nueva York y Londres: Routledge.

Cussins, Charis M. 1998. "Ontological Choreography: Agency for Women Patients in an Infertility Clinic", en Marc Berg y Annemarie Mol (eds.), *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques and Bodies*, pp. 166-201. Durham y Londres: Duke University Press.

De la Gálvez Murillo, Alberto; Pando Miranda, Ramiro; y Padilla C., Mario E. 1994. *Mortalidad materna en la ciudad de La Paz, julio-diciembre 1992*. La Paz: Médicos Consultores.

Dubinskas, Frank (ed.) 1988. *Making Time: Ethnographies of High Technology Organizations*. Philadelphia: Temple University Press.

Estrada, Margarita; Nieto, Raúl; Nivón, Eduardo; Rodríguez, Mariángela (comps.) 1993. *Antropología y ciudad*. México D.F.: Ediciones de la Casa Chata.

Estroff, Sue E. 1993. "Identity, Disability and Schizophrenia: The Problem of Chronicity", en Shirley Lindenbaum y Margaret Lock (eds.), *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Everyday Life*, pp. 245-286. Berkeley, Los Ángeles y Londres: University of California Press.

Evans-Pritchard, Edward Evan 1937. *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*. Oxford: Clarendon Press.

Fernández Juárez, Gerardo 1999. *Médicos y yatiris, salud e interculturalidad en el altiplano aymara*. La Paz: Ministerio de Salud y Previsión Social/Centro de Investigación y Promoción del Campesinado (CIPCA)/Equipo de Salud Altiplano (ESA)/OPS/OMS.

Fernández Juárez, Gerardo 2004. "Ajayu, animu, kuaji: el 'susto' y el concepto de persona en el altiplano aymara", en Alison Spedding Pallet (comp./ed.), *Gracias a Dios y a los achachilas: ensayos de sociología de la religión en los Andes*. La Paz: Plural Editores.

Foucault, Michel (ed.) 1975. *I, Pierre Rivière, having slaughtered my mother, my sister and my brother... A Case of Parricide in the 19th Century*. Lincoln: University of Nebraska Press.

Foucault, Michel 1963. *El nacimiento de la clínica*. París: Presses Universitaires de France.

Frazer, James George 1922 [1911-1915]. *The Golden Bough*. Nueva York: Macmillan.

Fujimura, Joan y Fortun, Michael 1996. "Constructing Knowledge across Social Worlds: The Case of DNA Sequence Databases in Molecular Biology" en Laura Nader (ed.), *Naked Science: Anthropological Inquiry into Boundaries, Power and Knowledge*. Nueva York y Londres: Routledge.

Gilbert, G. Nigel y Mulkay, Michael 1984. *Opening Pandora's Box: A sociological analysis of scientists' discourse*, pp. 83-85. Cambridge, Londres, Nueva York, New Rochelle, Melbourne y Sydney: Cambridge University Press.

Good, Byron J. 1994. *Medicine, rationality and experience: An anthropological perspective*. Cambridge, Nueva York y Melbourne: Cambridge University Press.

Goodson, Yvonne 2005. "La relación entre la alimentación y la salud para mujeres embarazadas en El Alto". Trabajo final para la materia de Antropología Andina, Carrera de Antropología, UMSA, La Paz.

Goodson, Yvonne 2008. "Comportamientos económicos relacionados con la anemia: 'Haciendo pasar el hambre en la calle'", en *Anales de la RAE XXI*. La Paz: MUSEF editores (en prensa).

Güemez, Miguel 2000. "La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor entre mujeres mayas yucatecas", en *Revista Mesoamericana*, número 39, pp. 305-333. La Antigua: Universidad Autónoma de Yucatán. En <http://www.mayas.uady.mx/articulos/comeconcepcion.html>

Gusterson, Hugh 1996. "Nuclear Weapons Testing: Scientific Experiment as Political Ritual" en Laura Nader (ed.). *Naked Science: Anthropological Inquiry into Boundaries, Power and Knowledge*. Nueva York y Londres: Routledge.

