

Allan Rodríguez Artavia

Enfermero  
Ginecoobstetra y  
Perinatal, Doctorando  
en Estudios de la  
Sociedad y Cultura,  
UCR. Hospital San  
Vicente de Paúl.

✉ allanrodriguez.a@gmail.com

Recibido: 15/12/2015  
Aceptado: 20/03/2016

# La medicalización del cuerpo: un análisis Foucaultiano desde el nacimiento domiciliario al nacimiento intrahospitalario

*The Medicalization of the Body: a Foucauldian Analysis from Birth at Home to In-hospital Birth*

## RESUMEN:

El siguiente trabajo traza un recorrido por cuatro temáticas: a) la partería en el pasado, b) la evolución hacia las prácticas intrahospitalarias, c) la parturienta en el centro hospitalario y d) hacia la desmedicalización del cuerpo: una forma de humanización. Pretende desvelar cómo se articuló la práctica de la partería en el pasado hasta transformarse en lo que es hoy. A lo largo de su desarrollo se expone el proceso por el cual se fue introduciendo a la madre gestante al centro hospitalario y cómo una vez allí se medicalizó su cuerpo por medio de diferentes estrategias del poder disciplinario. Concluye planteando la necesidad de recobrar algunas de las prácticas de la partería domiciliario aplicables a los centros hospitalarios como estrategia de desmedicalización del cuerpo de las gestantes.

## ABSTRACT:

*The following essay outlines a journey through four topics: a) midwifery in the past, b) evolution towards intra-hospital practices, c) woman in labor at the hospital and d) towards the de-medicalization of the body, a form of humanization. It aims to reveal how the practice of midwifery in the past has articulated to become what it is today. Throughout its development it is shown the process by which the pregnant mother was introduced to the hospital and how, once there, her body was medicalized through different strategies of the disciplinary power. It concludes considering the need to regain some of the practices of at home midwifery, which are applicable to hospital centers, as a strategy for de-medicalization of pregnant women.*

## PALABRAS CLAVE:

Cuerpo, Medicalización,  
Partería, Poder, Disciplina,  
Hospitalario, Foucault

## KEY WORDS:

Body, medicalization,  
midwifery, power,  
discipline, hospital,  
Foucault



## INTRODUCCIÓN.

Desde tiempos remotos el oficio de la partería ha estado presente en la vida de las sociedades y los pueblos. En su evolución, la protagonista mujer conocida como “partera, matrona o comadrona”, generalmente era percibida como aquella especialista que había adquirido de sus antepasadas femeninas, o de la práctica, los conocimientos que no solo le permitían atender el parto, sino controlar todo el proceso de la gestación mediante la prescripción de dietas, masajes y consejos. Añadía además a sus labores, una vez confirmado el bienestar del niño naciente y la mejoría de la parturienta, un acompañamiento por unos días hasta lograr la recuperación completa del binomio (Malavassi, 2002).

No es por tanto indiferente, que Malavassi (2002) citando a Velázquez (1996) afirme que

*“...la partera integra con el curandero, el más primitivo, en sentido de primero, equipo de salud de la humanidad... la partera aparece desde el principio como una curandera especializada... con sus propias responsabilidades, destrezas y actitudes (...) La partería es (...) la primera especialidad ocupacional, coetaria de la medicina demonológica predecesora de las modernas obstetricia, tocología, ginecología, etc. (p.5).*

Especialmente durante el último siglo las funciones citadas han ido sufriendo modificaciones en el contexto de la profesionalización y de la

formación de Enfermeras Obstetras y de otras profesionales con formación universitaria en dicha área. Consecuentemente, se establecieron cambios paradigmáticos de la atención del nacimiento y poco a poco se dejó de practicar el parto domiciliario, direccionando la atención a los centros hospitalarios y casas de partos principalmente. El resultado de esta modificación en la concepción del cuerpo (en la gestante) promovió una nueva forma de posesión del cuerpo de la embarazada en centro médico.

