



## “Como para llenar un formulario”. Reflexiones sobre la producción de documentos en un servicio hospitalario de obstetricia

Clara Gilligan\*

### Presentación

Estas notas forman parte de una investigación en curso que tiene por objetivo analizar –desde una perspectiva etnográfica– la atención destinada a las mujeres después del parto en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires. En este escrito nos detendremos en la producción de documentos en el contexto de la atención hospitalaria. ¿En qué cuestiones se pone la mirada mientras las mujeres están internadas después del parto? ¿Cuáles se registran en la Historia Clínica?

Partimos de la propuesta de que las categorías médicas, lejos de ser neutrales, están atravesadas por maneras de comprender los fenómenos cultural e históricamente situadas. Estas construcciones organizan la percepción y, a la vez, delinear pautas operativas para la atención. Proponemos además que la rutinización del registro, esto es, poner la mirada repetidamente sobre determinados fenómenos e interpretarlos haciendo uso de una matriz conceptual compartida, podría tener efectos que exceden la mera idea de registrar. Es decir, de alguna manera lo constituyen, le dan vida a la práctica que se está registrando.

La organización institucional constituye particularmente la atención. En este contexto hospitalario específico, son centrales la distribución del trabajo a nivel servicio en relación con distintas competencias profesionales (entre médicos, obstétricas y enfermeras) y el rol que juegan las *residentes*,

\* Maestranda en Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras, UBA/Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Contacto: [casilladeclara@gmail.com](mailto:casilladeclara@gmail.com).

sobre quienes recae gran parte de la atención cotidiana y, especialmente, después del parto.

Considerando estas cuestiones surgidas durante la observación participante, analizaremos registros de campo y entrevistas a la luz de la perspectiva de ciertas lógicas burocráticas producidas en las instituciones estatales. Nos proponemos dar cuenta de la producción de documentos como práctica burocrática cotidiana en una institución estatal: un servicio de obstetricia hospitalario.<sup>1</sup> Nos preguntarnos quiénes, qué y para qué registran. Cómo se registra, y qué lugar ocupa esta práctica dentro de un conjunto más amplio que constituyen el dispositivo de atención obstétrica y, finalmente, repensar algunas discusiones acerca de cómo entendemos el Estado.

### **Institucionalización de los nacimientos**

Los saberes y las prácticas biomédicos tal como los conocemos en la actualidad son producto de un proceso histórico que los configuró como científicos. Proceso que va de la mano de una institucionalización creciente de las prácticas biomédicas, gracias al rol activo de los Estados en relación con la atención sanitaria. El área de incumbencia médica se ha ido transformando: se desarrolla en nuevos espacios, participan distintos actores. Al transformarse las condiciones materiales en las que los sujetos experimentan los procesos de atención, se han ido modificando también concepciones acerca de sus propios cuerpos y de los de sus semejantes. La atención obstétrica es, actualmente, parte activa de la experiencia de parir y de nacer. La medicina participa hoy del proceso embarazo-parto- puerperio aunque la reproducción humana ha ocurrido durante siglos sin dicha intervención.

En Argentina, Estado y medicina se constituyeron interrelacionadamente. El Estado impulsó activamente la institucionalización de la medicina y con ello le aseguró el monopolio de la atención sanitaria por sobre otras formas de atención coexistentes que se subalternizaron.<sup>2</sup> Un proceso similar puede rastrearse en gran parte de Latinoamérica (aunque con especificidades locales), cuya manifestación más visible es la progresiva hospitalización de los nacimientos a partir de la década de 1920.<sup>3</sup>

Este sistema público sanitario que comenzó a desarrollarse en nuestro país, implicó de manera ineludible la materialización de ese Estado en sujetos, instituciones e intervenciones concretas: producto y a la vez productoras de ese Estado.<sup>4</sup> La medicina se expandió de la mano del Estado y, a su vez, este se consolidó

<sup>1</sup> Mora, 2008; Tiscornia, 2008; Sarrabayrouse, 2011; Bernardini, 2013.

<sup>2</sup> Nari, 2004; Di Liscia, 2005; Felitti, 2007.

<sup>3</sup> Menéndez, 1990; Tornquist, 2002; Nari, 2004; Felitti, 2007; Sánchez, 2010.

<sup>4</sup> Nari, 2004; Di Liscia, 2005.

(aunque no únicamente) sobre el ejercicio de políticas sanitarias transformadoras de la vida cotidiana. La hospitalización de los nacimientos se ha mantenido desde entonces, aunque con especificidades que han ido transformando este fenómeno.