Hammersley, Martyn y Atkinson, Paul 2001. “¿Qué es la etnografía?” y “El proceso de análisis”, en *Etnografía. Métodos de Investigación*, segunda edición revisada y ampliada, pp. 223-257. Barcelona y Buenos Aires: PAIDÓS.

Hughes, Charles C. 1990. “Ethnopsychiatry”, en *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. Thomas M. Johnson y Carolyn Sargent (eds.). Nueva York, Westport y Londres: Praeger Publishers.

Instituto Nacional de Estadística (INE) 2004. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDSA 2003*. La Paz: INE.

Jung, Carl G. 1949. *Psychological Types*. Londres: Routledge & Kegan Paul.

Kleinman, Arthur 1980. *Patients and Healer in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

Knorr Cetina, Karin 1995. “Laboratory studies: The Cultural Approach to the Study of Science”, en Jarsaroff, Markle, Peterson y Pinch (eds.), *Handbook of Science and Technology Studies*. Thousand Oaks, Londres y Nueva Delhi: SAGE Publications Ltd.

Knorr Cetina, Karin D. y Mulkay, Michael (eds.) 1983. *Science Observed: Perspectives on the Social Study of Science*. Londres, Nueva Delhi y Beverly Hills: SAGE Publications Ltd.

Lagarde, Marcela 1993. *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas, locas*, pp. 363-458. México D.F.: UNAM.

Lamas, Marta (comp.) 1996. *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México D.F.: UNAM.

Lindenbaum, Shirley y Lock, Margaret (eds.) 1993. *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Everyday Life*, pp. 287-302. Berkeley: University of California Press.

Malinowski, Bronislaw 1925. *Magic, Science and Religion and Other Essays*. Nueva York: Doubleday.

Malinowski, Bronislaw 1945. “A Scientific Theory of Culture and Other Essays” [“Una teoría científica de la cultura y otros ensayos”], *Journal of the International African Institute*, volumen 15, número 4, pp. 215-217. Edinburgh: Edinburgh University Press.

Martin, Emily 1987. *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.

Martin, Emily 1998. "Anthropology and the Cultural Study of Science" en *Science, Technology and Human Values*, volumen 23, número 1, pp. 24-44. Edición Especial: Anthropological Approaches in Science and Technology Studies. Londres, Thousand Oaks y Nueva Delhi: Sage Publications Ltd. En el sitio web JSTOR, [www.jstor.org/action/showPublisher?publisherCode=sage](http://www.jstor.org/action/showPublisher?publisherCode=sage), 29 de abril de 2008

Meigs, Anna 1997. "Food as a Cultural Construction", en Carole Counihan y Penny Van Esterik (eds.), *Food and Culture: A Reader*, pp. 95-106. Nueva York y Londres: Routledge.

Michaux, Jacqueline 1994. *Enfermedad, salud y cultura en el Distrito Sanitario III de La Paz*. La Paz: Fundación San Gabriel.

Ministerio de Desarrollo Humano-SNS y Mother Care Bolivia 1996. *Atención a la mujer y al recién nacido en puestos de salud, centros de salud y hospitales de distrito*. Norma Boliviana de Salud (NB-SNS-02-96). La Paz: SNS/Mother Care Bolivia.

Ministerio de Salud y Deportes 2004. *Protocolos, Seguro Universal Materno Infantil*. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes.

Ministerio de Salud y Deportes 2006. *Análisis de situación de salud, Bolivia 2004*. pp. 53-55, La Paz: Ministerio de Salud y Deportes.

Ministerio de Salud y Deportes 2007. *Protocolo: Manejo de las reacciones adversas por tratamiento etiológico de la enfermedad de Chagas*. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes.

Ministerio de Salud y Deportes 2008. *¡Atención! La tuberculosis... es un enemigo del que todos debemos cuidarnos*. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes.

Ministerio de Salud y Previsión Social, EngenderHealth, OPS/OMS 2002. *Estudio de la situación de cáncer de cuello uterino en Bolivia*. Informe final. La Paz: Ministerio de Salud y Previsión Social/EngenderHealth/OPS/OMS.