Como resultado de observar esta situación, se llevó a cabo un recorrido por cuatro diferentes etapas, buscando, en una primera aproximación, establecer cómo practicaba la partería en el pasado hasta la incursión en el presente del parto medicalizado.

Posteriormente se visualiza la evolución de la medicina de antaño hacia las prácticas intrahospitalarias, tomando para ello los conceptos teóricos de Michel Foucault y la evolución de la práctica médica hasta el siglo XXI.

Continúa con la exposición de prácticas recientes y actuales en la parturienta en el centro hospitalario y cómo, por medio de estrategias del poder disciplinario, se medicalizó un proceso y un cuerpo que nunca ha habido sido considerado patológico.

Se finaliza con la reflexión sobre la desmedicalización del cuerpo, como forma de humanización. En este apartado se plantea la necesidad de

ejercitar el derecho de las usuarias en su autonomía, a la vez que se estimule la ética personal con el uso de una forma de parrhesia intrahospitalaria. Se acota a la vez dentro de dicha formulación la utilización de constructos teóricos en los trabajadores como medio de reversión y concientización de una medicalización sufrida. Donde se incluya para la reflexión la epimeleia heautou y la asimilación de la filosofía del otro propuesta por Emmanuel Levinas.

Tales son los objetos de análisis del presente ensayo.

## PARTERÍA EN EL PASADO

Como lo mencionan Alarcón-Nivia, Sepúlveda-Agudelo, y Alarcón-Amaya (2011), se ha visto a las parteras *“como aquellas personas que comparten y viven el nacimiento con la madre” (p.189)*. A estos personajes, que a lo largo de la historia han sido en su mayoría mujeres, se les ha asignado el deber de procurar a través de las mejores técnicas y saberes, actuar de la forma más apropiada tanto para con la madre como para el niño naciente.

No obstante, a pesar de las dificultades, este arte, que se ha caracterizado por un conocimiento heredado, empírico y adquirido, ha sabido responder por mucho tiempo a las necesidades de la población y se ha ido adaptando a las nuevas exigencias de la comunidad.

Desde el éxodo en el siglo XIV a. C., según la biblia católica, esta profesión ya formaba parte del imperio Egipcio en las personas de Séfora y Fúa, a quienes según la historia, por orden del Faraón, tenían que matar por sofocación a los varones recién nacidos, hijos de hebreas. Ellas desobedecieron esa orden y se disculparon alegando que las mujeres de esa tribu sabían el arte de parrear.

Como cualquier disciplina, continuó en evolución y ya para el siglo III a. C., en Atenas Agnodike (ó *Ἄγνοδίκη*), quien estudió obstetricia bajo el auspicio del famoso médico Herófilo en Alejandría (Egipto), se disfrazó de hombre para ejercerla pues era una profesión reservada a los hombres. Asimismo, en siglo XI, en Salerno Italia, con Trótuladi Ruggiero, primera médica dedicada a la ginecología conocida en la historia, se dan los primeros vestigios de un arte más estudiado y aplicado.

Un poco más reciente en la historia, en el siglo XVIII, en París, a Marie Louise (Dugés) Lachapelle (1769-1821), bajo la herencia de su abuela y su madre, quienes fueron dos reconocidas parteras, organizó la obstetricia del Hospital Port Royal de París y llegó al cargo de jefe de la Maison d'Accouchement que era el pabellón de obstetricia del Hôtel-Dieu (el principal hospital de París), donde se atendían los partos de las mujeres más pobres de la ciudad y se impartía docencia a las estudiantes-parteras, bajo un entrenamiento que duraba tres años.

En el siglo XIX en Estados Unidos, Mary Carson Breckinridge (1881-1965) quien tras realizar un curso formal de enfermería por tres años en el Saint Luke's Hospital de New York y un entrenamiento para partera realizado en Londres (no había preparación en este campo en los EE.UU.), regresó a su país donde lideró el programa de parteras rurales en los montes Apalaches y de enfermeras-parteras en los EE.UU. (Alarcón y otros, 2011).

Esas protagonistas, junto con otras, han dejado un legado histórico que ha contribuido al avance de las comunidades y al mejoramiento de la población.