La atención médica juega un rol activamente regulador de la maternidad y de la vida de las mujeres. A la vez que esta intervención se halla legitimada socialmente, tiene la particularidad de pretender una supuesta neutralidad valorativa. La biomedicina construye parte de su legitimidad discursiva en base a la descripción de fenómenos universales cuya existencia aparece desligada de condiciones locales. De acuerdo con este razonamiento si lo biológico es universal, los saberes basados en la naturaleza se presentan como únicos y verdaderos. El abordaje biomédico implica una reorganización de la realidad que tiene como resultado la creación de un "objeto" que posibilita operar conceptual (y materialmente) sobre el mismo en los términos propios de la disciplina.<sup>5</sup>

En estas notas analizaremos el interjuego entre conceptualizaciones biomédicas y burocracias en un contexto particular. La disciplina en tanto técnica de ejercicio de poder, atraviesa y constituye las instituciones estatales. Los registros del comportamiento de cuerpos individualizados en el contexto hospitalario son una de las expresiones del poder de los saberes médicos, imbricados con procedimientos técnico-burocráticos.<sup>6</sup> Reconocemos que el Estado rutinariamente materializa definiciones particulares que son mucho más que discursivas: "...se concretiza en leyes, decisiones de justicia (...), registros, resultados de censos, permisos, títulos, formularios de impuestos y un sinfín de otras formas mediante las cuales el Estado habla y las particularidades quedan reguladas".<sup>7</sup>

Sin embargo, siguiendo la propuesta de "...examinar, desde el punto de vista de sus consecuencias culturales, las facetas de la actividad estatal que parecen más terrenales, rutinarias, (...) la 'administración': las rutinas del mando...",<sup>8</sup> nos preguntaremos por las estrategias, concepciones y prácticas que grupos de sujetos dotados de autoridad estatal ponen en acción cotidianamente y que constituyen en sí mismas la materialidad de la administración,<sup>9</sup> desandando en cierta medida el abordaje del Estado como un todo uniforme totalizador e impersonal.

### **Sobre la producción cotidiana de documentos**

Si entendemos el abordaje etnográfico como resultado de los diferentes puntos de vista de los sujetos que interactúan, incluido el del investigador, indagar en

<sup>5</sup> Good, 2003.

<sup>6</sup> Foucault, 1996.

<sup>7</sup> Corrigan y Sayer, 2007:82.

<sup>8</sup> Corrigan y Sayer, 2007: 92.

<sup>9</sup> Vianna, 2010.

los sentidos que tienen tales procesos de atención, tanto para el personal hospitalario como para las mujeres, constituye una parte significativa de esta manera de producir conocimiento. Los sujetos con los que nos vinculamos en una etnografía, nos ofrecen permanentemente elementos de su propia percepción de las prácticas que estudiamos. Los límites de nuestro "objeto" de estudio, construido conceptual y artificialmente por nosotros no siempre (sino nunca) se corresponden con los procesos dinámicos que queremos investigar.

Entre estas cuestiones no previstas en el planteo inicial del problema de investigación; una de las primeras que surgió fue la frecuencia y el tiempo dedicado a la producción de documentos escritos como parte de las actividades cotidianas:

"Entré directamente a la sala de internación y fui hasta la oficina donde el día anterior había visto al grupo de residentes. Me senté en la mesa (...) Estaban hablando de números, medicaciones y escribiendo en hojas de una carpeta cada una. No pude entender si eran indicaciones, Historias Clínicas o algo así [un rato después una residente obstétrica me contaría que eran las indicaciones para las enfermeras]. Cada una tenía una carpeta, y escribían en hojas pre-impresas. Al lado de la mesa dónde (sic.) están todas sentadas, hay pilas de estos papeles, son como talonarios que dicen 'epicrisis', 'enfermería', 'evolución' (y otros más que no alcanzo a leer)..."<sup>10</sup>

"Le digo 'Cómo escriben ustedes, me impresiona el tiempo que pasan completando formularios.' Mariel<sup>11</sup>: '¿Viste? Uno se imagina que las parteras estamos siempre haciendo partos, pero no. Está bueno que veas que estas también son nuestras tareas'."<sup>12</sup>

"...el tiempo que las residentes pasan escribiendo, en relación al que destinan a 'revisar' (...) o interactuar cara a cara con las mujeres. Las "recorridas" que hacen a la mañana suelen hacerse entre las 7.30 y las 8 y desde ese horario hasta las 10 usualmente están en el office alrededor de esta mesa grande escribiendo, 'haciendo el pase' o consultando 'casos' con 'los planta' [médicos con cargos concursados]."<sup>13</sup>

A partir de ciertos antecedentes teórico-metodológicos que abordan la historia reciente en base al análisis de una variedad de documentos producidos en instituciones estatales, describiremos el proceso de producción de documentos que forman parte de la cotidianeidad del dispositivo de atención obstétrica hospitalaria: ¿Cómo se construye al puerperio en las Historias Clínicas? ¿En qué

<sup>10</sup> Registro de campo, enero de 2014.

<sup>11</sup> A fin de preservar el anonimato, todos los nombres mencionados son seudónimos.

<sup>12</sup> Registro de campo, noviembre de 2014.

<sup>13</sup> *Idem*.

cuestiones se pone la mirada mientras las mujeres están internadas después del parto? ¿Cuáles se registran en la Historia Clínica?