Mol, Annemarie 1998. "Missing Links, Making Links: The Performance of Some Atherosclerosis", en Marc Berg y Annemarie Mol (eds.), *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques and Bodies*, pp. 144-165. Durham y Londres: Duke University Press.

Mol, Annemarie 1999. "Ontological Politics. A word and some questions", en *Actor Network Theory and after*. John Law John Hassard (eds.). Oxford y Cambridge: Blackwell Publishers/The Sociological Review.

Mol, Annemarie 2002. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham y Londres: Duke University Press.

Montellano Loreto, Violeta Andrea 2007. "Triste morirse, ¿no?: Reflexiones sobre epistemología y ética en Antropología de la Salud". Disertación expuesta en la RAE XXI el 23 de agosto de 2007, en el MUSEF, La Paz.

Nadel, Siegfried. 1954. *Nupe religion*. Londres: Routledge & Kegan Paul.

Nader, Laura (ed.) 1996. *Naked Science: Anthropological Inquiry into Boundaries, Power and Knowledge*. Nueva York y Londres: Routledge.

Parsons, Talcott 1951. *The Social System*, pp. 428-479. Glencoe: Free Press.

Pérez Serrano, Gloria 1994. *Investigación cualitativa: Retos e interrogantes*, pp. 15-42. Madrid: Editorial La Muralla S.A.

Pfaffenberger, Bryan 1992. "Social Anthropology of Technology" en *Annual Review of Anthropology*, volumen 21, pp. 491-561. Palo Alto: Annual Reviews Inc.

Potter, Jonathan 1998. *La representación de la realidad: Discurso, retórica y construcción social*. Barcelona, Buenos Aires y México D.F.: PAIDÓS.

Potter, Jonathan y Wetherell, Margaret 1987. *Discourse and Social Psychology, Beyond Attitudes and Behaviour*, pp. 158-176. Londres, Thousand Oaks y Nueva Delhi: SAGE Publications Ltd.

Prout, Alan 1996. "Actor-network theory, technology and medical sociology: an illustrative analysis of the metered dose inhaler", en *Sociology of Health and Illness*, volumen 18, número 2, pp. 198-219. Oxford y Cambridge: Blackwell Publishers.

Ramírez Hita, Susana 2005. *Donde el viento llega cansado, Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí*. La Paz: Plural Editores.

Rance, Susanna 1998. "Teorías vividas: El método auto/biográfico en los estudios de género", *Umbrales*, número 4, julio, pp.43-58. La Paz: CIDES-UMSA.

Rance, Susanna 1999. *Trato humano y educación médica: Investigación-acción con estudiantes y docentes de la Carrera de Medicina, UMSA, La Paz*. La Paz: Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia.

Rance, Susanna 2002. "Mejorando la calidad de atención postaborto: Estrategias de intervención sociológica en territorio médico", en Mónica Gogna y Silvina Ramos (comps.) *Experiencias innovadoras en salud reproductiva. La complementación de las ciencias médicas y sociales*. Buenos Aires: Consorcio Latinoamericano de Programas de Salud Reproductiva.

Rance, Susanna 2003. *Changing Voices: Abortion Talk in Bolivian Medical Settings*. Tesis presentada a la Carrera de Sociología para optar el grado de Doctor en Filosofía. Dublin: University of Dublin (Trinity College).

Rance, Susanna 2005a. "Abortion discourse in Bolivian hospital contexts: doctors' repertoire conflicts and the Saving Women device", en *Sociology of Health and Illness*, volumen 27, número 2, pp. 188-214. Oxford y Malden: Blackwell Publishing Ltd.

Rance, Susanna 2005b. "Historias de dolor: Cinco construcciones de un evento hospitalario". *Textos Antropológicos*, volumen 15, número 1, pp. 7-20. La Paz: UMSA.

Rance, Susanna 2006. "Interrogar a los datos: un método de la teoría fundamentada", en Priscilla Ulin, Elizabeth Robinson y Elizabeth Tolley, *Investigación aplicada en salud pública: Métodos cualitativos*. pp. 30-32. Washington D.C.: Organización Panamericana de Salud.

