

## PARTO RESPETADO Y BUENA MUERTE. ANÁLISIS ESTRUCTURAL DE DOS PROPUESTAS DE HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD

Catalina Kranner\* y Darío Radosta\*\*

*Summary:* The purpose of this article is to build a structural analysis of two proposals for the humanization of health-care that emerge as part of the criticisms made to the biomedical system starting the second half of the 20th century: respected childbirth and good death. Therefore, we make a brief historical review of the way in which biomedicine was constituted in western modernity as the only legitimate knowledge about the organic functioning of human beings, to show what the conditions of possibility of the analyzed proposals were emerged. Based on this, we will describe the structural characteristics of both, showing their similarities and differences, accounting how this type of conceptualizations are part of a process of humanization of health that is brewing in western societies from a set of directed criticisms to the biomedical system. For this, we will focus mainly on the slogans that various social and political movements conveyed against the excessive and futile use of technology in clinical work and the expropriation, by the health service, of the conjunct of practices and knowledge associated with childbirth and death (among other spheres of social life). Finally, we will approach these types of constructs in two health care contexts, such as a prenatal yoga workshop (in the case of respected childbirth) and a hospice institution (in the case of good death), as a way of understanding how these they make sense in the specific tensions that occur in social interaction.

*Keywords:* biomedicine; humanization of healthcare; respected childbirth; good death.

### Introducción

El desarrollo de la modernidad en las sociedades industriales, desde la Ilustración hasta la primera mitad del siglo XX, es reconocido como un momento de la historia de Occidente en el cual el conocimiento racional se impuso, diferenciándose de diversas tradiciones religiosas, como el nuevo patrón de entendimiento del mundo (Todorov, 2008). Este proceso de secularización llevó a que la ciencia moderna, basada en una epistemología positivista, se constituyera como el legitimador del orden social (Wainer, 2003). Las disciplinas que se encargaron de entender las diferentes manifestaciones de la conducta humana se vieron así mismo atravesadas por estas mo-

dificaciones, lo que provocó una unificación metodológica bajo los cánones del método científico. La práctica médica, fundada en el conocimiento proveniente de la biología, no escaparía a estas consideraciones.

Al encontrarse fundamentada en la racionalidad científica, la medicina supo gozar de una eficacia técnica que la llevó a constituirse como un saber legítimo sobre el funcionamiento orgánico de los seres humanos (Menéndez, 2003; Foucault, 2013; Martínez Hernández, 2008), un sistema de poder que se inscribiría en la biología y en el cuerpo (Esteban, 2006). Esta autoridad profesional sobre el cuerpo de los otros — los legos — (Freidson, 1978) la convirtió en un agente legítimo de explicación, diagnóstico

\* Instituto de Altos Estudios Sociales – Universidad Nacional de San Martín. E-mail: [krannercatalina@gmail.com](mailto:krannercatalina@gmail.com)

\*\* CONICET -Instituto de Altos Estudios Sociales – Universidad Nacional de San Martín. E-mail: [diradosta@gmail.com](mailto:diradosta@gmail.com)

y terapéutica de las enfermedades — que pasaron de ser consideradas desviaciones morales (como podía verse en la tradición hipocrática) a ser construidas exclusivamente como desviaciones biológicas (Menéndez, 1990; Conrad y Schneider, 1985; Conrad, 1982). La práctica médica se convirtió, bajo este entendimiento, en el ámbito de intervención propicio para contrarrestar los efectos nocivos de ciertas manifestaciones del organismo humano, entendidas ahora como “patologías”.

Algunas de las consecuencias de este desarrollo se vinculan con el “ensanchamiento” de la jurisdicción médica. Progresivamente, las diversas etapas claves de la existencia humana (nacimiento, alimentación, sexualidad y muerte, entre otras) comenzarían a ser incorporadas al interior del sistema biomédico, entendidas ahora como procesos orgánicos que deben ser controlados a partir de un conocimiento técnico específico (Lock y Nguyen, 2010; Conrad, 1982). Lejos de definir y controlar sólo los procesos mórbidos, la imposición de la biomedicina como saber hegemónico sobre el cuerpo se fundamentó en una normativización cada vez mayor de diferentes instancias de la vida social bajo un entendimiento biologizante de su funcionamiento (Menéndez, 2003). Al mismo tiempo, el marco positivista sobre el cual se funda el conocimiento racional del modelo biomédico generó una división de la persona que separó su carácter biológico de su experiencia subjetiva (Le Breton, 2012; Bonet, 1999), jerarquizando el primero por encima del segundo (el cual quedaría, terapéuticamente, en manos de la psicología). La práctica clínica eliminará del proceso salud/enfermedad/atención el entendimiento que el individuo hace de su

situación, en pos de priorizar las manifestaciones de un organismo “objetivo”, leídas a partir de índices que sistematizan la información de manera cuantitativa (Lefève, 2006; Menéndez, 2003; Good, 2003). Para mediados del siglo XX nos encontramos entonces con un modelo biomédico extremadamente etnocéntrico (Davis-Floyd, 2009), fisiológicamente orientado (Comelles y Martínez-Hernández, 1993), a-social, a-histórico, y basado en una relación médico/paciente asimétrica y subordinada, aspectos sintetizados en el concepto de Modelo Médico Hegemónico acuñado por Eduardo Menéndez (2003).

Si bien el impacto que este proceso ha tenido es, hasta cierto punto, inabarcable, quisiéramos centrarnos en este artículo en dos de estos momentos de la existencia humana que han entrado en la modernidad bajo la jurisdicción de la biomedicina: el nacimiento y la muerte. Lo que este trabajo se propone es analizar estructuralmente las propuestas de humanización de la atención en salud que surgieron en íntima vinculación con el parto y el morir, y como crítica a parte del esquema ideológico sobre el cual se sustenta el modelo biomédico. Para esto comenzaremos abordando en mayor detalle los procesos de medicalización del nacimiento y de la muerte en las sociedades modernas, mostrando cómo ambas dimensiones de la actividad humana se vieron interpeladas por una progresiva tecnificación y desaparición del cotidiano de la vida social. En segundo lugar, daremos cuenta de cómo las propuestas de humanización de la atención en salud encauzadas en los constructos de *parto respetado* y *buena muerte* surgen como parte de un conjunto de críticas hechas al modelo biomédico a partir

del contexto de posguerra — momento en el cual lo humano adquiere el estatus de valor absoluto en el entendimiento moral (Andorno, 2012; Andorno y Pelé, 2015) —. Para poder extraer las características estructurales de ambos constructos nos centraremos en analizar de forma sistemática algunas de las producciones científicas elaboradas al respecto, incorporando al mismo tiempo resultados de investigaciones empíricas de ambos autores que se encuentran ligadas a dos campos que se inscriben dentro del marco de propuestas de humanización del parto y del morir: el yoga prenatal y el moderno movimiento *hospice*. Entendemos que la búsqueda por entender de manera estructural los fenómenos que forman parte de la interacción social humana genera un insumo útil para la elaboración de modelos analíticos que permitan el desarrollo de estudios comparativos en un nivel abstracto (Schütz, 2003; Dumont, 1987; Menéndez, 1992), al ser estos una síntesis teórica que se fundamenta en las variaciones empíricas de los casos.