Si bien la escritura es una tarea rutinaria dentro del dispositivo de atención, acceder a algunos de sus productos finales, como las Historias Clínicas, no fue sencillo. Aunque esta posibilidad había sido autorizada para la investigación,<sup>14</sup> en la práctica se había traducido en la necesidad de establecer relaciones con otro sector del Hospital: El archivo. Después de varios intentos fallidos, el acceso se dio gracias a la participación en otras actividades del servicio.

"...me cuenta que estaba terminando 'una evolución'. Cierra la carpeta negra donde estaba la hoja de 'Evolución' y la guarda en una estantería. Me explica que hay tres posiciones diferentes para guardar esas carpetas de acuerdo a si la mujer va a seguir internada, si fue dada de alta y falta la firma del jefe de sección, o si ya está lista para ser archivada (lo que es igual a alta más firma). Cada una de esas carpetas tiene un número que corresponde a una cama de la sala. Mientras que las mujeres están internadas se refieren a ellas como 'la de la 42'. En esa carpeta se guardan una cantidad de papeles que incluyen los que luego se archivan en la Historia Clínica del servicio [En el hospital las HC no están unificadas, cada servicio tiene distintas HC para una misma persona]. (...) incluye la Historia Clínica Perinatal del CLAP, Evolución, Epicrisis, Monitoreos, Partograma y otros más. Mientras que esas carpetas están en la sala también contienen otros papeles como las indicaciones que escriben las residentes para las enfermeras, otros estudios que las mujeres se realicen mientras que están internadas [que deberían llevarse cuando se van con el alta, aunque pareciera que no siempre es así], y otros más que no sé bien a dónde van a parar una vez que se separa lo que es la HC del resto de los papeles que se fueron produciendo durante la internación."<sup>15</sup>

Esta tensión entre lo público y lo privado, o lo estatal (como institución pública) produciendo documentos de acceso limitado, a la vez que se presenta como un obstáculo evidencia las contradicciones de pensar al Estado como un todo impersonal, que sin embargo es encarnado y producido por sujetos atravesados por relaciones sociales:

"... el obstáculo puede ser convertido en dato y su análisis permite explorar algunas de las características más persistentes de este ámbito institucional: la del secreto y la reserva, en primer término; y en segundo, la importancia que adquieren las relaciones personales..."<sup>16</sup>

<sup>14</sup> Proceso que implica la aprobación del Proyecto de investigación por un Comité de Ética.

<sup>15</sup> Registro de campo, noviembre de 2014.

<sup>16</sup> Muzzopappa y Villalta, 2011: 24.

El abordaje etnográfico nos invita a describir al contexto de producción de estos documentos. Comprender “el mundo del archivo” implica destacar el rol cotidiano de producción que juegan sus agentes y las disputas que atraviesan su tarea y dirimen qué se registra, qué se escribe, qué se guarda y con qué criterios.<sup>17</sup> Las Historias Clínicas relevan solo una parte de la atención obstétrica. Siguiendo el objetivo general de describir y analizar la atención obstétrica especialmente durante el posparto, en los próximos apartados analizaremos qué es lo que se escribe acerca del puerperio en las Historias Clínicas.

### El “deber” ser de la atención posparto

Podemos reconstruir el *deber ser* de la atención obstétrica posterior al parto haciendo una interpretación de bibliografía especializada como manuales de obstetricia y guías para la atención publicadas por organismos estatales que se proponen ordenar la atención sanitaria. Aunque estos documentos no son una descripción de las acciones que constituyen la atención, sí las consideramos en tanto orientadores de las mismas “... consagran lo que es correcto y deseable, y por tanto constriñen las prácticas cotidianas, reforzando determinadas lógicas de funcionamiento institucional y opacando otras”.<sup>18</sup>

“Conducta: Deberá ejercerse una estrecha vigilancia, sobre todo durante las primeras dos horas del puerperio inmediato: se pondrá énfasis en el control de la pérdida sanguínea, la frecuencia del pulso, la tensión arterial y la formación y persistencia del globo de seguridad de Pinard.”<sup>19</sup>

En estas fuentes documentales se proponen pautas para la atención médica de las mujeres después del parto. Tales pautas tienen como objetivo prevenir o evitar el desarrollo de un “puerperio patológico”. Así se presentan algunas estrategias para la atención de mujeres puérperas, que básicamente implican un conjunto de acciones a realizarse durante las primeras 48 horas posteriores al nacimiento. En primer lugar, el énfasis es colocado en la observación, control y monitoreo de los signos vitales de la mujer y el recién nacido en el momento inmediatamente posterior al parto.

“El conocimiento de la detección de patologías diagnosticadas durante el embarazo tiene para el período puerperal suma importancia ya que permite su vigilancia y control eficaz.”<sup>20</sup>

<sup>17</sup> Da Silva Catela, 2002.

<sup>18</sup> Muzzopappa y Villalta, 2011: 36.

<sup>19</sup> Ministerio de Salud de la Nación, 1997: 10.