En el caso de Costa Rica, la historia de la partería también tiene sus particularidades debido a que previo al siglo XX se da el nacimiento de la Escuela de Obstetricia (1900) cuyo objetivo era: *“...la enseñanza teórico-práctica del arte de los partos a las mujeres interesadas en esa profesión...” (Mora, 2003, p. 188)*. Esto muestra que no se tenía un conocimiento impartido por una escuela y que las prácticas en partería se ejecutaban desde una formación empírica y solo con base a la experiencia acumulada.

Con el paso del tiempo se fundó la Escuela de Enfermería, lo que resultó en un poco más de presencia a nivel profesional en las distintas zonas del país, pero todavía para la realidad nacional dicho recurso humano era insuficiente.

No fue sino hasta el año de 1959, que mediante la ley 2343, se creó el Colegio de Enfermeras de Costa Rica (CECR), quien con un sustento legal, estableció que para ejecutar el ejercicio de la partería y obstetricia en el país se debía contar con una profesionalización y una licencia que le acreditase un conocimiento para el ejercicio legal (CECR, 1959).

Pese a lo anterior, la necesidad era inminente en distintas áreas del país, especialmente las rurales, y las parteras empíricas, ante una carencia de profesionales y de una formación medico biológica, podían llevar a cabo algunas prácticas ingenuas en su oficio que a la vista de la formación actual, parecen salidas de un cuento de ficción.

*“...la partera, una nativa... hizo hervir agua, pero no tuvo inconveniente de que el parto se hiciera en un viejo camastro, sobre, el cual, y en una cama sucia, y vieja estera, estaba acostada la parturienta. Llegado el momento de cortar el cordón, sacó de una infectada bolsa unas tijeras, que tuvo, eso sí, ¡el cuidado de quemar con una llama de alcohol! Aquello me consoló, y aunque la ligadura se hizo con hilo corriente, abrigué esperanza de que la esterilización de las tijeras, evitara muchos males. Mientras la partera cortaba el cordón con sus TIJERA ESTERILIZADAS, decía ella..., una ayudante hacía en su propia mano una mezcla de saliva y una especie de nidos que fabrican ciertas avispas en las soleras de las casas con boñiga de res y barro. Antes de que tuviera tiempo de intervenir, ya la “ayudante” había aplicado en el corte umbilical aquel asqueroso emplasto...” (Malavassi, 2002, pp.1-2) (Narración de Tulio von Bülow, visita al cantón de Osa en 1927).*

Aquellos posibles actos, según algunos estudiosos, eran causa de los altos índices de mortalidad de la zona, ligados al tétanos. Casi un 70% de los niños nacidos vivos morían por dicha causa (Malavassi, 2002).

Por otra parte se puede indicar que las posibles acciones que se lograban realizar en las diferentes partes del país respondían a las costumbres propias de cada región y al conocimiento que la partera fuese acumulando con base a su expertiz durante el tiempo.

Sin embargo a pesar de que no se tenía el conocimiento sobre técnicas de asepsia, y conocimientos médicos sobre el manejo de las infecciones en la época, las parteras empíricas sí ofrecían a sus parturientas la posibilidad de que se movieran libremente durante el trabajo de parto, cambiaban de posición frecuentemente como un método para manejar el dolor asociado a las contracciones y a la dilatación cervical; les permitían a las futuras madres que comieran y bebieran de acuerdo con lo que culturalmente era aceptado como nutritivo y seguro para la madre y el bebé.

Además, las gestantes eran atendidas por otras mujeres a quienes conocían bien, en un lugar que les era familiar, usualmente en sus casas o en la de algún pariente femenino. Ellas elegían posiciones verticales para el trabajo de parto y para el parto usando su conocimiento instintivo para expandir el tamaño de la pelvis, y aprovechando la gravedad a fin de maximizar la eficiencia de los músculos abdominales necesarios para pujar (Lembo, 2012, p.2). También se les ofrecía mayores comodidades, no se les limitaba en su actuar, se le daba una mayor humanización en la atención, convirtiéndolas en las actantes principales del acontecimiento, donde la partera solo era una colaboradora, una partícipe menor en el proceso.