### **Medicalización del parto y el nacimiento**

Desde fines del siglo XIX, han prevalecido modelos mecanicistas de la salud y la enfermedad en la atención de los partos en las instituciones sanitarias (Arnau Sánchez, 2012). De manera tal que el parto atendido en un hospital tenía como fundamento la representación de la mujer gestante como mujer enferma que necesita de atención médica en el marco de una institución sanitaria, dando lugar a la etapa en la que se inicia la medicalización del parto, ya que progresivamente se impone un dominio absoluto del proceso por parte del aparato médico con

la consiguiente desposesión del control de la mujer sobre su propio cuerpo. Esta desposesión del control comenzaría ya desde el seguimiento del embarazo, a través de la tecnologización de los controles y la sistematicidad de estos. En la actualidad se privilegia el empleo de sofisticada tecnología, que, utilizada de forma rutinaria, como la ecografía, supone un aumento de control de la profesión médica. De esta manera, las vivencias y los juicios de las embarazadas sobre su estado son descartados mediante criterios “científicos” (Jordá y Bernal, 2010).

La medicalización del parto y el nacimiento será entendida como un proceso a partir del cual este “acto vital, restringido a las mujeres — abuelas, comadronas, parteras, familiares —, a sus saberes y prácticas, poco a poco fue siendo expropiado por la medicina científica” (Pozzio, 2013:1). En relación con esto, Robbie Davis-Floyd y Gloria St. John (2004) analizan la práctica médica en relación con el parto a partir de entender el paradigma de la medicina contemporánea como un *modelo tecnocrático*. Los principios básicos del *modelo tecnocrático*, al cual podríamos ubicar en un extremo del espectro del cuidado médico, son la separación mente-cuerpo, considerando al cuerpo como una máquina y resultando en la observación del paciente como un objeto, provocando el distanciamiento del médico de su paciente, marcado por una organización jerárquica y estandarizada del cuidado, dando por resultado la autoridad y responsabilidad inherente al médico; así como la sobrevaloración de la ciencia y la tecnología, las intervenciones agresivas, y la intolerancia a otras modalidades. Los hospitales despliegan y perpetúan estos valores porque sus jerarquías permiten que la

responsabilidad sea generalizada y difusa, de manera tal que muy pocas personas tienen el poder para alterar fundamentalmente el modo en que se hacen las cosas. El hospital, entonces, es una fábrica donde se elabora un producto: el recién nacido, en el marco de un proceso protagonizado y dominado casi completamente por la tecnología.

De este modo, la institucionalización de los partos bajo el modelo tecnocrático permite echar luz sobre su estandarización, como resultado de la necesidad de controlar la naturaleza que emerge de manera dominante a partir de la modernidad y se profundiza cuando la biomedicina se convierte en la manera hegemónica de atender a la salud de las personas (Davis-Floyd, 2009: 62). En otras palabras, las diferencias en las tradiciones culturales con respecto al momento del parto se fueron perdiendo como resultado de la atención altamente estandarizada y mediada por la tecnología que comenzó a centralizarse en los hospitales, primero bajo el control del Estado y luego también bajo el control de corporaciones o grupo económicos (clínicas y sanatorios privados). Este modo dominante de pensar la práctica de la obstetricia acompañó la subordinación de las parteras-mujeres a los médicos-hombres en atención y conducción de los partos de las mujeres. De esta manera, el sistema reproductivo de la mujer pasó a ser tratado como una “máquina de parir”, cuyo éxito queda garantizado por la experticia de técnicos y la eficiencia de las tecnologías y puede medirse concretamente por la disminución del riesgo de muerte o de lesiones graves en el momento del parto tanto de los neonatos como de las madres.

El parto aparece como una síntesis entre la

naturaleza y la cultura, ya que surgen deseos “naturales” como el pujar, mientras éste mismo sucede en un ámbito sociocultural determinado (Canevari Bledel, 2011). Así, observamos cómo la medicina transformó lo “natural” en una intervención humana que pone a la tecnología y los medicamentos al servicio de una apropiación del parto por parte del cuerpo médico que se encarga del mismo. El nacimiento en tanto hecho social y cultural, que involucra cuestiones emocionales y psicológicas en las que existe una individualización y una concentración en los procesos biológicos que suceden en el marco médico actual, desestabilizan la lógica cultural de la maternidad, en tanto que el énfasis está puesto en el éxito del parto. De este modo, los partos en las instituciones sanitaria siguen los preceptos de la medicalización en cuanto a que la posición de las parturientas es horizontal (ginecológica), se verifica el uso de medicación para acelerar la dilatación, se procede a la rotura manual de la bolsa, a los tactos vaginales frecuentes, a la dilatación manual y a la práctica de la episiotomía, entre otras.

### **Medicalización de la muerte y el morir**

La medicalización del final de la vida tuvo un profundo impacto en la forma en la que los individuos de las sociedades modernas comenzaron a vincularse con la muerte y con el morir (Ariès, 2008; 2011; Elías, 2009). Si la premodernidad es reconocida como una etapa de la historia de Occidente en la cual la muerte formaba parte del cotidiano de la vida social, durante la primera mitad del siglo XX la misma se alejará progresivamente de la vida diaria de las personas para alojarse de manera

paulatina en el hospital. Con la constitución de la biomedicina como el nuevo esquema de sentido a través del cual deben ser entendidos los cambios en las funciones orgánicas de los seres humanos, la muerte, y con ella el trato hacia los moribundos, se verá interpelada por nuevos saberes y tecnologías que modificarán sustancialmente la forma en la que es entendida. El saber médico, sustentado en la legitimidad del discurso científico, se volverá el instrumento idóneo para el control de los procesos vitales. En consecuencia, el hospital (y ya no la casa) pasará a ser el lugar en el cual se configure socialmente el final de la vida.

En este nuevo esquema se dará una “desaparición higiénica de los moribundos” (Elías, 2009: 49) de la vista de los vivientes, con el objetivo de esconderlos tras las bambalinas de la vida social. La represión social de la muerte producto del empuje civilizador (Elías, 2011) genera que las personas no puedan relacionarse con los moribundos debido a que eso les haría patentes ideas sobre la muerte propia que han reprimido. La muerte de los otros se presenta como un signo premonitorio de la propia muerte, al mismo tiempo que se vuelve, para la empresa médica, un límite en su búsqueda por controlar los procesos naturales que rigen el cuerpo humano. Representantes de aquello que la modernidad no quiere ver de sí misma (Le Breton, 2012), los moribundos sufrirán el abandono de una sociedad que, antes del cese total de sus funciones biológicas, ya los trata como si no pertenecieran al mundo de los vivos — lo cual será conceptualizado, tanto por Thomas Louis-Vincent (1991) como por Glaser y Straus (1965), como un proceso de *muerte social* —. Esta *liminaridad* del moribundo

(Turner, 2020) explica en parte su carácter contaminante frente al conjunto de la totalidad social, dada la ambigüedad ontológica a la que conlleva su existencia: seguir sosteniendo parte de las funciones vitales que hacen a la *persona* — en el entendimiento que los modernos hacen de ella (Taylor, 2006) — y al mismo tiempo haber perdido las funciones sociales que la constituyen.