<sup>20</sup> *Ibidem*. 16

“Durante la primera hora después del parto se debe medir la presión arterial y el pulso cada 15 minutos o con más frecuencia si está indicado. También se vigila el volumen de la hemorragia vaginal y se palpa el fondo uterino para asegurar su contracción (...) es necesario mantener a la mujer bajo observación después del parto...”<sup>21</sup>

La propuesta para la atención se traduce en acciones como controlar, vigilar e instruir, ya que posibilitarían la prevención de enfermedades o la reducción de sus daños. Esto último constituye uno de los núcleos conceptuales de la racionalidad biomédica. El ideal de la atención también surge en entrevistas con sujetos implicados cotidianamente:

“... la recorrida, que es revisar a todas las pacientes, preguntarle cómo está, si está mareada, ver el pulso, ver las mamas, si está amamantando o no, ver las pérdidas, si el útero ya está involucionado, si le hicieron episiotomía o le hicieron puntos por un desgarró ver que no esté infectado... ver si va de cuerpo, si está orinando bien. Todo eso (...) controles de presión, temperatura, si tiene medicación controlársela, todas esas cosas lo hace la enfermera cada cuatro horas igual. Supuestamente le revisan las pérdidas y si tiene mucha pérdida te avisan, también.”<sup>22</sup>

Considerando esta serie de presupuestos, en el siguiente apartado nos detendremos en la producción de Historias Clínicas como un tipo de documento particular que en alguna medida incorpora, aunque no únicamente, estas pautas.

### **La Historia Clínica como documento**

Este tipo de datos que nos refieren actores implicados en la atención y en los que se enfatiza en bibliografía especializada y guías de atención, son cuidadosamente volcados en las Historias Clínicas. Las mismas son definidas por los actores como documentos “de valor legal”. Lo que podría tender a jerarquizar la producción de cierta información en desmedro de otra.

“La Historia Clínica es muy importante que esté bien hecha, porque tiene valor legal. Si hay complicaciones con el bebé o con las madres y luego se pide la Historia Clínica... si no está bien hecha o no está bien todo lo que vos hiciste no sirve de nada que vos le digas al juez o al abogado yo hice tal cosa cuando en la Historia Clínica no está bien redactado o escrito.”<sup>23</sup>

<sup>21</sup> Cunningham, et al. 2011: 654-5.

<sup>22</sup> Entrevista a Lila, médica tocoginecóloga, Junio de 2013.

<sup>23</sup> Entrevista a Laura, obstétrica, enero de 2015.

¿Qué es lo que se registra en las Historias Clínicas? En una primera lectura nos encontramos con una marcada estandarización de la escritura. Hay frases y formas de escribir determinados eventos o situaciones que se repiten, variando únicamente algunos datos personales de la mujer en cuestión. Después de leer algunas Historias Clínicas, casi que puede memorizarse el formato. Por ejemplo:

"Paciente lúcida, afebril, clínicamente estable. RN en IC [Recién nacido en Internación conjunta]' (...) 'Pte. que ingresa derivada de guardia de partos, lúcida, ubicada en T y E [tiempo y espacio], útero retraído vía periférico permeable' (...) 'Puerperio inmediato: lúcida, afebril, clínicamente estable, TA 120/80 fc 89x [Tensión arterial y frecuencia cardíaca], útero retraído, loquios fisiológicos (...)'. Son como frases hechas, predeterminadas. Cuando empiezo a leer en voz alta un fragmento: '...La paciente puja y se obtiene recién nacido vivo de sexo femenino que llora espontáneamente...' Mariel me interrumpe y completa la frase, de memoria: '... y se entrega al neonatólogo de guardia, quién informa...' (repite exactamente lo que estoy leyendo)..."<sup>24</sup>

"Se escribe mucho. Se pierden muchas horas escribiendo. Pero a veces uno comete el error de automatizar y ahí es donde aparecen los errores en las Historias Clínicas generalmente. Porque claro, imaginate que tenés que escribir quince Historias Clínicas por día (...) Escribís muchas veces lo mismo, muchas, muchas veces lo mismo..."<sup>25</sup>

En este punto podemos preguntarnos si es que estos documentos ¿solo relevan datos? ¿O en alguna medida también los crean? Podríamos sugerir que el registro<sup>26</sup> no se reduce simplemente a tomar nota de una realidad externa al sujeto y al acto mismo de registrar, sino que actúa como guía de la mirada del personal de salud: "... el Estado no sólo monopoliza la fuerza sino también la información, cumple funciones de registro de los momentos fundamentales de la vida de un individuo como el nacimiento y la muerte."<sup>27</sup> ¿Qué se registra en esos documentos estatales "de valor legal"? En el siguiente apartado continuaremos describiendo otro tipo de cuestiones de las que dan cuenta las Historias Clínicas.