En ese periodo, se tenía la libertad sobre el cuerpo; la madre podía hacer en el momento del parto lo que le parecía más cómodo, rodearse de quien le pareciera mejor, parir de la forma y en la posición que le ocasionara menos dolor y en un ambiente familiar. No tenía a nadie que le controlara, solo el apoyo de una partera que esperaba el momento del nacimiento para recibir al bebé.

Sin embargo a pesar del profundo humanismo en dichas prácticas, esa partería del pasado poco a poco fue siendo desplazada con la profesionalización y la creación de los nuevos sistemas de atención en salud, que junto con los hospitales, y las “brillantes” ideas e “innovadas” formas de atención, establecieron un cambio en el modelo de actuación de un momento natural a un momento de “riesgo”. Se pasó de lo común y natural a lo patológico, se cambió la comodidad del hogar a un ambiente extraño, la libertad del cuerpo al control y vigilancia del mismo, y poco a poco se fue medicalizando al cuerpo de la parturienta hasta llegar a lo que se presenta hoy en la mayoría de los centros hospitalarios.

## **LA EVOLUCIÓN A LAS PRÁCTICAS INTRAHOSPITALARIAS.**

Para la medicina y las nuevas prácticas médicas, la introducción de la partería y la obstetricia al espacio de la atención clínica no era un proceso ajeno a la reducción de costos que se estaba dando en todas las demás áreas médicas. Más bien se empieza a ver como un medio de rentabilidad social, en donde a través de la erradicación de la enfermedad se conserva la subsistencia de la clase trabajadora que podía producir en más cantidad los recursos vendibles y comerciables. Se empieza a desarrollar un cambio en la noción del valor de la salud tal como lo indica Foucault

*“...La salud empieza a entrar en los cálculos de la macroeconomía. Por intermedio de la salud, de las enfermedades y de la manera en que se cubrirán las necesidades de la salud se trata de proceder a cierta redistribución económica, (...) Al garantizar a todas las personas las mismas posibilidades de recibir tratamiento y curarse, se pretendió corregir en parte la desigualdad en los ingresos. La salud, la enfermedad y el cuerpo empiezan a tener sus bases de socialización y, a la vez, se convierten en instrumento de la socialización de los individuos...” (OPS 1978, citando a Foucault, pp.18-19).*