Sumado a esto, el progreso tecnológico al cual se vio sometida la biomedicina llevó a redefinir los criterios para considerar muerta a una persona. La introducción del respirador artificial y el desarrollo del trasplante de órganos generaron la posibilidad (y necesidad) de mantener “con vida” a aquellos que se encontraban en estado de coma irreversible (Reiser, 1984). La muerte pasará a ser una “muerte intervenida”, que dependerá de las decisiones que se tomen en el contexto de la asistencia hospitalaria, en relación con las tecnologías existentes en el mantenimiento del soporte vital (Gherardi, 2006). La adecuación del uso de dispositivos tecnológicos en el cuidado en final de vida, como forma de evitar el encarnizamiento terapéutico —entendido como el prolongamiento indebido de la vida de una persona a partir de intervenciones clínicas fútiles (Gherardi, 1998) —, será una constante en los debates éticos de la segunda mitad del siglo XX.

Para finales de la Segunda Guerra Mundial nos encontramos con un panorama en el cual la muerte se ha vuelto propiedad exclusiva de la medicina. Ésta se aleja, no solo del ámbito religioso, sino también de la cotidianidad de las personas y de la vida social en general. Los moribundos pasarán a representar en esta época el fracaso del progreso técnico que prometía

acabar con la totalidad de las enfermedades, ya que la práctica clínica, volcada completamente hacia la cura (Pfeiffer y Molinari, 2013), va a encontrar el límite de su eficacia en estos pacientes fuera de toda posibilidad terapéutica. En este contexto surgirán diversas iniciativas ético-políticas, tanto por dentro como por fuera del sistema sanitario, que se encargarán de denunciar el trato (o destrato, en realidad) que la biomedicina daba a los moribundos: entre las cuales se encuentran la bioética (Luna y Salles, 2008), los movimientos en favor de los derechos del paciente - concentrados mayoritariamente en los pedidos de eutanasia - y el moderno movimiento *hospice* (1) (Radosta, 2019). El foco de las críticas estará puesto tanto en la creciente tecnificación de la cual era objeto la medicina, lo cual fue entendido como una pérdida de los componentes humanos en favor del conocimiento científico (y categorizado como una actitud *deshumanizante*), como en la expropiación que esta ha hecho de la muerte de las personas, las cuales dejarán de ser dueñas de su propio proceso de morir — al establecerse una relación médico/a-paciente catalogada como *paternalista* (Gert, Clouser y Culver, 1996) —.

### **El nacimiento y la muerte en el contexto de humanización de la salud**

Del recorrido hecho en los apartados anteriores podemos extraer la siguiente conclusión. Si bien existen características específicas respecto a los procesos de medicalización del nacimiento y la muerte (2), la incorporación de los momentos claves de la existencia humana al interior del ámbito biomédico ha sido trans-

versal al conjunto de la vida social, y presenta por tanto características estructurales comunes en ambos casos. En este sentido, hemos podido ver cómo uno y otro, nacimiento y muerte, fueron alejados de la cotidianeidad de los saberes populares de los individuos para pasar a formar parte de un dominio específico del saber profesional del modelo biomédico (único capaz, de aquí en adelante, de definirlos y controlarlos). Al mismo tiempo, el desarrollo tecnológico propio de las sociedades modernas, vinculada a la identificación de la biomedicina con la racionalidad científica, generaron una tecnificación del nacimiento y de la muerte. Ambos procesos se verán intervenidos por un conjunto de maquinarias diseñadas para el control y manejo de las funciones orgánicas, representadas por índices cuantitativos “objetivos” que eliminan el rol de la experiencia subjetiva de la persona del proceso salud/enfermedad/atención.

Un cambio fundamental en el contexto de posguerra sentará las bases para la vehiculización de diversas críticas al sistema sanitario. Frente a las atrocidades llevadas a cabo por el nazismo, se volvió necesario construir una nueva comunidad moral a partir de apelar a una humanidad compartida. La dignidad humana se volvió un término que, si bien carecía en ocasiones de contenido específico (Mattson y Clark, 2011), dotaba a las personas de un valor intrínseco absoluto, solo por el hecho de ser personas (Andorno y Pelé, 2015; Badcott y Leget, 2013). Esto se verá reflejado en el desarrollo de normativas a nivel internacional que buscarán proteger la integridad de los individuos, tales como la Declaración de Helsinki o la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Luna y Salles, 2008). A partir de esto la división

entre lo humano y lo inhumano pasó a ser un esquema de entendimiento para la apreciación de la conducta ética en la atención en salud. El énfasis en el carácter subjetivo de la existencia humana fue un puntapié fructífero para la canalización de demandas que apuntaban a desestructurar la “inhumanidad” del modelo biomédico, que entendía a la persona únicamente a partir de sus dimensiones biológicas. Esto permite entender, en parte, el hecho de que los movimientos sociales y políticos que han criticado la medicalización del nacimiento y de la muerte hayan hecho énfasis, a grandes rasgos, en los mismos componentes. A partir de esto surgieron conceptualizaciones que buscaron sintetizar los rasgos de lo que sería entendido como una búsqueda por humanizar el sistema de salud, tales como “parto respetado”, “parto humanizado”, “parto no medicalizado”, “buen morir”, “buena muerte” o “muerte digna”. Estas nociones tomaron el lugar de constructos sociales dirigidos a diferenciar cualitativamente los tratos aceptables de los inaceptables en el desarrollo de la vida de las personas — lo digno de lo indigno — (3), vinculados específicamente con la relación médico/a-paciente al interior del sistema sanitario. Para el desarrollo del artículo utilizaremos únicamente las nociones de *parto respetado* y *buena muerte*, entendiendo que engloban a sus análogos, aun habiendo matices entre ellos. Esto hará que la lectura del escrito sea más sencilla de llevar adelante.

Las narrativas en torno a la elección de un *parto respetado* buscan situar a la mujer como naturalmente capaz de dar a luz exitosamente sin estar bajo la vigilancia de las intervenciones y tecnologías médicas de las instituciones hospitalarias (Macdonald, 2006). De este modo, los

actores sociales cercanos a la defensa del *parto natural* tienen como uno de sus principales objetivos, en contraposición a la tendencia de la medicina moderna, prestar atención al bienestar emocional de las mujeres embarazadas y dejar que sean ellas quienes guíen el proceso de parto, por ejemplo, eligiendo la postura en la que quieren parir (Bellón Sánchez, 2015). Al mismo tiempo, los componentes de una *buena muerte* incluyen factores asociados a la reapropiación del proceso de morir por parte de la persona enferma, así como también de sus familiares. Entre estos se encuentran el “estar en control de la situación” (Kehl, 2006) y el llevar a cabo una toma de decisiones clara a partir del manejo de la información relativa al estado de la enfermedad (Steinhauser et al, 2000). Un *parto respetado* y una *buena muerte* requieren, además de tener en cuenta los deseos y preferencias de las personas involucradas (Diniz, 2005; Kehl, 2006), que el sistema de salud haga partícipes de estos desarrollos a quienes los experimentan (y que, al considerarlos *legos*, negó posibilidad alguna de injerencia).