### Más allá de lo clínico

Intentando sintetizar parte de las actividades cotidianas observadas, señalaremos que la atención de la mujer luego del parto se centra en la observación y control de un proceso "natural" que, sin embargo, requiere de acciones encaminadas a educar, instruir a la mujer tanto para su propio cuidado como para el de

<sup>24</sup> Registro de campo, febrero de 2015.

<sup>25</sup> Entrevista a Laura, obstétrica, enero de 2015.

<sup>26</sup> Reflexión pasible de hacernos a nosotros mismos en la elaboración de registros de campo.

<sup>27</sup> Regueiro, 2013: 21.

su hijo/a. A la vez que se apela a la naturaleza, el personal hospitalario se erige como un grupo de educadores capaces de instruir a las mujeres en su rol de madres. Entonces la atención durante la internación posterior al parto, necesita de acciones orientadas a la educación, a la instrucción que la mujer se llevará, junto con el niño, a su hogar.<sup>28</sup>

En el caso puntual de la obstetricia, la prevención de enfermedades adquiere un matiz moral particular ya que el cuidado de la salud de las mujeres es percibido no solo como un beneficio para ellas, sino también para sus hijos/as. En este sentido, el control, la vigilancia y la instrucción para prevenir patologías como fundamento de la atención obstétrica cuentan con un aval moral que excede el campo de intervención biomédica.

Probablemente en sintonía con la renovada fuerza que ha adquirido la lactancia en los últimos años –síntesis de posibilidades nutricias sobrenaturales y, a la vez, garantía de un vínculo madre-hijo “saludable”–, la “promoción” de esta práctica ocupa un lugar predominante en el despliegue de este dispositivo de atención. El impulso<sup>29</sup> de la lactancia está ligado a pautas de instrucción, de educación a la mujer; lo que tensiona su supuesta naturaleza.

Estas sugerencias también aparecen en bibliografía especializada, donde se señala que el control y la vigilancia deberían llegar más allá del registro de ciertos signos clínicos, observando y facilitando “la interacción madre-hijo” que, paradójicamente, es definida como “natural”: “Es necesario controlar los signos vitales de ambos, vigilar el sangrado y la retracción uterina y observar al recién nacido, facilitando el proceso natural en la interacción madre-hijo”.<sup>30</sup> En las Historias Clínicas, se registran estas observaciones, que no siempre se ponen de manifiesto durante la interacción cara a cara entre las mujeres internadas en la sala de obstetricia y el personal hospitalario:

“En las ‘Hoja de enfermería’ veo la mayor frecuencia de controles. También es una escritura estandarizada. Copio algunas: ‘TA 110/70, 92fc, Pte. lúcida, afebril, clínicamente estable, ubicada en T y E’. En todas las HC leo algún tipo de evaluación, como por ejemplo: ‘Paciente que atiende a su bebé’, ‘Pte. Que amamanta y limpia a su bb’. Copié un comentario que se sale de esta especie de estándar: ‘La paciente ‘se duerme’ con facilidad!! Y no atiende al BB que llora a los gritos. Le avisé a la nurse [nombre de la nurse] porque la pte. se queda ‘dormidísima’, le he pasado por la planta de los pies mi lapicera y NADA. Se vuelve a avisar a la nurse porque la mamá tenía a la bb en su pecho dormida.”<sup>31</sup>

<sup>28</sup> Gilligan, 2014.

<sup>29</sup> Que adquiere, algunas veces, ribetes restrictivos de la autonomía femenina.

<sup>30</sup> Uranga et al. 2010: 38.

<sup>31</sup> Registro de campo, febrero de 2015. Las mayúsculas están en el original.

El registro del control de la interacción entre la mujer-madre y su niño también es parte estandarizada y presente en todas las Historias Clínicas. Posiblemente delegada en las enfermeras, que son quienes efectivamente pasan la mayor cantidad de tiempo en contacto directo con las mujeres internadas. Adriana Vianna ha señalado a la rutinización del control como condición necesaria de la soberanía.<sup>32</sup>

"... sostener que el Estado es una ficción implica reconocer que se trata de una ilusión bien fundada a partir de procesos de sujeción y legitimación. Es una ficción, una idea, que ha dado lugar a formas estatales bien reales - esto es, a todo un repertorio completo de rituales y rutinas..."<sup>33</sup>

La atención obstétrica durante el posparto, implica la combinación de un chequeo rutinario de determinados signos clínicos junto con una estrategia "educativa" dirigida a las mujeres en tanto madres.<sup>34</sup> En el caso de las Historias Clínicas que analizamos aquí, la noción de madre apta se vincula con el registro rutinario y reiterado de ciertas prácticas, entre las que sobresalen el inicio de la lactancia y la limpieza y cuidado del bebé.

Las observaciones del desempeño como madre de la mujer en cuestión, se organizan sobre la base de determinadas prácticas como amamantar y cuidar al recién nacido. Pero lo simbólico en tanto forma de comprender y describir la realidad implica necesariamente un posicionamiento político.<sup>35</sup> El registro de estos comportamientos sugiere la regulación y vigilancia de una serie de expectativas sobre las mujeres: "Ser responsable implica estar sujeto a un conjunto de obligaciones morales..."<sup>36</sup>

"C: Bueno, y ¿qué se espera de un puerperio normal?