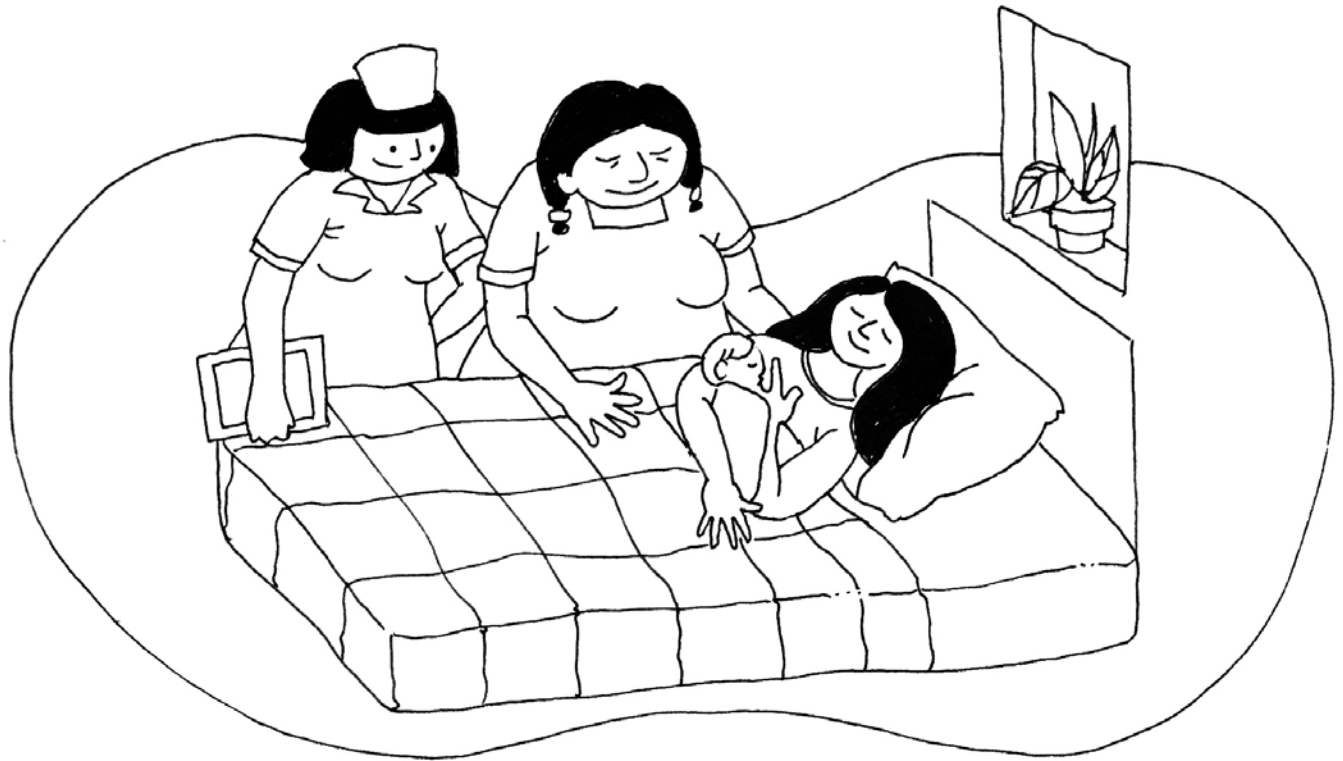
Este fenómeno de asociar la salud a la economía, bajo la influencia de las políticas liberales y de las ideologías modernas, fue dotando la necesidad de crear nuevos espacios, de instaurar lugares donde por medio de las prácticas médicas, prácticas de autoridad (OPS 1978, citando a Foucault 1974) se dejase de percibir al hospital como lugar de muerte de los moribundos, pobres y desfavorecidos. Y se visualizase este lugar como un instrumento de cura, y de herramienta terapéutica donde el médico asumiría la responsabilidad principal de la organización y administración.

Es bajo este nuevo modelo de instrumento curativo, que al médico se le asigna poder, y se convierte en el “conocedor” a quien se le debe hacer consulta de cómo se debe organizar y construir la atención y las prácticas curativas. El hospital pasa desde este enfoque de un antiguo régimen de caridad a uno nuevo de curación, se medicaliza en su función, y sus efectos (OPS 1978, citando a Foucault 1974).

Este cambio en la perspectiva hospitalaria introdujo a la vez un nuevo elemento por considerar, “la clínica”, que se concibió como una dimensión esencial dentro hospital y su funcionamiento. Este mecanismo, que fue previsto desde el concepto de un espacio de oportunidad para la capacitación y transmisión del saber, promovió que más tarde se fuese llenando el nosocomio de personal médico y de Enfermería. Se estableció bajo este constructo una idea de hospital como “...un lugar de asistencia, que pasó a convertirse en un lugar de formación y de confrontación de los conocimientos: inversión de las relaciones de poder y constitución del un saber...” (Foucault, 2008, pp.216-217).

Este lugar de formación, poco a poco se fue colmando de individuos. Se cita que en una primera instancia bajo el argumento de la visita médica por la mañana, se fue incorporando un médico con estudiantes, luego con la incursión de reglamentos y normas que establecían visita por mañana, tarde y noche, y posteriormente con las guardias médicas en donde se debía permanecer durante la jornada nocturna para cubrir cualquier eventualidad, se aumentó la cantidad de personal que debía mantenerse dentro del hospital.