Por otro lado, se encuentran las críticas al uso excesivo y/o indebido de la tecnología médica. Algunas corrientes alternativas de profesionales de la salud a favor del *parto respetado* conceptualizan y divulgan la investigación acerca de cómo la atmósfera del parto es crucial para garantizar la secreción hormonal natural (en especial de oxitocina) por parte de las mujeres, permitiendo un parto y postparto menos traumático y problemático, tanto para la parturienta como para el neonato. La asistencia despersonalizada, carente de privacidad y tecnológicamente monitoreada, aparece desde esta perspectiva como un factor clave en la obstacu-

lización de la relajación necesaria para liberar las hormonas naturales durante el trabajo de parto (Odent, 2007). Dentro de las concepciones de una *buena muerte*, por otra parte, aparecen características como el adecuar el uso de la tecnología con el fin de generar una “muerte apropiada” (Kehl, 2006), y consideraciones respecto a cómo la pérdida de dignidad en el final de la vida se encuentra vinculada con el prolongamiento de un estado terminal o vegetativo a través del uso inadecuado de aparatos médicos (Proulx y Jacelon, 2004). Podemos ver que ambas nociones, *parto respetado* y *buena muerte*, se encuentran construidas en función de lo que se entiende como un parto y muerte “naturales”, esto es, disminuyendo, en la medida de lo posible, la cantidad de intervenciones médicas que se realizan sobre el cuerpo en ambos procesos.

Sin embargo, como forma de entender la complejidad de estos constructos, cabe destacar que no representan un rechazo total al sistema biomédico. Tanto en el *parto respetado* como en la *buena muerte* la intervención de la biomedicina es entendida, en determinados aspectos, como necesaria y, en ocasiones, como deseable. Dentro de las propuestas de humanización del parto se propone como un deber de los establecimientos sanitarios el recibir con afecto a la mujer, a sus familiares y al recién nacido. Esto requiere una actitud ética y solidaria por parte de los y las profesionales de la salud y la organización de la institución, en pos de crear un clima agradable, instituyendo rutinas hospitalarias que rompan con el tradicional aislamiento impuesto a la mujer durante el parto. Parte de estas propuestas continúan entendiendo el hospital como el lugar óptimo para

el nacimiento, al mismo tiempo que impulsan la adopción, por parte del sistema biomédico, de medidas y procedimientos beneficiosos para el acompañamiento de este proceso (Arnau Sánchez et al, 2012). Las definiciones de lo que hace a una *buena muerte*, por otro lado, se encuentran atravesadas por la necesidad del paciente de “estar confortable”, lo cual es entendido en relación directa con el control global y eficaz de la sintomatología de la enfermedad, con énfasis en el manejo del dolor (Kehl, 2006; Steinhauser et al, 2000).

Aun estando ambas nociones atravesadas, como crítica al uso excesivo de tecnología, por ideas de un parto y una muerte “naturales”, esta construcción de lo natural se lleva a cabo en un contexto en el cual la práctica clínica continúa manteniendo algún grado de eficacia — y detentando el poder sobre los cuerpos de las personas — (4). Lejos de ser propuestas antitéticas al sistema biomédico, el *parto respetado* y la *buena muerte* aparecen como construcciones vinculadas a modificaciones políticas, éticas y sociales que se dan en la segunda mitad del siglo XX, y que fueron sintetizadas por Davis-Floyd (2009) como un paradigma de la medicina contemporánea basado en un *modelo humanista*. Este modelo se define por la búsqueda de la conexión entre el cuerpo y la mente, ya que ve al cuerpo como un organismo y al paciente como un sujeto relacional, estableciendo una conexión y cuidado amable entre el profesional de la salud y el paciente, y donde la ciencia y la tecnología están equilibradas con el humanismo, dando lugar a una apertura mental hacia otras modalidades de intervención. Es a partir de este trasfondo de valorización de lo humano (cuyo sentido es

también construido socio-históricamente) que se gestan propuestas como el *parto respetado* y la *buena muerte*, buscando, entre otras cosas, que quienes experimentan el parto y la muerte sean los protagonistas del proceso, priorizando la interconexión entre individuos — sean familiares o profesionales de la salud — por sobre la intervención despersonalizada que genera el uso excesivo de tecnología.

A continuación, presentaremos algunas situaciones etnográficas propias de los campos de ambos autores, con el objetivo de mostrar cómo estas ideas de *parto respetado* y *buena muerte* cobran sentido en contextos específicos, a partir de la interacción de diferentes actores.

### **El yoga prenatal como búsqueda de un parto respetado**

A continuación, se presentarán algunos de los resultados obtenidos a partir de un trabajo de campo etnográfico llevado a cabo entre 2016 y 2018 para la elaboración de una tesina de licenciatura (Kranner, 2019). El objetivo de esta investigación fue analizar los sentidos de la práctica de yoga prenatal en un grupo de nueve mujeres embarazadas que realizaron el seguimiento de sus embarazos y tuvieron sus partos en instituciones médicas privadas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para ello se realizó observación participante durante las prácticas, así como también en otras actividades y contextos como consultas médicas con obstetras y/o parteras en instituciones de salud, charlas de cuidado al recién nacido o de lactancia.

En este sentido, y desde la perspectiva de los actores bajo estudio, el parto aparecía como un

momento emblemático entre los deseos de las mujeres embarazadas y los protocolos encarnados por la biomedicina. Por un lado, las mujeres en la investigación apelaban y buscaban tener un “parto natural”, entendido como el parto por vía vaginal y un “parto respetado”, según lo que plantea la Ley N°25.929, que establece que todas las instituciones de salud, públicas o privadas, deben informar todas las intervenciones que se realizarán durante el parto, y que las mujeres deben ser tratadas con respeto y de manera individual y personalizada durante el proceso; en contraposición con la “violencia obstétrica”, término que apareció por primera vez en las recomendaciones de las Tecnologías Apropriadas para el Parto publicadas por la OMS en 1985 (*Appropriate Technology for Birth*, WHO, 1985), como “un tipo de violencia basada en género que implica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres [...] este tipo de actuaciones incurren en la patologización del cuerpo de las mujeres embarazadas, la medicalización de sus procesos reproductivos y en tratos deshumanizados y en contra de su integridad” (Bellón Sánchez, 2015: 93, 94). Entre sus testimonios, las interlocutoras marcaron no conocer esta ley hasta ya entradas en el embarazo, suceso a partir del cual comenzaron a informarse en profundidad. La existencia de la ley es considerada como una posibilidad para reconocer y evitar las

prácticas de “violencia obstétrica”, con el fin de transitar un parto considerado “respetado” por el sistema de salud.

