

# HISTORIAS DEL DOLOR: CINCO CONSTRUCCIONES DE UN EVENTO HOSPITALARIO

Susanna Rance

---

*Durante un estudio etnográfico en un hospital urbano, la autora tuvo una experiencia crítica relacionada con el dolor de una mujer en un procedimiento clínico. Compiló un dossier de cinco relatos acerca del caso: los de la mujer tratada, su esposo, una residente médica, el ginecólogo y la propia investigadora. La autora encontró que, no obstante las diferencias entre las historias, todas habían contribuido al logro de un efecto común: la anulación discursiva de la responsabilidad médica en la producción del dolor. En la discusión reflexiva del caso, se aborda dilemas éticos y epistemológicos en el manejo de construcciones diversas de la realidad.*

## **PAIN STORIES: FIVE CONSTRUCTIONS ABOUT A HOSPITAL EVENT**

*During an ethnographic study inside an urban hospital, the author had a critical experience with the pain of a woman during a clinical intervention. She compiled a clinical dossier with five stories of the case: the story of the patient, her husband, a medical resident, the gynaecologist, and the story of the researcher. The author found that no matter what the differences were between the five stories, all of them contributed to the accomplishment of a common effect: they erased, inside de discourse, the medical responsibility for the production of pain. In the reflective discussion of the case, ethical and epistemological dilemmas are developed in the handling of the diverse constructions of reality.*

**Susanna Rance:** Socióloga y Docente de la Carrera de Sociología, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz. E-mail: [srance@entelnet.bo](mailto:srance@entelnet.bo)

---

En este artículo, expongo mi tratamiento de un conflicto provocado por el registro de diferentes historias sobre el dolor en un estudio hospitalario<sup>1</sup>. Hago uso alternante de dos voces al relatar el caso: la voz de la etnografía reflexiva, con énfasis en la intersubjetividad en el trabajo de campo; y la voz del análisis del discurso, que toma distancia crítica de los textos registrados, incluyendo los de la propia autora. En el juego entre la subjetividad etnográfica y la objetividad aparente del ejercicio analítico, busco transparentar mi forma de involucrarme como investigadora y actora institucional, dar cuenta de mi participación en los hechos, y someter mi discurso –al lado de otros– al análisis

de sus efectos en los cuerpos vividos.

### **Autoubicación de la investigadora**

Fue el último día de mi trabajo de campo etnográfico en un hospital urbano. Había pasado varios meses siguiendo los pasos de un ginecólogo encargado de la atención a mujeres internadas con complicaciones de aborto, analizando sus cambios discursivos en diferentes espacios y momentos. Dentro del servicio de ginecología, un instrumento de plástico formaba parte de la red de actores humanos y no humanos (Domenèch y Tirado 1998): la jeringa utilizada para la Aspiración Manual Endouterina (AMEU). La tecnología del

AMEU aún se consideraba nueva en esa época (1997), aunque se usaba en Bolivia desde hace varios años. Muchos ginecólogos veían el AMEU con sospecha por la posibilidad de su uso para inducir abortos. Otros preferían este método al logrado tradicional con curetaje porque el AMEU no requería quirófano ni anestesia general, “movilizaba las camas” y permitía despachar más rápidamente a las pacientes.

Como socióloga contratada por la organización norteamericana que fabrica las jeringas de AMEU, yo apoyaba la innovación tecnológica y tenía un interés especial en observar las condiciones y efectos de su uso. Un ginecólogo, el Dr. Walters, pidió mi intermediación para conseguir más instrumentos para el hospital y una residente, la Dra. Helga Haber, me dijo que algunos de sus colegas querían comprar sus propios equipos. En el trabajo de campo se tejían “conexiones parciales” (Strathern 1991) entre mis actuaciones alternantes como investigadora, representante institucional y activista por los derechos de las mujeres en los servicios. Usualmente manejaba mis roles cambiantes sin mayor dificultad, pero un día entraron en colisión como resultado de un evento crítico que hizo cambiar el rumbo de mi investigación.

### Epifanía

Norman Denzin define la experiencia como el encuentro, la confrontación y búsqueda del sentido por parte de una persona respecto a un evento en su vida. Denzin llama *epifanías* o momentos de revelación a las experiencias problemáticas que ponen a prueba el carácter personal, dejan huellas y tienen efectos de transformación. El significado de un evento crítico se crea de manera retrospectiva en las historias narradas por sus protagonistas. En la investigación social, las epifanías pueden ser experimentadas no sólo

por los sujetos estudiados sino por la propia autora (Denzin 1989:22, 33, 70).

Según Ric Arsenau (1995:684), no aprendemos de la experiencia vivida como tal; más bien, “la reflexión es el elemento que transforma la experiencia en aprendizaje”. Kathleen Slobin escribe sobre “situaciones altamente cargadas” (*highly charged situations*) durante su trabajo de campo en Mali, que la “precipitaron hacia estrategias desconocidas” para manejar su participación en los hechos. Slobin concluye: “Sólo en la reflexión sobre tales eventos o en su recuento, es que quedan al descubierto los contextos estratificados, las perspectivas individuales y las rupturas, continuidades y resoluciones sociales” (Slobin 1999:34).