A esta población se le fue inculcando una disciplina, una forma de actuar que le permitía curar, registrar, capacitar y acumular conocimientos puesto que “...el hospital bien disciplinado constituirá el lugar adecuado de la disciplina médica...” (Foucault, 2008, p.217). La medicina bajo este fundamento pasó a tener y a ofrecer como objeto de observación un inmenso campo, limitado por un lado por el individuo y por el otro por la población.



Como resultado de estos cambios, el individuo en adelante será observado, vigilado, conocido y curado. El individuo surgirá dentro de este modelo como objeto del saber y como objeto de la práctica médica (OPS 1978, citando a Foucault 1974).

Es bajo este nuevo modelo de curación y normalización instaurado en los hospitales, que las personas que presentan alguna enfermedad son internadas a fin de encontrar en estos centros el alivio a sus dolencias, a pesar de la disciplina que en ellos se predica y el manejo de sus cuerpos. Esta norma social es la que le da al hospital y al médico el carácter normalizador de la salud y le supone un poder sobre la misma vida humana en tanto que tiene el conocimiento y el saber sobre cómo es que esta funciona.

Dentro de este marco, un proceso no patológico como el parto, debía de alguna manera convertirse en un método de control de la mujer para dominio de su cuerpo; no se podía permitir que esta se constituyese en madre sin aplicar, previamente, un proceso de normalización, de poder en ella.

Esta visión muy contraria a la práctica de la partera empírica, hace contraste con los controles que desde el hospital se ejecutaban, razón por la cual se debía buscar la forma de incluir en este proceso la concepción patológica y riesgosa, que le obligase acercarse a la parturienta al centro médico y de paso reducir aquella visión de partería comunitaria que no conocía nada de ciencia, asepsia y medicina.

Para ello dentro de las estrategias de medicalización del cuerpo, se instauró la visión de una atención del parto institucionalizada, con profesionales médicos y obstétricas detrás de la atención de cada madre. A las futuras madres se les hizo saber que se reduciría la probabilidad de muerte en los niños nacientes y en las parturientas. Este resultado se dio pero con un precio de posesión de los cuerpos como nunca antes había experimentado.

Se consignó bajo esta perspectiva un tipo de lenguaje que:

*“está mucho más cercano de lo que se cree al pensamiento que está encargado de manifestar, pero que no es paralelo a él, está atrapado en su red y entretelado en la trama misma que desarrolla. No es un efecto exterior del pensamiento, sino pensamiento en sí mismo” (Foucault, 2008, p.95).*

Fue una forma de carnada que le permitió al poder disciplinario manifestado en lo hospitalario atraer a aquellas mujeres que sin estar enfermas debían sentirse como tales, consignar en las mentes de las madres un pensamiento de temor al nacimiento fuera del hospital, que les moviese a llevar el proceso del dar a luz adentro de una sala médica.

Convertir a la parturienta en un cuerpo medicalizado en infundirle una disciplina, una forma de ser dentro de las paredes hospitalarias; es aprovechar su condición para crear un micropoder que desde la instancia hospitalaria refuerza la idea expuesta por Foucault de un poder

*Para la medicina y las nuevas prácticas médicas, la introducción de la partería y la obstetricia al espacio de la atención clínica no era un proceso ajeno a la reducción de costos que se estaba dando en todas las demás áreas médicas. Más bien se empieza a ver como un medio de rentabilidad social, en donde a través de la erradicación de la enfermedad se conserva la subsistencia de la clase trabajadora que podía producir en más cantidad los recursos vendibles y comerciables. Se empieza a desarrollar un cambio en la noción del valor de la salud tal como lo indica Foucault*

*“...la medicalización de lo insólito es a un tiempo, el efecto y el instrumento de todo ello. Internadas en el cuerpo, convertidas en carácter profundo de los individuos, las cuestiones del sexo, dependen de una tecnología de la salud y de lo patológico. E inversamente desde el momento en que se vuelve cosa médica o medicalizable, es en tanto que lesión, disfunción o síntoma, como hay que ir a sorprenderla en el fondo del organismo o en la superficie de la piel o entre todos los signos del comportamiento.” (Foucault, 1991, p.58).*