En este sentido, las reconstrucciones de los partos que brindaron las interlocutoras y las que surgieron de las entrevistas a los profesionales que las atendieron, pusieron en evidencia prácticas altamente simbólicas que reposicionan a la parturienta como enferma, doliente, emocionalmente desbordada y dependiente de la seguridad y las garantías de éxito que la institución sanitaria materializa. El parto hospitalario, como bien señala Davis-Floyd (2009), aparece como un proceso que tiene lugar en una serie de prácticas rituales, muchas de las cuales transmiten el mismo mensaje de maneras distintas. La bata de hospital abierta y que deja al descubierto parte del cuerpo, el brazalete de identificación, el fluido intravenoso, la cama en la que la colocan. Todos transmiten a la parturienta la idea de que depende de la institución. De este modo, desde la perspectiva de estas mujeres embarazadas, la práctica de yoga prenatal podía constituir una válida estrategia de resistencia al *modelo médico hegemónico* (Menéndez, 2003) durante el parto. Esto se fundamenta en que las principales motivaciones que las condujeron a esta actividad se centraban en la búsqueda de una preparación emocional y corporal, que les permitiera lograr un parto con la menor intervención médica posible (especialmente en el plano farmacológico) y un estado de mayor “conciencia”, es decir, un mayor protagonismo por parte de ellas, tanto en el plano corporal como en las decisiones a tomar durante el proceso. Saizar y Bordes (2014) clasifican el yoga como un tipo de medicina alternativa o no convencional, por oposición

a la biomedicina. En este sentido, las autoras esclarecen cómo la combinación, selección y/o utilización alternativa de prácticas convencionales biomédicas y no convencionales remite a cómo se concibe el ser humano y sus acciones en relación con el resto de los seres del universo. De este modo, las terapias alternativas son consideradas disciplinas holísticas por quienes las practican, tanto usuarios como especialistas. La idea de holístico, entonces, refiere a la percepción del ser humano como un microcosmos inmerso en un cosmos global, donde cada acción del individuo incide sobre la totalidad de los planos de su existencia y, al mismo tiempo, influye y es influido por el devenir del universo.

Desde la perspectiva de los actores es esta la cualidad que diferencia al yoga prenatal de las prácticas de la biomedicina, que son consideradas muchas veces parciales y agresivas (Saizar y Bordes, 2014: 17). El embarazo, entonces, es transitado como una preparación para el parto y el puerperio, siendo este tipo de prácticas las que las ayudan a empoderarse, como herramientas que utilizarán para contrarrestar la medicalización del parto como práctica normativa en las instituciones de salud contemporáneas (Davis-Floyd, 2009). Según ellas, lo aprendido les permitiría tener un mejor manejo o control sobre sus cuerpos durante el parto y transitarlo como una experiencia consciente. Esto dio posibilidad de ahondar en la hipótesis de que el acercamiento a prácticas prenatales de yoga está relacionado con la búsqueda de otras formas de sentir, comprender y “escuchar” los cuerpos (especialmente sus transformaciones y sus dolores) durante el embarazo, con el objetivo de lograr una experiencia del parto

controlada por ellas mismas de manera consciente, logrando, en sus propios términos, un parto “natural”.

Cabe destacar aquí que el parto “natural” era entendido por ellas como “*el parto “ideal” o “esperado”*”, cuya óptima preparación constituía una de las finalidades más importantes de la práctica de yoga. En sus testimonios aparecen menciones a charlas con los obstetras en las cuales las parturientas marcan su deseo de tener un “parto natural”, definido como aquel con la “*menor intervención médica posible*”, “*sin anestesia, sin dilatación artificial*”, en un “*lugar tranquilo*”, con el objetivo de que se dé un desarrollo “*natural*” del cuerpo asociado a la liberación de hormonas. Por otro lado, aparece el miedo a la cesárea, debido a las secuelas que puede provocar en relación con el dolor y las cicatrices. El “parto natural” aparece construido como una conexión específica con el cuerpo a partir de la cual uno “*le confía*” el proceso del parto, ya que éste sabe instintivamente (de aquí se deriva parte de lo “natural”) lo que tiene que hacer (entrevista a practicante de yoga prenatal, madre primeriza, noviembre de 2017).

Esta visión de lo “natural”, al mismo tiempo, es confirmada y promovida por las instructoras o conductoras de los talleres de yoga, para quienes no se presenta en contradicción con el hecho de tener un parto en un contexto hospitalario. Las prácticas del yoga son entendidas como una herramienta de ayuda en el trabajo de parto, útiles para el desarrollo de un proceso “*más natural y sin tanto dolor*”. En las charlas sobre lactancia materna, sin embargo, la idea de la “*capacidad natural de tener partos por vía vaginal*” en las mujeres se complementaba con el uso de fármacos para acelerar la dila-

tación o controlar el dolor, marcando que su uso dependerá de cada caso, de “*cómo [cada una] se encuentre o se sienta en el momento de parir*” (R/C, charla de lactancia materna para practicantes de yoga prenatal, agosto de 2017). En síntesis, lo expuesto permite dar cuenta de la manera en la cual, entre las expectativas y los discursos de las mujeres, se construye la idea de un parto “natural” como controlado por ellas mismas, relajado, sin ansiedad y hasta incluso sin dolor, donde la “*respiración profunda*” y las “*técnicas meditativas*” aprehendidas en las clases son los instrumentos fundamentales para lograrlo. La operación cesárea, en contraposición y como epítome de la intervención biomédica y tecnocrática, era concebida para ellas como un parto invasivo, donde la experiencia consciente del mismo se sentía como arrebatada por una intervención rápida, no sentida en y por el cuerpo y controlada por otros. En este caso, la tecnología y los medicamentos terminan por apropiarse del parto de las mujeres y desplazando el énfasis de la dimensión social y cultural del mismo, para apuntarlo en el éxito de los procedimientos (Canevari-Bledel, 2011). En el marco de la investigación se hizo evidente que el control ejercido por las instituciones sanitarias privadas fue aplicado sistemáticamente a través de la rutina de los controles durante el embarazo, de manera tal que terminó siendo naturalizado por las mujeres. Las mismas, al llegar al momento del parto, dieron cuenta de cómo este se impuso definitivamente en sus cuerpos y emocionalidades. Para los profesionales que encarnan la perspectiva del sistema biomédico, el parto también se presenta como un momento de máxima vigilancia y protocolización, para garantizar que el nacimiento

ocurra exitosamente, minimizando los riesgos tanto para el recién nacido como para la mujer (en particular, en lo que concierne la garantía de la continuidad de su vida reproductiva) y en el tiempo óptimo establecido (no más de 24 horas).

Con esta reconstrucción de testimonios buscamos dar cuenta cómo en la construcción de un *parto respetado* se conjugan diferentes perspectivas, sin contradecirse necesariamente. Esto confirma la posibilidad, por un lado, de empoderamiento desde la perspectiva de las mujeres y, por otro, la gestión biomédica de los cuerpos gestantes durante el parto. El grupo de mujeres bajo estudio buscó un espacio que les brindara una atención más integral (incluyendo los aspectos emocionales y sociales) durante sus embarazos, como el taller de yoga prenatal, donde socializaban sus estados emocionales y trabajaban su empoderamiento frente al parto medicalizado. Llegado el momento tan esperado, las herramientas aprendidas servirían para hacerlas sentir seguras de haber construido y consolidado la expectativa de tener “un parto natural” o respetado, aunque en el marco de instituciones sanitarias cuyas prácticas y protocolos continúan respondiendo a un *modelo tecnocrático* (Davis-Floyd, 2009).