Mi propia epifanía empezó con el registro consecutivo de dos relatos sobre la realización de procedimientos de AMEU en el servicio de ginecología. El Dr. Walters me buscó para informarme que, bajo su supervisión, se estaba incrementando el uso de la tecnología:

**Dr. W:** *Ya estamos haciendo, le cuento. Hay un cambio. Ayer - ¡hemos hecho como cinco! Y ahora vamos a hacer tres más.*

Cinco minutos más tarde me encontré con una residente amiga, la Dra. Helga Haber, y le mencioné lo dicho por el Dr. Walters. Tuvimos la siguiente conversación que anoté después en mi cuaderno de campo:

**Dra. HH:** *¡Pero ha sido horrible! Dos han chillado... Una casi se ha desmayado...*

**SR:** *No es el método en sí –es el manejo inadecuado de la anestesia. Necesitan entrenamiento en consejería y anestesia verbal.*

**Dra. HH:** *No sé.*

Helga se marchó, dejándome en el pasillo con el eco de mis palabras. Al hablar del “método en sí”, implícitamente representé a la jeringa de AMEU como una “cosa” con propiedades fijas (Ormrod 1995: 44), divorciada de su contexto o forma de uso. Defendí el instrumento fabricado por mis empleadores y usé un lenguaje técnico –alejado de la expresión emotiva de mi amiga– para culpar “el manejo inadecuado de la anestesia”. Propuse una solución igualmente técnica: “entrenamiento en consejería y anestesia verbal”.

Sola en el pasillo, ya no me convenció mi propio discurso y tomé unos minutos para definir una línea de acción. En el proceso de reflexión, asocié mi desconcierto a diferentes temas. Por una parte, se había producido un conflicto ético entre mis compromisos respectivos con los intereses de las mujeres tratadas y la tecnología promovida por mis empleadores. Tenía una dimensión de género porque mi interés primordial en los discursos médicos me había llevado a prestar menor atención a los relatos de las mujeres internadas. Por último, significó un dilema epistemológico que me impulsó a analizar versiones discordantes de un mismo hecho. Me quedé en el servicio de ginecología para investigar lo sucedido a partir de los relatos de diferentes personas.

### **El método del dossier**

El método de armar un *dossier* de historias sobre un evento polémico fue utilizado por Foucault (Editor 1982 [1975]) en *Yo, Pierre Rivière...*, obra que documenta un caso de parricidio en Francia rural en el Siglo XIX. El libro incluye la introducción editorial, una colección de informes médicos y legales de la época, las declaraciones de testigos, la memoria del hombre acusado y comentarios analíticos de diferentes autores. Para Foucault, el

*dossier* constituyó un caso, un asunto, un evento que proporcionó la intersección de discursos que se diferenciaban en cuanto a su origen, forma, organización y función (...). Todos hablan, o parecen estar hablando, de la misma cosa (...). Pero en su totalidad y su variedad no forman una obra compuesta ni un texto ejemplar, sino más bien una extraña contienda, una confrontación, una relación de poder, una batalla entre los discursos y mediante los discursos (Foucault 1982)<sup>2</sup>.

En 1995, me propuse aplicar el método de Foucault para documentar un caso fallido de aborto legal en Santa Cruz de la Sierra. Debido a la demora deliberada de un juez evangélico de la Corte Suprema, dos hermanas adolescentes embarazadas por su padre fueron impedidas de acceder al aborto impune, permitido por ley (Aliaga 1994). No llegué a crear un *dossier* en torno al caso pero la idea quedó latente y la recuperé dos años después, en el momento del evento crítico sobre el dolor.

El método polifónico del *dossier* ha sido utilizado muchas veces para explorar casos de conflicto corporalizado. Hay una tradición cinematográfica y documental de obras que yuxtaponen diferentes versiones de un hecho violento. Una de las más conocidas internacionalmente es la película *Rashomon* de Kurosawa (1950) que se convirtió en el paradigma del género con su escenificación de una violación y asesinato desde la perspectiva de diferentes protagonistas. La presentación de versiones en conflicto, incluyendo la del comentarista – el “quinto testigo” que observa a los demás y añade su propio relato - invita a la audiencia a evaluar la veracidad de cada historia y tomar partida en el asunto (Barbarow 1987:145-148).

Este recurso cinematográfico cobra relevancia para la investigación cualitativa, si se asume el carácter creado de todo informe de los hechos.

La etnografía postmoderna busca “la evocación de un mundo posible de la realidad ya conocido para nosotros en la fantasía” (Tyler 1998:313). Lejos de proporcionar una descripción fiel de lo sucedido, el relato etnográfico se asemeja a una obra pintada por un artista bajo la influencia de su ánimo, mirada parcial y gusto estético. Bajo el paradigma interpretativo, “los datos” no existen como tales antes de nuestra intervención: se van generando en interacción con los sujetos y su sistematización involucra saltos imaginativos apenas frenados por el rigor de la referencia textual. La narrativa monofónica tradicional puede ser sustituida por el *collage* de relatos diversos:

“La polifonía es un medio de relatividad de perspectivas, y no una evasión de la responsabilidad autorial o un exceso culposos de democracia; aunque (...) se articula mejor con esa forma social y se corresponde mejor con las realidades del trabajo de campo en lugares sensibles al problema del poder, tal como se lo simboliza en la relación sujeto-objeto entre el que representa y el que es representado” (Tyler 1998:302).