Rance, Susanna y Salinas Mulder, Silvia 2001. *Investigando con ética: aportes para la reflexión-acción*, La Paz: Comité de Investigación, Evaluación, Políticas de Población y Desarrollo (CIEPP)/Population Council.

Rance, Susanna; Kaune, Verónica; Castro, María Dolores; Salinas, Silvia; De la Quintana, Claudia; Veldhuis, Ester y Michaux, Jacqueline 2002. *Encuentros sobre "Metodologías de Investigación Sociocultural: Experiencias en Investigación Sociocultural"*. La Paz: Comité de investigación, evaluación y políticas de población y desarrollo (CIEPP).

Revilla Herrero, Wálter Gabriel 2006. *Representaciones colectivas sobre la autoridad y construcción de legitimidad en la organización vecinal del distrito IV de El Alto (2002-2005)*. Tesis presentada para optar el grado de Licenciado en Antropología (inédita). La Paz: UMSA.

Rodríguez Chacón, José Luis 2006. *Identidades juveniles: Aspectos cotidianos que las configuran, estudio de caso en jóvenes de la zona Q'ala Uyu, ciudad de El Alto*. Tesis presentada para optar el grado de Licenciado en Antropología (inédita). La Paz: UMSA.

Rosaldo, Renato 1991. *Cultura y verdad: Nueva propuesta de análisis social*. México D.F.: Consejo Nacional para la Cultura y la Artes.

Rösing, Ina 1993. "Mesa blanca: variaciones locales y curaciones del susto". *Estudios Callawayas*, número 4. La Paz: Amigos del Libro.

Rubel, Arthur J. y Hass, Michael R. 1990. "Ethnomedicine", en Thomas M. Johnson y Carolyn Sargent (eds.), *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. Nueva York, Westport y Londres: Praeger Publishers.

Ryan, Lorna. 1997. "Researching Minority Ethnic Communities: A Note on Ethics" en Orla Egan (ed.) *Minority Ethnic Groups in Higher Education in Ireland*, pp. 81-93. Cork: Higher Education Equality Unit.

Scheper-Hughes, Nancy 2000. "Demografía sin números: El contexto económico y cultural de la mortalidad infantil en Brasil", en Andreu Viola (comp.), *Antropología del desarrollo: Teorías y estudios etnográficos en América Latina*, pp. 267-304. Barcelona y Buenos Aires: PAIDÓS.

Shack, William 1997. "Hunger, Anxiety and Ritual: Deprivation and Spirit Possession among the Gurage of Ethiopia", en Carole Counihan y Penny Van Esterik (eds.), *Food and Culture: A Reader*. Nueva York y Londres: Routledge.

Shotter, John 1991. "Rhetoric and the social construction of cognitivism", en *Theory and Psychology*, número 1, pp. 495-513. Thousand Oaks, Londres y Nueva Delhi: SAGE Publications Ltd.

Shotter, John 1992a. "Bakhtin and Billig: Monological Versus Dialogical Practices, en *American Behavioral Scientist*, volumen 36, número 1, pp. 8-21. Londres, Nueva Delhi y Beverly Hills: SAGE Publications Ltd.

Shotter, John 1992b. "Social constructionism and realism: Adequacy or accuracy?", en *Theory and Psychology*, número 2, pp. 175-182. Thousand Oaks, Londres y Nueva Delhi: SAGE Publications Ltd.

Spedding Pallet, Alison 2005. *Sueños, kharisiris y curanderos: Dinámicas sociales de las creencias en los Andes contemporáneos*. La Paz: Editorial Mama Huaco.

Stanley, Liz 1996. "The Mother of Invention: Necessity, Writing and Representation", en *Feminism & Psychology*, volumen 6 (1), pp. 45-51. Londres, Thousand Oaks y Nueva Delhi: SAGE Publications Ltd. Traducido por C. Oxtan para el CIDES-UMSA, en 1996, La Paz.

Strauss, Anselm L. 1987. "Introduction", en *Qualitative analysis for social scientists*. pp. 1-39. Cambridge, Nueva York y Melbourne: Cambridge University Press. Traducido por C. Olivares, en junio de 2000, La Paz.