### **El cuidado *hospice* como búsqueda de una buena muerte**

A continuación, se presentarán algunos de los resultados de un trabajo de campo etnográfico desarrollado en una institución *hospice* de Argentina entre el 2014 y el 2019, como parte de una investigación para el desarrollo de una tesis doctoral. Algunas aclaraciones para que la

lectura sea fácilmente comprensible: un *hospice* es, a grandes rasgos, una institución dedicada al cuidado de personas con enfermedades amenazantes para la vida que se encuentran en final de vida, en especial aquellos que no cuentan con recursos, sea económicos o humanos, para ser cuidados en sus casas o en el hospital. Este cuidado es llevado a cabo mayoritariamente por voluntarios, en conjunto con profesionales de la salud, y se encuentra fundado sobre las bases de la filosofía proveniente del moderno movimiento *hospice*. Esta filosofía busca promover un cuidado humanizado en el final de la vida que tenga en consideración factores tales como el respeto por la autonomía de la persona enferma (siendo sensibles a sus gustos y deseos), el desarrollo de un trato personalizado y la incorporación de la familia como parte de la unidad de cuidado. Esta práctica de cuidado suele ser comúnmente denominada como *cuidado hospice*. Como se verá, igualmente, estas ideas suelen verse tensionadas en el cotidiano de la labor institucional.

Uno de los primeros puntos a destacar en relación a las consideraciones que hacen a una *buena muerte* dentro del *hospice* tiene que ver con entender la muerte, antes que como un evento, como un proceso. En ocasiones los voluntarios y voluntarias dentro de la institución intentan alejarse de la idea de la eutanasia como una muerte digna, lo cual fue un punto clave de los movimientos en favor de los derechos del paciente, en especial en lo concerniente al derecho a morir cuando uno lo elige. Criticando esta idea, prefieren hablar de una vida digna hasta el momento de morir, lo cual se llevaría a cabo a partir de un acompañamiento que respete a la persona entendida como un todo. La muerte es

vista como un proceso, al mismo tiempo que la eutanasia es rechazada institucionalmente por ser considerada, en vez de una muerte digna, como una “*muerte rápida*” (fragmento de nota de campo, agosto de 2018) en la cual existen factores del sufrimiento existencial que no están siendo controlados eficazmente. La idea de una muerte natural aparece aquí, antes que como una “no intervención” en el trascurso de la enfermedad, como un equilibrio entre un cuidado personalizado y un confort sintomatológico.

Al mismo tiempo la *buena muerte* se construye a partir de la idea de una preparación en el trascurso de la vida, lo cual permitiría afrontarla de forma pacífica. Los voluntarios de la institución, y principales cuidadores, suelen discriminar la experiencia de la muerte de las personas enfermas entre aquellos que aceptaron su situación y aquellos que no. Las primeras son entendidas como un “morir bien”, un morir en el cual la persona enferma pueda aceptar lo que está sucediendo y, por tanto, irse en paz. Esta aceptación, sin embargo, requiere de un proceso constante de reflexión, construyéndose un sentido productivo del final de la existencia (Menezes, 2008). Contraponiéndose a la idea de la muerte como un tabú, propio de las sociedades modernas, los voluntarios comentan que suelen pensar en su propia muerte como manera de poder afrontarla cuando llegue, ya sea reflexionando al respecto o hablando con sus familiares acerca de lo que querrían que sucediera cuando llegue ese momento. Incluso relacionan su experiencia como voluntarios en un *hospice* con un acostumbamiento a la idea de morir: “[la muerte] es una cosa que una vez por semana por lo menos solemos ver”

(fragmento de nota de campo, agosto de 2018). Este sentido de lo que es un buen morir, en ocasiones, genera que el cuidado de la persona enferma adquiera un carácter normativo, proyectándose sobre ella ideas de una *buena muerte* que son propias de la filosofía institucional (y que quien está enfermo suele no conocer). Durante una de las charlas del equipo de cuidado, en relación a la situación de una de las personas enfermas que se encontraban en la institución, se habló respecto de la utilización de la televisión como forma de entretenimiento. Esta persona contaba con un alto grado de movilidad e independencia, lo que le permitía pasar la mayor parte de sus tardes viendo la “tele” en el living. Uno de los integrantes del equipo de cuidado comentó que esto evitaba que la persona elaborara su proceso de aceptación de la muerte, ya que lo distraía de cualquier reflexión posible. Otro de los integrantes disintió. Para éste, la televisión formaba parte de la vida de la persona previa al diagnóstico de una enfermedad terminal y, por tanto, verla implicaba una conexión con lo que era su vida (y lo que él era en ella). El estar entretenido podría ayudarlo a “olvidarse” de sus padecimientos (fragmentos de nota de campo, febrero de 2019). Aquí el ideal de una *buena muerte* aparece subordinado a aquello que los cuidadores interpretan como “el mejor interés del paciente” (Alonso, 2012), condicionando la forma en la que se lleva a cabo el cuidado de la persona enferma, y actuando de forma prescriptiva sobre su proceso de morir — al mismo tiempo que entra en tensión con otras características de lo que, desde la filosofía *hospice*, se entiende por un buen morir, aquella que marca la necesidad de respetar la autonomía de

la persona enferma (en el caso de que quiera pasar toda una tarde viendo la televisión) —. Otro punto fundamental en relación a las ideas de una *buena muerte* dentro de la filosofía *hospice* tiene que ver con el incorporar a la familia como parte de la unidad de cuidado, promoviendo el cuidado familiar — característica que Kehl (2006) marca como constitutiva de la *buena muerte* —. Sin embargo, el rol que cumplen los familiares de la persona enferma en relación a su incorporación a esta unidad de cuidado también suele ser un foco de tensiones, ya que éstos por lo general no llevan incorporados los preceptos de la filosofía institucional. En una ocasión en la cual los familiares de una de las personas enfermas en la institución se encontraban almorzando en el jardín mientras ésta estaba en su cama, varios de los voluntarios hicieron alusión al hecho de que estas personas solían pasar poco tiempo con su familiar. “Esto”, marcó una voluntaria señalando la situación, “a [la persona enferma] no le sirve” (fragmentos de nota de campo, marzo de 2018). El familiar, como parte de la unidad de cuidado, adquiere desde la lógica institucional un rol participativo, que los voluntarios hacen notar en el caso de que éste no se cumpla. El respeto por la autonomía del otro — como constitutivo de una *buena muerte* — también entra en tensión con la promoción del cuidado familiar, por ejemplo en casos en los cuales se ha tenido que limitar la cantidad de visitas familiares a uno por vez por encontrarse otra persona enferma dentro de la habitación (a excepción de una, el resto las habitaciones — cuatro — son compartidas entre dos personas). Finalmente nos encontramos con la relación existente entre las diferentes posibilidades de

intervención médica y el respeto por los deseos de la persona enferma. Una *buena muerte* requiere una “muerte apropiada” (Kehl, 2006), en la cual se haga un uso de la tecnología médica que sea acorde a los deseos de la persona enferma. Un caso etnográfico ilustra esto de manera certera. Se encontraba en la institución una persona con un pronóstico de vida muy limitado, para la cual la quimioterapia había dejado de ser una posibilidad debido a la debilidad que presentaba su cuerpo. Sin embargo, y en contra del pronóstico clínico, esta persona decidió someterse a una última quimioterapia para vivir tan sólo veinte días más. El motivo estaba lejos de tener relación con la esperanza de una cura milagrosa: su nieta estaba por nacer y, antes de morir, quería poder despedirse de ella — lo cual felizmente logró — (fragmentos de nota de campo, agosto de 2018). Antes que como un encarnizamiento terapéutico, esta situación fue vivida en la institución como una muestra del respeto hacia la autonomía de la persona enferma, priorizando sus deseos aun por sobre la “locura” (tal como la definió irónicamente parte del equipo de cuidado) de hacerse una quimioterapia en esas condiciones. La tecnología médica puede verse como humana o inhumana dependiendo de la función que cumpla en relación a la trayectoria de vida de la persona enferma y la filosofía institucional, y no como un componente inherentemente negativo de la práctica clínica. De esta forma, vemos que la *buena muerte* no se corresponde necesariamente con una crítica al uso de tecnología (Alonso, 2012), sino a su uso indebido, esto es, sin consideración de las especificidades del contexto.