Por otra parte dentro del contexto social e intrahospitalario costarricense, Hidalgo (2004) indica que se tenía para inicio del siglo XX, la imagen de una femineidad y maternidad que se manifestaba de forma clara en las posiciones patriarcales predominantes en el discurso médico positivista. Añade que:

*“...la sexualidad femenina y la maternidad estaban asociadas con tendencias pulsionales patológicas que trastornaban el uso de la razón, ya de por sí malogrado y disminuido en las mujeres. El discurso médico-legal se sostenía sobre la imagen de la femineidad a partir de una tendencia natural de las mujeres por las pasiones voluptuosas, impúdicas y desenfrenadas, la cual estaba asociada con la debilidad moral e intelectual propia de su género...” (Hidalgo, 2004, p.34)*

Estas interpretaciones daban pie, a buscar con mayor ímpetu en los espacios hospitalarios una forma de normalización y curación de sus “enfermedades”.

A pesar de este contexto, no solo dentro del centro médico la medicalización del cuerpo, puede verse reflejada en el hecho del despojo de la ropa; existieron y existen aún hoy otras estrategias que la microfísica del poder utiliza, que permiten mantener el control sobre la persona.

A forma de ejemplo, algunos médicos, entre ellos el profesor de obstetricia americano, Joseph De Lee, sostenían que:

*“...al ser el parto un proceso patológico, debe darse el uso sistemático del fórceps y la episiotomía para todos los nacimientos. La “paciente” debe recibir medicamentos sedantes y se debía utilizar éter en el momento en que el feto entraba en el canal de parto. Asimismo, debían usarse derivados del trigo para acelerar la salida de la placenta...” (Lembo, 2011, p.4).*

Como muestra de ese poder intrahospitalario, los tratados de De Lee tuvieron tal influencia en Estados Unidos que desde los años 30 la práctica de “la obstetricia profiláctica” (forma de obstetricia donde se utilizaba las técnicas descritas a manera de “prevención”) se convirtieron en norma de acatamiento obligatorio en los hospitales.

Esta influencia no lejana del contexto costarricense, también se vio apoyada desde otras prácticas obstétricas que ejercían un dominio sobre la madre, acciones como: el rasurado rutinario del pubis, la realización rutinaria del enema evacuante previo al parto, la separación del bebé de la madre una vez nacido, sin dejar que la madre lo toque, la prohibición de los acompañantes, eran condiciones que marcaban y

disciplinario que controla a sus miembros desde diversas estrategias que utiliza sobre los cuerpos.

### **LA PARTURIENTA EN EL CENTRO HOSPITALARIO.**

Una vez que ha caído la usuaria gestante dentro del centro hospitalario, allí no más de entrada se establecen los primeros actos que definen el control y la medicalización del cuerpo. Primero se le despoja de toda su ropa y se le viste con el traje o bata de hospitalaria, con un vestido que normaliza a todas las “pacientes” desde un mismo color. No se hace diferencia alguna entre clases sociales o etnias por fuera de las paredes hospitalarias; todas allí adentro son vistas y tratadas de igual forma.

Se cumple con ello lo que Foucault menciona en relación al poder disciplinario:

*“...este se ejerce haciéndose invisible y, por el contrario, impone a aquellos a quienes somete un principio de visibilidad obligatorio. En la disciplina, son los sometidos los que tienen que ser vistos. Su iluminación garantiza el dominio del poder que se ejerce sobre ellos...” (Foucault, 2008, p.218).*

La mujer ya incluida en este tipo de poder, se ve atacada desde el mismo hecho de su formación y consistencia. Su sexualidad, su estado de preñez se convierten en las formas de micropoder que sirven de base para atacarle y dominarle. No por ello Foucault menciona:

marcan un poder sobre la persona, sobre su condición y sobre el futuro del bebé por nacer.