Mediante la proliferación de discursos, el método del *dossier* subvierte el privilegio epistémico de cualquiera de los textos, incluyendo el de la propia investigadora. Cada una de las historias se convierte en una versión de los hechos, una verdad posible, pero no la única. El relativismo metodológico ubica en un plano simétrico a los discursos potencialmente subyugados (como el de la paciente) y hegemónicos (como el del ginecólogo). En este sentido, el método relativista del *dossier* puede cumplir la función crítica de simular la equidad social y crear un terreno inusual de encuentro entre voces dispares.

## Reconstrucción del caso

El día del evento crítico en el hospital, el primer paso en mi reconstrucción del caso fue la búsqueda de la residente Dra. Helga Haber para escuchar su versión de los hechos en mayor detalle. Conversamos durante veinte minutos y le hice una entrevista grabada. La mayor preocupación de Helga era la falta de espacio adecuado y condiciones de asepsia en el servicio de ginecología para realizar los procedimientos de AMEU. En segundo lugar, Helga mencionó la necesidad de dar sedantes a las pacientes para evitar su dolor y sus gritos, hecho que ella encontró “horrible”.

Luego de la conversación con Helga, busqué al Dr. Walters, el ginecólogo a cargo de la supervisión de residentes en las prácticas de AMEU. En una entrevista grabada que duró diez minutos, él habló de su acompañamiento afectuoso a las pacientes tratadas y del éxito de la tecnología en términos generales<sup>3</sup>:

**SR:** *Y en cuanto: al AMEU con: el aborto incompleto, ¿)cómo les ha ido?*

**Dr. W:** *Hemos hecho:: eh:: [.] eh tres casos. [2] Mu:y bien. [1] O sea ['] [.] se hace la intervención, [.] m:uy poco dolor; ['] no se utiliza el bloqueo paracervical porque el cuello está entreabierto, [2] y:: y ve, (¿se van felices:!) [.] ¿Se van contentas:!) ¿Ve? Y nosotros también. ['] Eh:: estamos más contentos, ¿)no:? de así des::- ['] eh:: [.] desocupamos un poco la parte de programación de quirófano. [.]*

El Dr. Walters representó como algo excepcional el caso acontecido el día anterior de “un: aborto incom:pleto que gritó tremendamente” hasta hacer escapar a las personas que estaban esperando en el pasillo. Descalificó la posibilidad del dolor

en términos fisiológicos, razonando que si pudo entrar una cánula de diez milímetros al cuello del útero, “¿qué dolor podía tener?”.

Diez minutos después, con la intermediación de Helga, conocí a la mujer tratada y a su esposo, ambos de unos treinta años de edad. Ella había llegado recientemente de Corea y su esposo era boliviano. La internación de la Sra. Gong se debió al sangrado provocado por la pérdida de su primer embarazo. Ella entró al baño y aproveché la oportunidad para hablar con su esposo, tomando apuntes en mi cuaderno de campo. El Sr. Gómez trabajaba en el área de biotecnología en otro hospital de la ciudad. Estaba familiarizado con el método de AMEU y lo avaló, aunque hizo eco de las preocupaciones de Helga sobre el espacio disponible y las condiciones de asepsia.

Finalmente pude hablar con la Sra. Gong y le hice una entrevista grabada de diez minutos, a solas, en el pasillo. Ella enfatizó el fuerte dolor que había sentido durante el procedimiento, como si la estuvieran “clavando”. Con su relato, en el espacio de una hora, completé el registro de cinco versiones del evento: los apuntes de mis comentarios en el primer encuentro con Helga, entrevistas grabadas con Helga y con el Dr. Walters, apuntes de mi conversación con el Sr. Gómez y la entrevista grabada con la Sra. Gong.

### *Un dossier del dolor*

Después del registro, vino el proceso de transcribir y editar el *dossier* con extractos textuales de los cinco relatos, armados cronológicamente según la hora de su registro. Decidí limitar el *dossier* a una página, para facilitar la comparación instantánea entre diferentes versiones del evento. Simplifiqué las claves utilizadas en la transcripción de grabaciones y apuntes para adecuar el *dossier* a la lectura de públicos diversos,

particularmente estudiantes y docentes de medicina. Cada extracto seleccionado cristalizó la particularidad de un relato y el sabor de su lenguaje marcado por ciertos “códigos en vivo” (Strauss 1997:33-34), términos llamativos y hasta pintorescos utilizados por la persona que habla<sup>4</sup>:

### **SR en conversación con la residente médica Helga Haber (apuntes escritos después, 8h45)**

*No es el método en sí – es el manejo inadecuado de la anestesia. Necesitan entrenamiento en consejería y anestesia verbal.*

### **Dra. Helga Haber, residente médica del primer año (entrevista grabada con SR, 9h15)**

*Ha sido muy... ¡muy feo! O sea, dos... abortos incompletos que habían hecho... que... las dos pacientes han sentido mucho dolor. Realmente han gritado... o sea, ¡ha sido horrible! [Ríe] Era como que digas, bueno, “¡Que nunca me hagan eso!” ¿No? Entonces tú tampoco no quieres hacer esto a otra persona.*

### **Dr. Walters, ginecólogo de planta (entrevista grabada con SR, 9h35)**

*Cuando hacen la... limpieza o la aspiración los residentes,... yo les explico, las trato con cariño, haciendo afecto, más confianza, y ¡ha resultado! Ha resultado. Pero en otras, por ejemplo ayer en un aborto incompleto que gritó tremendamente, ... mm hasta que... bueno, la gente que estaba ahí afuera s- se ha desocupado, ¿no? Pero ¡(no es así! No es para tanto. ¡Porque el cuello estaba abierto! ¡Entró una cánula de diez!... O sea que-) ¿qué dolor podía tener?*