### Palabras finales

El análisis comparado de estas dos propuestas permite situarlas en el contexto de procesos más amplios de la vida social, y en los cuales hacen sentido. En efecto, a partir de la segunda mitad del siglo XX las sociedades occidentales desarrollaron formas específicas de lazos morales basados en una humanidad en común, y a partir de los cuales se construyó la idea de una sacralidad de lo humano, fundamentada en la dignidad como condición intrínseca de la persona. Lo digno, lo humano, se volvió de esta manera el límite de lo concebible como deseable en el trascurso de la vida de los sujetos, en contraposición a aquellas prácticas y discursos que fueron definidos como inhumanos o deshumanizantes. La constitución de esta idea de lo humano, al mismo tiempo, se opuso al uso excesivo y desmedido de tecnología y a cualquier trato que no tuviera como fundamento el respeto por la autonomía de los otros, lo cual tuvo un impacto considerable en la forma en la que se llevaba a cabo la labor clínica al interior del sistema biomédico (donde cada vez más proliferaban relaciones paternalistas y una confianza en el progreso científico).

Fue a partir de estos esquemas de entendimiento que se gestaron las propuestas que hemos analizado, y que han buscado en conjunto reapropiarse de las instancias de la vida social (el parto y la muerte, en este caso) que durante la primera mitad del siglo XX habían caído bajo dominio de la biomedicina. La humanización de la salud construiría la base de estos constructos oponiendo al uso excesivo de tecnología una idea de lo “natural”, apelando a la mínima intervención clínica posible. Al mismo tiempo, el respeto por la autonomía de los otros, nuevo

corolario de la ética clínica de posguerra, obligaría a desarticular las bases paternalistas de la relación médico/a-paciente, integrando los saberes y experiencias de los pacientes en el proceso salud/enfermedad/atención. Al analizar estos constructos a la luz de los contextos específicos en los cuales son vehiculizados, sin embargo, se dio cuenta de la importancia de entenderlos como socio-históricamente anclados, ya que son siempre definidos en función de las múltiples perspectivas de los actores, generalmente tensionadas por la diversidad de ideas acerca de lo que hace tanto a un *parto respetado* como a una *buena muerte*.

### Notas

1. En otros escritos (Radosta, 2015; 2016; 2017; 2018) se ha profundizado sobre el desarrollo del moderno movimiento *hospice* en el país, entendido como una propuesta de cuidado humanizado en el final de la vida.
2. Como cuestiones relativas al género en el primer caso y al abandono producto de la ambigüedad ontológica que el lugar de los moribundos provoca en las sociedades modernas, en el segundo.
3. En este sentido Taylor (2006) da cuenta de cómo la dignidad se ha constituido en la modernidad como un *hiperbien*, funcionando como el límite de aquello que es plausible de ser aceptado como válido en el trascurso de la vida humana (o el patrón de referencia a partir del cual se miden los demás bienes).
4. Alonso (2013) marca a este respecto

cómo los Cuidados Paliativos pueden ser entendidos como una medicalización de los aspectos del cuidado en final de vida que van “más allá de lo clínico”.

## Bibliografía

Alonso, J.

2013 “Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida”, en: *Ciência&SaúdeColetiva*, 18 (9), pp. 2541-2548.

2012 “Contornos negociados del ‘buen morir’: la toma de decisiones médicas en el final de la vida”, en: *Comunic., Saude, Educ.* 16 (40), pp. 191-203.

Andorno, R.

2012 *Bioética y dignidad de la persona*. Madrid. Editorial Tecnos.

Andorno R., Pele A.

2015 “Human Dignity”, en: Ten Have H. (eds) *Encyclopedia of Global Bioethics*. Springer, Cham.

Ariès, P.

2008 *Morir en Occidente: desde la Edad Media hasta nuestros días*. Buenos

Aires. Adriana Hidalgo.

2011 *El hombre ante la muerte*. Buenos Aires. Taurus.

Arnau Sánchez, J.

2012 *Los conceptos de parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia*. Madrid. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana.

Badcott, D. y Leget, C.

2013 “In pursuit of human dignity”, en: *Med Health Care and Philos*, 16, pp. 933-936.

Bellón Sánchez, S.

2015 *La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica*. Madrid. Revista Dilemata.

Bonet, O.

1999 “Saber y sentir. Una etnografía del aprendizaje de la biomedicina”, en: *Physis. Revista de Saúde Colectiva*, 9 (1), pp. 123-150.

- Canevari Bledel, C.  
2011 *Cuerpos enajenados: experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Santiago del Estero: Barco Edita.
- Comelles, J. y Martínez-Hernández, A.  
2013 “De la antropología en la medicina a la antropología de la medicina”, en: *Enfermedad, cultura y sociedad*. Madrid. Eudema.
- Conrad, P.  
1982 “Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social”, en: *Psiquiatría crítica*. David Ingleby (Ed.). Barcelona. Editorial Crítica.
- Conrad, P. y J. Schneider  
1985 *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Columbus Ohio: Merrill Publishing Company.
- Davis-Floyd, R.  
2009 *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*. Buenos Aires: Creavida.
- Davis-Floyd, R. y Saint John, G.  
2004 *Del médico al sanador*. Buenos Aires: Creavida.
- Diniz, C.  
2005 “Humanização da assistência ao parto no Brasil: Os muitos sentidos de um movimento”, en: *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3), pp 627-637.
- Dumont, L.  
1987 *Ensayos sobre el Individualismo*. Madrid. Alianza.
- Elías, N.  
2009 *La soledad de los moribundos*. México: Fondo de Cultura Económica.
- 2011 *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. Madrid. Fondo de Cultura Económica.
- Esteban, M.  
2006 “El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista”, en: *Salud Colectiva*, 2 (1), pp. 9-20.