TAHIPAMU 2003. *Uno de dos: El involucramiento de los hombres en la salud perinatal, Revelaciones desde Santa Rosa y Rosas Pampa, El Alto, Bolivia*. La Paz: TAHIPAMU.

Torres, Albina y Céspedes, Claudia Sdenka 2005. *Manual para promotores de salud: Lactancia materna y alimentación complementaria en menores de 2 años*. La Paz: Programa de Coordinación en Salud Integral (PROCOSI)/LINKAGES.

Traweek, Sharon 1988. *Beamtimes and Lifetimes: The World of High Energy Physics*. Cambridge: Harvard University Press.

Turner, Victor 1967. *La selva de los símbolos*. Madrid: Siglo XXI Editores.

Tylor, Edward B. 1924 [1871]. *Primitive Culture* (7<sup>ma</sup> edición). Nueva York: Brentano's.

Ugalde Castro, Miguel Angel 2004. *Situación y manejo de la anemia, durante el trabajo de parto, en embarazadas de término, en el Hospital La Paz, de diciembre 2003 a abril 2004*. Tesis de Maestría en Salud Pública, Universidad Nur, La Paz.

Willems, Dick 1998. "Inhaling Drugs and Making Worlds: The Proliferation of Lungs and Asthmas", en Marc Berg y Annemarie Mol (eds.), *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*, pp. 105-118. Durham y Londres: Duke University Press.

Wilson, Monica 1957. *Ritual of kinship among the Nyakyusa*. Londres: Oxford University Press.

Woolgar, Steve 1991. "What is 'Anthropological' About the Anthropology of Science?" (Crítica) en *Current Anthropology*, volumen 32, número 1, pp. 79-81. Chicago: University of Chicago Press.

Trabajo(s) criticado(s): Charlesworth, Max; Farrall, Lyndsay; Stokes, Terry; Turnbull, David 1989. *Life Among the Scientists: An Anthropological Study of an Australian Scientific Community*.

Londres: Oxford University Press. En el sitio web JSTOR, [www.jstor.org/action/showPublisher?publisherCode=ucpress](http://www.jstor.org/action/showPublisher?publisherCode=ucpress), 29 de abril de 2008.

Young, Allan 1993. "A Description of How Ideology Shapes Knowledge of a Mental Disorder (Posttraumatic Stress Disorder)", en Shirley Lindenbaum y Margaret Lock (eds.), *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Everyday Life*, pp. 108-128. Berkeley: University of California Press.

### **Referencias de sitios web**

*Anthropological Theories, A Guide Prepared by Students for Students*, "Postmodernism and its Critics", en <http://www.as.ua.edu/ant/Faculty/murphy/436/pomo.htm>, 25 de agosto de 2008.

Anthropology 455, *An introduction to science and technology studies*: <http://smatter.rice.edu/455.2004/syllabus.html>, 29 de abril de 2008.

Definicion.org: <http://www.definicion.org/>, 29 de marzo de 2008.

Enciclopedia Médica en Español, en el sitio web Medline Plus, [www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003646.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003646.htm), 29 de marzo de 2008.

Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG) de la Universidad Nacional Autónoma de México: <http://www.pueg.unam.mx/editorial/autor02.php>, 29 de abril de 2008.

Salud.com: [www.salud.com](http://www.salud.com), 29 de marzo de 2008.

Stichting landelijk netwerk, In Vrouwelijke Hoogleraren: <http://www.lnvh.nl/index.php?page=18&sub=7>, 29 de abril de 2008.

Tupac Katari: <http://www.katari.org/bolivia/bolivia.htm>, 29 de marzo de 2008.

Wikipedia.org: [www.wikipedia.org/Annemarie\\_Mol](http://www.wikipedia.org/Annemarie_Mol), 29 de abril de 2008.

## Anexo 1 Mapa de Bolivia



Fuente: Sitio web Tupac Katari, [www.katari.org/bolivia/bolivia.htm](http://www.katari.org/bolivia/bolivia.htm), 29 de marzo de 2008.