**Sr. Gómez, esposo de la mujer tratada (apuntes escritos por SR después de la conversación, 9h40)**

*El habló favorablemente del uso del AMEU que permitió que ella no fuera al quirófano, no tuviera anestesia general, ni se quedara por un tiempo más largo en el hospital. También enfatizó la necesidad de asepsia, un ambiente adecuado para el procedimiento y espacio suficiente para el personal. Pero se expresó en términos básicamente positivos acerca de la experiencia.*

**Sra. Gong, la mujer tratada (entrevista grabada con SR, 9h45)**

*O... sea... el... para mí ha sido un dolor fuerte... me... ha do- dolido... desde el principio he empezado a llorar por el dolor, era... como si me estuvieran... clavando... clavando, ¿no? O sea un clavo, por dentro... [risa nerviosa] y... ¡pasó rápido!... Sí.*

**Sentidos del análisis textual**

La construcción del *dossier* fue provocada por mi conversación con la residente médica que puso en cuestión el discurso del ginecólogo registrado anteriormente. Mi pesquisa aquella mañana fue como un trabajo de detective involucrando entrevistas con testigos, el acusado y la demandante. Mi odisea de búsqueda de los sujetos y el registro, transcripción y análisis de los relatos, también constituyeron pasos en un ritual de penitencia por la falla ética de haber participado en un proceso de innovación tecnológica sin anticipar o prevenir los efectos perversos de su uso en situaciones concretas. Como dijo Foucault en una entrevista sobre *Verdad y Poder*:

“Pienso que no hay que referirse al gran modelo de la lengua y de los signos, sino al de la guerra y de la batalla. (...) Relación de poder, no relación de sentido. La historicidad que nos arrastra y nos determina es belicosa; no es habladora. (...) Ni la dialéctica (como lógica de la contradicción), ni la semiótica (como estructura de la comunicación) sabrían dar cuenta de la inteligibilidad de los enfrentamientos. Respecto a esta inteligibilidad la “dialéctica” aparece como una manera de esquivar la realidad cada vez más azarosa y abierta, reduciéndola al esqueleto hegeliano; y la “semiología” como una manera de esquivar el carácter violento, sangrante, mortal, reduciéndolo a la forma apacible y platónica del lenguaje y del diálogo” (Foucault 1979:189-180).

En el mismo espíritu, al calor de los hechos, llegué a rebelarme contra la fragmentación de los textos en el análisis del discurso que había practicado con una fascinación fría hasta ese momento. De pronto, el manejo abstracto de frases descontextualizadas evocó imágenes de los pedazos de órganos y restos de piel que había observado con horror en la mesa de disección de los cubículos de anatomía en la Facultad de Medicina. Quise recuperar el carácter holístico y material del evento crítico, la cacofonía de voces discordantes, mi sentimiento de culpa y desconcierto al haberme inmiscuido en un hecho corporalizado, teñido de una brutalidad extrema.

Al armar el *dossier*, fui dando personalidad al evento y coloqué a la mujer intervenida en el centro del escenario discursivo. En los niveles práctico y ético, la “verdad de los hechos” sí me importó y quise aclarar lo sucedido en el procedimiento de AMEU. En el nivel teórico, tenía más interés en analizar *cómo* los sujetos representaban a sí mismos y a otras actoras como responsables, inocentes o desligadas

de los gritos de dolor de la Sra. Gong.

### **Agentes nombrados, borrados y negados**

Como variante del análisis de discurso, el análisis de sintaxis permite examinar la estructura gramatical de un enunciado, la relación entre los actores mencionados y los verbos asociados a cada uno de ellos. La práctica de *nombrar* a ciertos agentes en un relato tiene el efecto de enfatizar su participación en un evento o fenómeno. En cambio, la práctica de *borrar* a otros agentes (*agent deletion*) tiene el efecto de anular o minimizar su responsabilidad en los hechos (Sykes 1985:90-91).

Para poder señalar la omisión de algún agente “borrado” de un texto, el analista se deja guiar por la observación directa del hecho o los relatos de otros participantes o testigos. En el caso aquí tratado, por ejemplo, pude notar que el ginecólogo Dr. Walters *se nombró* como practicante del AMEU en nuestra conversación inicial (“Hemos hecho: eh: [...] eh tres casos”)<sup>5</sup>, pero luego *borró* su manejo de la tecnología en la entrevista grabada que le hice sobre el caso de la Sra. Gong (“Cuando hacen la... limpieza o la aspiración los residentes...”).

Vale notar que no es lo mismo *borrar* a un agente que *negar* su relevancia. En el primer caso (*borrar*), el agente en cuestión se omite completamente del relato como si no existiera. En el segundo (*negar*), se hace una mención explícita del fenómeno para luego restarle importancia (Dr. Walters refiriéndose a los gritos de dolor de la Sra. Gong: “¡(no es así! No es para tanto”). Paradójicamente, el discurso de la negación saca a flote el contradiscurso de lo negado (Billig et al. 1988:19-24). Sin querer, evoca la imagen precisamente de lo que intenta negar (en este caso, la existencia y fuerza del dolor).