- Foucault, M.  
2013 *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica.* Buenos Aires. Siglo XXI Editores.
- Freidson, E.  
1978 “La construcción popular de la enfermedad”, en: *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado.* Península. Barcelona.
- Gert, B. Clouser, D. y Culver, C.  
1996 “Paternalismo”, en: *Perspectivas bioéticas.* 1 (2). Pp. 63-88.
- Gherardi, C.  
2006 “La muerte intervenida: una visión comprensiva desde la acción del soporte vital”, en: *Perspectivas Bioéticas.* 11 (20).  
1998 “Encarnizamiento terapéutico y muerte digna”, en: *Medicina,* 58, pp 755-762.
- Glaser, B. y Strauss, A.  
1965 *Awareness of Dying.* Chicago. Aldine.
- Good, B.  
2003 “El cuerpo, la experiencia de la enfermedad y el mundo vital: una exposición fenomenológica del dolor crónico”, en: *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica.* Barcelona. EdicionsBellaterra.
- Jordá, D y Bernal, Z.  
2010 *Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio.* La Habana. Revista Cubana de Salud Pública.
- Kehl, K.  
2006 “Moving toward Peace: An Analysis of the Concept of a Good Death”, en: *American Journal of Hospice and Palliative Medicine.* 23 (4) pp 277-286.
- Kranner, C.  
2019 *Del taller de yoga prenatal a la clínica privada. Una etnografía sobre los sentidos de la práctica de yoga durante el embarazo.* Tesina de

- licenciatura en Antropología Social y Cultural. IdAES/UNSAM.
- Le Breton, D.  
2012 *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.
- Lefève, C.  
2006 «La philosophie du soin», en: *Médecine et philosophie*. Université de Mons-Hainaut. Pp. 25-34.
- Lock, M. y Nguyen, V.  
2010 *An anthropology of Biomedicine*. Nueva Jersey. Wiley-Blackwell.
- Luna, F. y Salles, A.  
2008 *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- Macdonald, M.  
2006 “Gender Expectations: Natural Bodies and Natural Births in the New Midwifery in Canada”, en: *Medical Anthropology Quarterly*. 20 (2).
- Martínez Hernández, Á.  
2008 *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona. Anthropos Editorial.
- Mattson, D. y Gail Clark, S.  
2011 “Human dignity in concept and practice”, en: *Policy Sciences*. DOI: 10.1007/s11077-010-9124-0.
- Menéndez, E.  
2003 “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, en: *Ciencia & Saúde Coletiva*. 8 (1). Pp. 185-207.  
1990 *Morir de alcohol*. Ediciones de la Casa Chata. México.  
1992 “Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado y modelo de autoatención. Caracteres estructurales”, en: *La antropología médica en México*. México. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Menezes, R.  
2008 “Cuidados Paliativos: ¿aceptación

- social de la muerte?”, en: *Cultura y Religión*. 2 (1).
- Odent, M.
- 2007 *La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad*. Santa Cruz de Tenerife. OB STARE.
- OMS
- 1985 “Appropriate Technology for Birth”, en: *The Lancet*. Volume 326. Issue 8452. Pp. 436-437.
- Pfeiffer, M. y Molinari, L.
- 2013 “Relación médico-paciente: la bioética y el cuidado en medicina”, en: *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 13 (3), pp 152-155.
- Pozzio, M.
- 2013 *Una propuesta de “Parto Humanizado”, los discursos de los actores y el lugar (incómodo) de las mujeres médicas en el mismo*. Buenos Aires: VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social.
- Proulx, K. y Jacelon, C.
- 2004 “Dying with dignity: The good patient versus the good death”, en: *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 21 (2) pp 116-120.
- Radosta, D.
- 2015 *El cuidado hospice como cuidado integral de los moribundos. Un análisis etnográfico del cuidado de enfermos terminales en un hospice de la localidad de Olivos*. Tesina de licenciatura en Antropología Social y Cultural. IdAES/UNSAM.
- 2016 “Muerte social y terminalidad terapéutica en el marco del moderno movimiento hospice”, en: *Mitológicas*, XXXI, pp 41-53.
- 2017 “Devolverle al enfermo su entidad de persona. El cuidado hospice como dispositivo terapéutico” en: *Plural. Revista de la Asociación Latinoamericana de Antropología*.
- 2018 “Todo lo humano se desvanece en el aire. El Movimiento Hospice Argentina como propuesta de humanización de la salud”, en: *Etnografías Contemporáneas*. 4 (6),

- pp 191-212.
- 2019 “Reconstrucción histórica del surgimiento del moderno movimiento *hospice*”, en: *Scripta Ethnologica*. Vol. XLI. pp. 9-41.
- Reiser, S.
- 1984 “Misconduct and the Development of Ethics in the Biological Sciences”, en: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, N°3, pp. 499-505.
- Saizar, M. y Bordes, M.
- 2014 “Espiritualidad y otros motivos de elección de terapias alternativas en Buenos Aires (Argentina)”, en: *Mitológicas*, pp. 9-23.
- Schütz, A.
- 2003 “El sentido común y la interpretación científica de la acción humana” en: *El problema de la realidad social*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Steinhauser, K. et al
- 2000 “In Search of a Good Death: Observations of Patients, Families and Providers”, en: *Annals of Internal Medicine*, 132 (10), pp 825-832.
- Taylor, C.
- 2006 *Las fuentes del yo. La construcción de la identidad moderna*. Barcelona. Surcos.
- Thomas, L.
- 1991 *Antropología de la muerte*. Barcelona. Ediciones Paidós.
- Todorov, T.
- 2008 *El espíritu de la Ilustración*. Galaxia Gutenberg. Barcelona.
- Turner, V.
- 2020 “Entre lo uno y lo otro: el periodo liminar en los ritos de pasaje”, en: *La selva de los símbolos. Aspectos del ritual ndembu*. Buenos Aires. Siglo XXI Editores.
- Wainer, R.
- 2003 *Vivir muriendo-morir viviendo. Construcción profesional de la “dignidad”, la “esperanza” y el “aquí-ahora” en un equipo de Cuidados Paliativos*. Tesis de

Licenciatura. Licenciatura en Ciencias Antropológicas. Universidad de Buenos Aires.

institución *hospice* (para el caso de la *buena muerte*), como forma de entender cómo estos adquieren sentido en las tensiones específicas que se dan en la interacción social.

**Palabras clave:** biomedicina; humanización de la atención, *parto respetado*, *buena muerte*.

### Resumen:

El objetivo de este trabajo es hacer un análisis estructural de dos propuestas de humanización del cuidado de la salud que surgen como parte de las críticas realizadas al sistema biomédico a partir de la segunda mitad del siglo XX: el *parto respetado* y la *buena muerte*. Para esto haremos un breve recorrido histórico sobre la forma en la que la biomedicina se constituyó en la modernidad occidental como el único saber legítimo sobre el funcionamiento orgánico de los seres humanos, para mostrar cuáles han sido las condiciones de posibilidad en las que han surgido las propuestas analizadas. A partir de esto describiremos las características estructurales de ambas, mostrando sus similitudes y diferencias, dando cuenta de cómo este tipo de conceptualizaciones se inscribe en un proceso de humanización de la salud que se gesta en las sociedades occidentales a partir de un conjunto de críticas dirigidas al sistema biomédico. Para esto nos enfocaremos fundamentalmente en las consignas que diversos movimientos sociales y políticos vehiculizaron en contra del uso excesivo y fútil de tecnología en la labor clínica y la expropiación, por parte del servicio de salud, del conjunto de prácticas y saberes asociados al parto y a la muerte (entre otras esferas de la vida social). Finalmente abordaremos este tipo constructos en dos contextos de cuidado de la salud, como lo son un taller de yoga prenatal (para el caso del *parto respetado*) y una