L: Todo eso que te decía, que el útero se vaya retrayendo, (...) que las pérdidas sean fisiológicas digamos (...) Que deambulen, que no tenga incontinencia (...) que tenga catarsis digamos, antes de ir de alta. Todo eso desde el punto de vista físico digamos. Y... O sea, esa es la pauta de las 48 hs para poder darle el alta a alguien digamos. Después estaría toda la parte accesoria que te decía antes que nadie te obliga pero nada que... no

<sup>32</sup> Vianna, 2010.

<sup>33</sup> Muzzopappa; Villalta 2011: 18.

<sup>34</sup> El sujeto discursivo de derechos es denominado no en tanto mujer, sino en tanto madre. Las políticas públicas que regulan la atención obstétrica tienen como destinatarios a la "población materno-infantil", la sala de internación depende del "departamento materno-infantil" del hospital en cuestión y las complicaciones que pudieran sufrir las mujeres asociadas a causas obstétricas son registradas numéricamente en tanto casos de "Mortalidad materna" y "Morbilidad materna severa" (Paradójicamente, si una mujer sufriera una complicación grave a raíz de un aborto, pasaría a engrosar las tasas estadísticas de algunas de estas dos categorías).

<sup>35</sup> Fonseca; Cardarello 2005.

<sup>36</sup> Vianna, 2010: 25.

sé, ver cómo la mina, si lo atiende o no al bebé ponele. Porque... puede pasar que lo deje ahí tirado y se le caiga de la cama, que no le sepa dar la teta, que no quiera, que el bebé esté llorando y no le de pelota. No sé, un montón de cosas que más o menos tenés que ir viendo también. Que tampoco tenemos muchos elementos para... no recibimos formación para darnos cuenta si realmente... Es por sentido común más o menos.”<sup>37</sup>

La mirada sobre esta *performance* maternal es parte de la rutina del personal de obstetricia. Aunque señalan no sentirse capacitados para hacerlo, registran lo observado en las Historias Clínicas y actúan como intermediarios para una posible derivación a otros servicios del hospital:

T: (...) Nos pasó la otra vez con una paciente que estaba así con una especie de psicosis puerperal, trabajamos en conjunto con la gente de salud mental de guardia, la psiquiatra de guardia.

C: ¿Cómo determinaron eso?

T: Y, porque desvariaba, la señora decía cualquier cosa. Sí, está internada en la cama [número] ahora. (...)

C: ¿Qué hacen aparte de llamar al servicio de salud mental?

T: Y, en ese caso estuvimos muy atentas a cómo era el trato con el bebé, de hecho se lo sacaron unas horas hasta que estaba más tranquila...

C: ¿Y qué lo llevan? ¿A neo?

T: Las nurse. No, ahí en la sala lo llevan como que lo van a controlar y se lo quedan. Un rato, hasta que se calmó, y ya hicimos la interconsulta y demás. Y ahora se la separó, se la aisló, está en una habitación ella sola, tranquila, no está dando la teta casi, toma medicación a la noche...

C: ¿Eso quién lo determina?

T: Y, eso toda una cosa de... medio equipo fue. Nosotros, la parte de salud mental, servicio social y un consejo de... no me acuerdo qué cosa. Sí. Hoy en día ella en condiciones obstétricas está de alta, el bebé también está de alta, el tema es que bueno este Consejo como que todavía no aprueba que ella se vaya de alta con su hijo. Así que está más que nada por eso. (...)

C: Y, cuándo... Digamos ¿Quién detecta estas cosas que les empiezan a resultar raras?

T: Y, por lo general nosotras, cuando hacemos la... Las enfermeras también. Nosotras cuando evaluamos a la mañana, en la evaluación genérica que hacemos siempre, ahí detectamos cosas. Y las enfermeras, de neo también, más que nada lo que tiene que ver con el bebé. Nosotras como por ahí hablamos más con ellas, detectamos cosas en ellas. Entonces sí, medio como que nos llama la atención a las dos por igual. A nosotras como a las enfermeras.”<sup>38</sup>

<sup>37</sup> Entrevista a Lila, junio de 2013.

<sup>38</sup> Entrevista a Trini, agosto de 2014.