Mediante el uso de ciertas estructuras gramaticales o elementos léxicos, los actores pueden ser representados como personas que sienten –sintientes–, víctimas desafortunadas, amenazas deshumanizadas, figuras abstractas o anónimas, entidades culposas, ausentes o inocentes (Sykes 1985). Utilicé el análisis sintáctico y semántico para analizar cada relato del *dossier* en términos de su mención, negación u omisión de ciertos agentes en la construcción del evento.

Empezando con el análisis de mi propio discurso, en el momento de mi primer encuentro con la Dra. Helga Haber, utilicé una táctica defensiva para *negar* la conexión intrínseca entre la tecnología del AMEU y el dolor: “No es el método en sí”. Reconstruí el problema en términos de una práctica clínica mal realizada, “el manejo inadecuado de la anestesia”, pero *borré* la identidad del grupo que necesitaba “entrenamiento en consejería y anestesia verbal”. En mi primera conversación con Helga, *borré por completo la presencia y responsabilidad del ginecólogo* a cargo de la supervisión de los procedimientos de AMEU.

En el siguiente relato, la residente médica Helga Haber enfatizó el impacto emocional de presenciar la escena del dolor como “muy feo”, “horrible”. Habló de “dos... abortos incompletos que habían hecho”, utilizando el nombre de una patología para aludir a procedimientos implementados por agentes anónimos.

A continuación, Helga transformó las dos patologías/procedimientos en dos pacientes, representándolas como personas sensibles y expresivas: “[H]an sentido mucho dolor. Realmente han gritado”. Helga se identificó con ellas hasta tal punto que llegó a visualizarse a sí misma sometida al mismo procedimiento: “¡Que nunca me hagan eso!”. Helga infirió la acción humana en la producción del dolor,

pero *borró las identidades de sus colegas residentes y del ginecólogo* y mantuvo el anonimato de las personas responsables.

El ginecólogo, en cambio, *nombró* como agentes a los residentes médicos que hicieron los procedimientos de AMEU. Les transfirió la responsabilidad en el evento, retractándose del protagonismo que había asumido como supervisor en nuestro primer encuentro. *El Dr. Walters se borró como agente del procedimiento de Aspiración Manual* y se representó como acompañante afectuoso y solidario de las pacientes (“yo les explico, las trato con cariño, haciendo afecto, más confianza”). Representó al AMEU como eficaz (“¡ha resultado!”) y a lo acontecido ese día como algo excepcional y anormal (“Pero en otras...”).

La Dra. Helga Haber había utilizado el término “abortos incompletos” para aludir a los procedimientos de AMEU. El Dr. Walters usó el mismo término para aludir a una paciente: “un aborto incompleto que gritó tremendamente”. Con su discurso insólito de una patología gritando, deshumanizó a la paciente en cuestión. Al mismo tiempo, enfatizó la cualidad humana de “la gente que estaba ahí afuera”, construyéndola como víctima desalojada por el comportamiento aberrante de un caso fuera de control.

El Dr. Walters hizo una *negación* explícita del dolor expresado por la paciente: “Pero ¡(no es así! No es para tanto”. En lo que pudo ser una adquisición de su formación en anatomía (la disección de nervios en cadáveres), ofreció una evidencia fisiológica para sustentar su posición: “¡Porque el cuello estaba abierto! ¡Entró una cánula de diez!”.

A continuación, en un acto de malabarismo, el ginecólogo transformó la cánula de diez milímetros - el instrumento representado por la Sra. Gong como “un clavo, por dentro” - en la prueba de la imposibilidad de su dolor. Si el cuello

del útero estaba abierto y una cánula tan grande pudo entrar, “que- )¿qué dolor podía tener?”. En esta construcción de los hechos, los gritos del “aborto incompleto” fueron incongruentes con la evidencia fisiológica del cuello abierto. El Dr. Walters *nombró* a una patología, un órgano y un instrumento, *negó* el dolor (evocando el contradiscurso de su existencia), y simultáneamente *borró a la paciente intervenida como persona sintiente*.

Al editar la historia del Sr. Gómez para el *dossier*, noté una falla en mi aplicación del método: en mis apuntes de campo, reporté su lenguaje indirectamente (“El habló... enfatizó... se expresó...”) en lugar de registrarlos en forma textual. Pese a esta falencia, se puede apreciar cómo el Sr. Gong *borró el dolor* nombrado por su esposa y avaló la tecnología del AMEU en los términos publicitados por sus fabricantes y promotores. Como técnico paramédico, se enfocó en los intereses de su gremio y en la necesidad del personal de salud de contar con asepsia, un ambiente adecuado y espacio suficiente para trabajar.

Finalmente, el relato de la Sra. Gong –el último que registré– enfatizó su subjetividad con el uso repetido de pronombres en primera persona singular: “para mí”, “me... ha do- dolido”, “como si me estuvieran... clavando”. El dolor fue representado de manera reiterada como un protagonista que actuó sobre ella de manera autónoma: “[P]ara mí ha sido un dolor fuerte... me... ha do- dolido... desde el principio he empezado a llorar por el dolor”. Otro código repetido tres veces fue “clavando... clavando, ¿no? O sea un clavo, por dentro”, la representación gráfica de *un acto de tortura cuyos agentes tecnológicos y humanos fueron efectivamente borrados*.

### La pluralidad divergente

Al armar el dossier de historias

del dolor, quise recrear el choque eléctrico del momento epifánico de mi encuentro con dos relatos contrapuestos del procedimiento de AMEU: la versión exitista del Dr. Walters y la reacción de horror de la Dra. Helga Haber. En términos cinematográficos, imaginé a las personas hablantes proyectadas simultáneamente en cinco pantallas, dando el efecto *Rashomon* que en su época fue tildado de caótico: “Se da una impresión general de confusión y ruido” (*The Times*, Londres, 14/3/1952, en Kurosawa y Richie 1987:137).

Ciertamente, los relatos múltiples pueden generar confusión en una audiencia. Lo que se presenta ¿es un solo evento visto de diversas maneras, o una serie de construcciones de hechos completamente diferentes? En su introducción editorial a *Yo, Pierre Rivière...*, Foucault enfatiza el carácter conflictivo de los relatos contrapuestos: “una extraña contienda, una confrontación, una relación de poder, una batalla entre los discursos y mediante los discursos (Foucault 1982:x). La metáfora de la batalla nos invita a imaginar eventuales ganadores y perdedores en la confrontación de discursos.

Bakhtin también niega la fusión de los relatos en una ontología unitaria. Introduce, además, una dimensión ética al postular la igualdad de derechos de cada voz y conciencia. En su interpretación de las novelas de Dostoievsky, Bakhtin encuentra “[u]na pluralidad de voces y conciencias independientes y no mezcladas, una polifonía genuina de voces plenamente válidas”. Las obras de Dostoievsky no desarrollan “una multitud de personajes y destinos en un único mundo objetivo, iluminado por una única conciencia autorial; más bien, una pluralidad de conciencias, con derechos iguales y cada quien con su propio mundo, se combinan pero no se mezclan en la unidad del evento” (Bakhtin 1984:6 citado en Shotter 1992:17, cursivas

en el original). En esta visión literaria, que tiene resonancia para la etnografía postmoderna, la diferencia entre las narraciones importa menos que el derecho que tiene cada personaje de construir y hacer escuchar su versión de los hechos.

A la hora de armar el *dossier*, estaba influida por las posiciones de Foucault y Bakhtin. Por un lado, me interesaba resaltar el *conflicto* entre las afirmaciones emotivas del dolor por parte de la Dra. Helga Haber y la Sra. Gong, y la minimización de su importancia en los discursos técnicos del Dr. Walters, el Sr. Gómez y mi persona. Por otro lado, como forma de abordar mi crisis ética coloqué en un plano *igualitario* la voz de la mujer tratada y la del ginecólogo. En un contexto donde no se plasmaban el encuentro o la confrontación entre ambas partes, el mapeo horizontal de discursos creó un terreno ficticio para el diálogo de saberes que quise promover con estudiantes y docentes de medicina (Rance 2002).

Al analizar las historias, entonces, me detuve primero en las *diferencias* que saltaban a la vista. ¿Cómo se asignó la responsabilidad del asunto en cuestión – definido de diversas maneras - en los cinco relatos? Yo culpé a la formación deficiente de los residentes, Helga culpó a la tecnología del AMEU y el Dr. Walters culpó al aborto incompleto que gritó tanto que hizo escapar a las personas que esperaban afuera. La Sra. Gong culpó al dolor en sí y a los entes anónimos que la clavaron por dentro. Su esposo, aliándose con los intereses de su gremio, no culpó a nadie de nada.

En cuanto a la *negación* –acto discursivo que refuerza la posibilidad del argumento contrario– cada relato aludió de manera defensiva a un fenómeno diferente. Yo negué la asociación entre el AMEU y el dolor: “No es el método en sí”. Helga negó el fantasma de su propio deseo de producir un tal dolor en otra persona: “tú tampoco no quieres hacer esto a otra persona”. El

Dr. Walters negó el sentido de los gritos del aborto incompleto: “¡no es así! No es para tanto”. La Sra. Gong no negó nada en particular, y su esposo sólo aludió a la negatividad de los efectos de la tecnología tradicional del legrado con curetaje, evitada en esa ocasión por el uso del AMEU.

De este modo, quedó flotando en el aire de mi imaginación la presencia de cada elemento negado: una tecnología que producía dolor en las manos de residentes sádicos, dando lugar a los gritos justificados de una paciente que quizás hubiese preferido someterse a la anestesia general en quirófano, quedándose más tiempo después en el hospital.

### La multiplicidad convergente

Años después, mi entendimiento del *dossier* como campo de conflicto cambió por la influencia de otras visiones teóricas. Desde formas alternativas de interpretación, las narraciones pueden ser leídas no sólo como contradictorias sino también como complementarias, entretejidas o mutuamente constitutivas.

Tomando las narraciones como apuestas retóricas, se puede comprender los enunciados como intrínsecamente argumentativos. Con una audiencia heterogénea en mente, las personas hacen aseveraciones con la anticipación de contra-argumentos (Billig 1991:91). “Todo enunciado positivo se orienta hacia la posibilidad de que las cosas tengan otra naturaleza. (...) Las personas no andan postulando cosas que no están, o no podrían estar en duda” (Edwards et al. 1995:42).

Entendida de esta manera, la relación entre las historias del *dossier* podría ser de colaboración o de referencia recíproca, como las dos caras de la misma moneda. Suspendí el supuesto de contradicción entre los relatos y me puse a analizar su lenguaje en detalle para ver hasta qué

punto construían mundos complementarios o mutuamente compatibles.