Sugerimos en este punto que el control y la vigilancia (definidas en estos términos por los mismos actores) pueden ser comprendidas no en tanto facultades de un Estado omnipresente y despersonalizado sino más bien como parte de un ejercicio ininterrumpido de autoridad estatal, que precisamente se crea y recrea a partir de estas micro-prácticas encarnadas, reinterpretadas y apropiadas por sujetos diversos:<sup>39</sup>

“Invirtiendo, por tanto, modelos de análisis que parten de la premisa de que el ‘Estado’ se mueve en dirección a los individuos, buscando moldearlos a una forma específica de comportamiento o relación con otros individuos, cabría tal vez preguntarse cómo es que diferentes estrategias, prácticas y concepciones puestas en uso por estos individuos o redes de individuos, están presentes en el propio rol de las estrategias de administración y control social. En esos términos, puede decirse que la administración no sólo inviste de autoridad a individuos o redes de individuos, sino que también captura otras formas de autoridad –y de moral– de las que dichos individuos o redes están dotados.”<sup>40</sup>

El proceso de desarrollo y conformación constante del Estado implica un proceso – también continuo– de *regulación moral*.<sup>41</sup> Las mediaciones estatales se legitiman sobre cierta moralidad “compartida” e intervienen en una diversidad de experiencias que tienden a presentarse unificadas. Si bien las instituciones estatales coexisten con otros actores que también participan de esta regulación moral, su rol es significativo.<sup>42</sup>

### Registros que interpelan

La rutinización del registro, esto es, poner la mirada repetidamente sobre determinados fenómenos e interpretarlos haciendo uso de una matriz conceptual compartida institucionalmente, podría tener efectos que exceden el mero acto de registro. Lo que nos preguntamos es si de alguna manera el registro adquiere un rol performativo, si contribuye a constituir, a dar vida a la misma práctica que se está registrando. Proponemos interpretar las Historias Clínicas en tanto resultado de un proceso de producción particular de documentación oficial.

En este caso, a partir del registro escrito podemos sugerir que las mujeres son interpeladas a cumplir con ciertas expectativas socialmente demandadas que

<sup>39</sup> Vianna, 2010.

<sup>40</sup> Vianna, 2010: 48.

<sup>41</sup> “Llamamos a esto regulación moral: un proyecto de normalizar, volver natural, parte ineludible de la vida, en una palabra “obvio”, aquello que es en realidad el conjunto de premisas ontológicas y epistemológicas de una forma particular e histórica de orden social.” (Corrigan y Sayer, 2007: 46)

<sup>42</sup> Corrigan; Sayer, 2007.

demuestren a esos observadores que pueden hacerse responsables de sus hijos/as y de la forma en que se espera que lo hagan. Con ese sentido se ponen en acción políticas destinadas a acompañar ese proceso (en este caso, el inicio de la maternidad). Es así que se implementan “cursos de preparación para el parto”, “charlas de crianza”, “consejerías en lactancia”, de “procreación responsable”; etc. Pero también se interviene directamente sobre las conductas que se interpretan como nocivas, alejando al/la recién nacido/a de su madre, requiriendo la intervención de otros servicios (como Salud mental) o dilatando la fecha de alta hospitalaria: “...se instrumentan distintas medidas tendientes a apuntalarlos y sostenerlos, pero también y esencialmente se diseñan estrategias orientadas a transformar sus conductas...”.<sup>43</sup>

Aunque excede los objetivos de este breve trabajo, no quisiéramos dejar de mencionar que son las mismas mujeres –destinatarias de todo este conjunto de demandas y deseos acerca de lo que se espera de ellas como madres– quienes disputan cotidianamente estos dispositivos de control, vigilancia e instrucción puestos en acción en contexto hospitalario. Produciendo una diversidad de experiencias de lo que es ser madre.

“V: (...) Como que quería hacer la mía ya y... Como que me sentía más segura como con las cosas que iba... [silencio] no sé investigando yo por mi cuenta que... Como que me parecían muy fríos los controles ¿viste? Viste como ‘Bueno, te tomo la presión, me fijo esto, bueno... No tuve, la verdad que como que... no me preguntaba ‘¿Y cómo te sentís con tu bebé?’ Como... te pueden preguntar cómo es la relación con tu bebé. No ‘¿está tomando pecho? Bue [Hace la mímica de estar escribiendo, pregunta, baja la vista y ‘anota’] toma teta’ [risas]. En vez de preguntarte, ‘¿y? ¿cómo va? ¿Cómo es la relación? ¿Cómo te sentís? Como para poder explayar uno ¿viste? Lo que siente... Como que era muy conciso todo. ¿Toma pecho? Listo, toma pecho, próxima pregunta. Eh, no sé como todo muy viste ‘Cuánto pesa, cuánto mide’, todo muy numérico, muy conciso, como para llenar un formulario todo. Y todo lo otro viste... quedó afuera.”<sup>44</sup>

Los documentos producidos en el marco de la atención obstétrica condensan una mirada técnico-burocrática de las vidas de estas mujeres y sus hijos/as enmarcada en valores propios de la ciencia moderna: racionalidad, objetividad, inteligencia, dominio y control de la naturaleza.<sup>45</sup> La ciencia propone una forma de comprender el mundo, pero en este caso particular la atención obstétrica se legitima no solo sobre la base de argumentos técnico-científicos, ya que en su práctica, además, se halla implicado un imperativo moral.

<sup>43</sup> Villalta, 2013: 260.

<sup>44</sup> Entrevista a Valentina, Abril de 2014.