La Teoría del Actor-Red (*Actor-Network Theory*) es una variante de la “sociología simétrica”, que se aplica a la construcción social de objetos y tecnologías (Domènech y Tirado 1998). Quienes la propugnan cuestionan el imperativo de elegir entre relatos aparentemente discordantes que pueden apoyarse unos a otros:

¿[E]s el caso que *existen* opciones? La respuesta es “no necesariamente”, porque si las realidades actuadas son múltiples, no se trata del pluralismo. En su lugar, lo que implica la “multiplicidad” es que, si bien las realidades pueden chocar en algunos puntos, en otros lugares las actuaciones diversas de un objeto pueden *colaborarse* y hasta *dependen* unas de otras (Mol 1999:83, cursivas en el original).

Ya analizadas las diferencias entre las historias, entonces, me puse a considerar las similitudes entre ellas, especialmente en la práctica coincidente de *borrar* a los agentes médicos del mapa discursivo. Como investigadora, yo borré (omití por completo) la presencia del ginecólogo en la supervisión de los procedimientos. Helga borró a sus colegas residentes y al ginecólogo como agentes del dolor. El Dr. Walters se borró como agente del procedimiento de AMEU y borró a la paciente como persona sintiente. La Sra. Gong borró a los agentes tecnológicos y humanos de su tortura y el Sr. Gong borró el dolor de su esposa. Los relatos coincidieron en el trabajo común de invisibilizar a los responsables directos del dolor de la mujer tratada.

*Más de lo mismo: borrando el agente médico*

En el caso analizado, el dispositivo discursivo de borrar agentes (*agent deletion*) operó y cooperó con un modelo biomédico que regularmente hace

desaparecer a los médicos como figuras responsables de hechos conflictivos, cuestionables o ilegales. En el mundo hospitalario suceden cosas problemáticas, pero los médicos no suelen figurar como sujetos de verbos activos que los ligen directamente a tales hechos.

En el mismo estudio hospitalario, por ejemplo, en una consulta con un ginecológico (el Dr. Dávila), una mujer, la Sra. Nina, intentó responsabilizar a otro médico por un aborto que se le había practicado poco tiempo después de una cesárea. El Dr. Dávila resistió la inferencia, *negó* la responsabilidad de su colega y la volcó sobre ella:

**Dr. D:** *¿Provocado o espontáneo?* [1]

**Sra. N:** *[[suspira]] Yo creo que es provocado porque el doctor me ha dicho, “De tres AÑOS vas a volver a tener {otra}*

**Dr. D:** *{¿}*

**Sra. N:** *vez”.*

**Dr. D:** *¿Y?* [.]

**Sra. N:** *Y: [.] el doctor me lo ha:: [1] [[en tono muy bajo]] sacado. [2] [[en tono normal]] Es el- un: [.] el: segundo después {e:}*

**Dr. D:** *[[en tono molesto]] {Pero} Usted le ha solicitado. [.]*

**Sra. N:** *Eh: [.] {Sí:}*

**Dr. D:** *{Porque:} si: Usted no quería no se lo sa{caba.}*

**Sra. N:** *{No, YO} porque: mm//*

**Dr. D:** *//ta- Usted lo ha pedido*

**Sra. N:** *POR LA CESAREA sí//*

**Dr. D:** *//Ya {[¿?]}*

**Sra. N:** *{Por la} cesárea era.*

**Dr. D:** *Entonces: [.] era provocado.*

**Sra. N:** *E:so. [1]*

En otras ocasiones, los ginecólogos *nombraron* reiteradamente a las mujeres

como protagonistas directas en la producción de abortos. Al mismo tiempo, *borraron* (omitieron por completo) la participación de sus colegas médicos en la realización de dichos procedimientos. Una ginecóloga, describiendo su forma de interrogar a las mujeres internadas, dijo: “[L]e pregunto si la pérdida ha sido: :: [.] eh [.] espontánea o: Usted ha querido limpiarse”. De igual modo, observé al Dr. Dávila preguntando a una mujer en su consultorio externo: “¿Y vos te has hecho sacar, o solito se ha salido?”. Bajo este modo de indagación, las mujeres respondían a menudo afirmando su propia agencia – “[C]omo de: dos meses me he hecho sacar” - y *borrando* la participación médica en los procedimientos abortivos.

En la misma línea, al reconstruir la epifanía del dolor, pese a la contradicción aparente entre los relatos del *dossier*, encontré finalmente que cada una de las personas involucradas *borró* el vínculo entre el ginecólogo a cargo, la tecnología del AMEU y la producción del dolor. En cuanto a mi participación como etnógrafa, no obstante la agenda “pro-derechos” que guió mi investigación, en esa instancia me sumé a una red de actores cuyos discursos conspiraron para proteger los intereses de los médicos y anular su responsabilidad en un hecho conflictivo.

### Referencias Citadas

- Aliaga, S.  
1994 ¿Qué dice la ley Sr. Juez? Suplemento Equidad, Periódico Hoy, La Paz, 18 de Mayo.
- Arsenau, R.  
1995 Exit Rounds: A Reflection Exercise. *Academic Medicine* 70(8):684-687.
- Bakhtin, M.  
1984 *Problems of Dostoevsky's poetics*. Editado por C. Emerson. University

- of Minnesota Press, Minneapolis.
- Barbarow, G.  
1987 *Rashomon* and the Fifth Witness. En *Rashomon*, dirigido por A. Kurosawa, editado por D. Richie, pp. 145-148. Rutgers University Press, New Brunswick, N.J.
- Billig, M., S. Condor, D. Edwards, M. Gane, D. Middleton y A. Radley  
1988 *Ideological Dilemmas: A Social Psychology of Everyday Thinking*. SAGE, Londres.
- Billig, M.  
1991 *Ideology and opinions: Studies in rhetorical psychology*. SAGE, Londres.
- Denzin, N.  
1989 *Interpretive Biography*. Qualitative Research Methods Volume 17. SAGE, Londres.
- Domènech, M. y F. J. Tirado  
1998 Claves para la lectura de textos simétricos. En *Sociología simétrica. Ensayos sobre ciencia, tecnología y sociedad*, compilado por M. Domènech y F. J. Tirado, pp. 13-50. Gedisa, Barcelona.
- Edwards, D., M. Ashmore y J. Potter  
1995 Death and Furniture: the rhetoric, politics and theology of bottom line arguments against relativism. *History of the Human Sciences* 8(2):25-49.
- Foucault, M.  
1979 'Verdad y Poder', entrevista realizada con Michel Foucault por Alessandro Fontana y Pasquale Pasquino. En *Microfísica del Poder*, editado por J. Varela y F. Alvarez-Uría, pp. 175-189. 2da Edición. Ediciones de La Piqueta, Madrid.
- Foucault, M. (Editor)  
1982 [1975] *I, Pierre Rivière, having slaughtered my mother, my sister and my brother... A Case of Parricide in the 19th Century*. University of Nebraska Press, Lincoln.
- Jefferson, G.  
1985 An exercise in the transcription and analysis of laughter. En *Handbook of Discourse Analysis, Volume 3*, editado por T. A. Van Dijk. Academic Press, Londres.
- Kurosawa, A. (director) y Richie, D. (editor)  
1995 *Rashomon*. Rutgers University Press, New Brunswick, N.J.
- Mol, A.  
1999 Ontological politics. A word and some questions. En *Actor Network Theory and After* editado por J. Law y J. Hassard, pp. 74-89. Blackwell Publishers/The Sociological Review, Oxford.
- Ormrod, S.  
1995 Feminist Sociology and Methodology: Leaky Black Boxes in Gender/Technology Relations. En *The Gender-Technology Relation*, editado por R. Gill y K. Grint, pp. 31-47. Taylor and Francis, Londres.
- Rance, S.  
1999 *Trato humano y educación médica. Ipas/MSPS/DFID/Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia*, La Paz.
- 2002 Mejorando la calidad de la atención postaborto: estrategias de intervención sociológica en territorio médico. En *Experiencias innovadoras en salud reproductiva. La complementación de las ciencias médicas y sociales*, compilado por M. Gogna y S. Ramos, pp. 105-115. Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva, Buenos Aires.

- Shotter, J.  
1992 Bakhtin and Billig: Monological Versus Dialogical Practices. *American Behavioral Scientist* 36(1):8-21.
- Slobin, K.  
1999 Repensando el Trabajo de Campo: ‘Sobre la ritualización de ver a una niña quemada’. *Tinkazos* 2(5):33-52.
- Strathern, M.  
1991 *Partial Connections*. Savage, Rowman and Littlefield, Maryland.
- Strauss, A.  
1987 *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Sykes, M.  
1985 Discrimination in Discourse. En *Handbook of Discourse Analysis, Volume 4. Discourse Analysis in Society*, editado por T. A. Van Dijk, pp. 83-101. Academic Press, Londres.
- Tyler, S.  
1998 La etnografía posmoderna: de documento de lo oculto a documento oculto. En *El Surgimiento de la Antropología Posmoderna*, compilado por C. Reynoso, pp. 297-313. Gedisa, Barcelona.

### Notas

1. El estudio hospitalario formó parte del proyecto trienal “Mejorando la Calidad y Disponibilidad de Servicios Postaborto en Bolivia”, ejecutado por la organización no-gubernamental *Ipas* y el Ministerio de Salud, con el auspicio de la cooperación británica (DFID).
2. Esta cita y otras de textos listados en inglés fueron traducidas por la autora.
3. En la transcripción se utilizan las siguientes claves de anotación adaptadas de Gail Jefferson (1985):

//[en medio de un turno]	El turno se interrumpe aquí por el siguiente
//[al inicio de un turno]	Este turno interrumpe el anterior
{palabras}	Frase o parte de una frase enunciada simultáneamente con otra, marcada en forma similar, que le antecede o sigue.
-	Indica que la palabra se corta aquí
<u>palabras</u> o <u>sílabas</u>	Habladas con énfasis
<u>subrayadas</u>	Habladas en tono fuerte
MAYUSCULAS	Indica prolongación de la vocal o consonante que le antecede
.....	
[.]	Pausa menor a un segundo
[2]	Pausa que dura dos segundos, etc.
[‘] [“] [”] [”]	Aspiración corta, mediana, larga
[??]	Palabras que no pudieron ser transcritas (inaudibles)
[ [ i n d i c a c i o n e s ] ]	Indicaciones de gestos, etc. añadidas por la autora al transcribir

4. Los códigos en vivo “tienen dos características: utilidad analítica e imaginaria. (...) [P]oseen una imaginaria muy vívida, que abarca mucho del significado interpretativo local. (...) Y los lectores no los olvidan fácilmente pues los términos son pintorescos. Además tienen mucha fuerza analítica pues los actores los usan con fluidez y con un significado bastante preciso” (Strauss 1987:33-34, traducido por Cecilia Olivares 2000).
5. Ver el diálogo transcrito en el acápite “Reconstrucción del caso”.