<sup>45</sup> Gordon, 1988.

En las Historias Clínicas vimos que se registran tanto “signos clínicos” como el actuar de estas mujeres de acuerdo a expectativas respecto de su desempeño en tanto “madres”. Ahora bien, si nos detenemos en el carácter en parte performático del registro, si nos preguntamos por estas prácticas rutinarias en tanto creadoras del dispositivo de atención obstétrica, podemos sugerir que “... el hecho de compartir cierto marco moral y clasificatorio orienta la acción...”.<sup>46</sup> Considerar como susceptible de ser documentado si la mujer-madre “limpia y cuida a su bebé” es un abordaje interpretativo en sí mismo que no solo orienta el acto de qué se observa, qué se registra y quién lo hace. Esta mirada interpretativa, es también, inevitablemente política.<sup>47</sup>

---

<sup>46</sup> Corrigan; Sayer, 2007: 53.

<sup>47</sup> Fonseca; Cardarello 2005.

## Bibliografía

- Bernardini, Estefanía (2013), "Una aproximación al estado terrorista: el caso del Hospital Posadas" en: *VII Jornadas de Investigación en Antropología Social*, FFyL-UBA, Buenos Aires.
- Corrigan, Philip; Sayer, Derek (2007) "Introducción a La formación del Estado inglés como revolución cultural", en: Lagos, María L.; Pamela Calla (comp.), *Antropología del Estado. Dominación y prácticas contestatarias en América Latina*, PNUD, La Paz.
- Cunningham, Gary F., et al. (2011), *Williams Obstetricia*, 23Ed., Mc Graw Hill Interamericana. México D.F. Traducción: Perez Tamayo Ruiz, Ana, et al.
- Da Silva Catela, Ludmila (2002), "El mundo de los archivos", en: Da Silva Catela, Ludmila; Jelin, Elizabethlin (comp.), *Los archivos de la represión: Documentos, memoria y verdad*, Siglo XXI, Madrid.
- Foucault, Michel (1996), *La vida de los hombres infames*, Altamira, La Plata.
- Fonseca, Claudia; Cardarello, Andrea (2005), "Derechos de los más y menos humanos", en: Tiscornia, Sofía; Pita, María Victoria (eds.): *Derechos humanos, policías y tribunales en Argentina y Brasil*, Antropofagia, Buenos Aires.
- Gilligan, Clara (2014), "La construcción médica del puerperio. Un análisis de bibliografía de obstetricia", en *Revista de Antropología Experimental*, Nº 14 (en línea). <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/view/1800/1558>.
- Good, Byron (2003), *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*, Bellaterra, Barcelona.
- Gordon, Deborah (1988), "Tenacious Assumptions in Western Medicine" en: Lock, Margaret; Gordon, Deborah (eds.), *Biomedicine Examined*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht/Boston/Londres.
- Ministerio de la Salud de la Nación Argentina (1997), "Atención del puerperio y prevención de las secuelas invalidantes del posparto", *Tomo V de la Propuesta normativa perinatal* (en línea). <http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/PUERPERIO.pdf>.
- Mora, Nazarena B. (2008), "El tratamiento burocrático y clasificación de personas desaparecidas (1976-1983)", en *Avá*, Nº 13, Universidad Nacional de Misiones, Posadas.

- Muzzopappa, Eva; Villalta, Carla (2011), "Los documentos como campo. Reflexiones teórico-metodológicas sobre un enfoque etnográfico de archivos y documentos estatales", en *Revista Colombiana de Antropología*, Vol. 47 (1), Bogotá.
- Nari, Marcela (2004), *Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires, 1890-1940*, Biblos, Buenos Aires.
- Uranga, Alfredo et al. (2010), *Guía para la atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia*, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud de la Nación Argentina (en línea). [http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/GUIA\\_Parto\\_Normal.pdf](http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/GUIA_Parto_Normal.pdf).
- Regueiro, Sabina (2013), *Apropiación de niños, familias y justicia. Argentina (1976-2012)*, Prohistoria Ediciones, Rosario.
- SabarraYrouse Oliveira, María José (2011), "Estrategias Jurídicas y Procesos Políticos en el activismo de los derechos humanos: El caso de la Morgue Judicial", en: *Lex Humana*, Vol. 3, N° 1, Universidade Católica de Petrópolis, Río de Janeiro.
- Tiscornia, Sofía (2008), *Activismo de los derechos humanos y burocracias estatales. El caso Walter Bulacio*, Editores del Puerto, Buenos Aires.
- Vianna, Adriana (2010), "Derechos, moralidades y desigualdades. Consideraciones a partir de procesos de guarda de niños" en Villalta, Carla (comp.), *Infancia, justicia y derechos humanos*, Universidad Nacional de Quilmes, Bernal.
- Villalta, Carla (2013), "Un campo de investigación: las técnicas de gestión y los dispositivos jurídico-burocráticos destinados a la infancia pobre en la Argentina", en *Civitas*, Vol. 13(2), Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.