Por otra parte, otras consideraciones y acciones obstétricas que mantiene algunas vigencia, como el ayuno durante la labor de parto y parto, la restricción de movimientos durante la labor de parto, la posición exigida de parto de manera ginecológica donde se tiene a la mujer acostada con piernas en alto, o el uso rutinario de soluciones con oxitocina para la aceleración del parto, continúan constituyendo parte de los medios por los cuales se ejerce sobre la madre un poder, una forma de dominio disciplinar. Si estas medidas y exigencias médicas y obstétricas no son acatadas, se le juzga y tacha de “rebelde”, de anormal (Foucault, 2001, p.294), amén de que se manifiesta una relación que irradia gestos de hostilidad y repudio por no acatar las órdenes estipuladas.

La mujer es bajo este contexto intrahospitalario convertida en “...un átomo ficticio de una representación ideológica de la sociedad, que a la vez es una realidad fabricada por esa tecnología específica de poder llamada disciplina...” (Foucault, 2008, p. 224).

El contexto que otrora infundió a la madre una seguridad desde la comunidad, desde la atención domiciliar, es ahora quien hábilmente la domina, utiliza y medicaliza. Solo se requirió de la tecnología hospitalaria para ver en el individuo y en la población la representación simultánea de objetos del saber y de la intervención de la medicina. (OPS 1978, citando a Foucault 1974).

### **HACIA LA DESMEDICALIZACIÓN DEL CUERPO, UNA FORMA DE HUMANIZACIÓN**

Concebir que los poderes disciplinarios culminaran, es una forma ingenua de buscar soluciones a un imposible. La sociedad y las distintas instituciones de una u otra manera seguirán utilizando el poder disciplinario para obtener algunos objetivos.

Sin embargo, ante las nuevas propuestas de la actualidad que parten de un posicionamiento fuerte de la ética, se impulsa el valor fundamental del principio de la autonomía en el usuario(a) de la atención. Se podría pensar en cambiar o modificar el contexto de la atención clínica de la usuaria gestante, en donde se desmedicalice su cuerpo de tanta contaminación recibida y se le dé la oportunidad de experimentar como se daba en el pasado, una vivencia de parto apegada a la naturalidad y al deseo de la madre y de la pareja. Aceptar su voz dentro de una de verdad intrahospitalaria donde sin temor a la represión, ni al reproche se pueda, bajo el concepto de que todas las personas somos iguales, solicitar se respete los derechos como persona digna y se le dé la oportunidad de elegir momento a momento cómo vive el desarrollo de su proceso de parto. Tener la oportunidad de conocer bajo un modelo de respeto, de información clara de parte del personal de salud (consentimiento informado) sobre cada una de las situaciones que se van desarrollando y abrir el espacio para que pueda opinar e intervenir haciendo uso claro y preciso de la capacidad de decisión.

Es decir; implementar, como lo diría Foucault, la posibilidad de comu-

nicarse donde “*la práctica de decir veraz sobre uno mismo se apoye en la presencia del otro y apele a ella, a presencia del otro que escucha, el otro que exhorta a hablar y habla*” (Foucault, 2010, p.22).

Es como ejercer una forma de parrhesia que reclama con valor y franqueza las verdades a quien cree tiene el poder. Es arriesgarse por esa ética personal a manifestar lo que no le parece, a pesar del riesgo de no ser escuchado y castigado. Es comportarse en defensa de sí y de sus derechos como un parresiasta que, “...no deja nada librado a la interpretación (...) deposita en aquel a quien se dirige la dura tarea de aceptar esa verdad, de reconocerla y hacer de ella un principio de conducta...” (Foucault, 2010, p.35).

Es quien tiene el valor de decir lo que siente, lo que piensa, lo que desea, es quien defiende sus principios y transmite mediante un lenguaje claro y veraz, su necesidad de cambiar las prácticas que no le favorecen, para buscar establecer los nuevos paradigmas.

Este tipo de personas son las que en un contexto hospitalario cuentan con el valor de hacer la diferencia, de marcar un norte, de limpiar la medicalización que el poder disciplinario ha ejercido y transmitido.

No obstante, en este proceso de desmedicalización del cuerpo y de la búsqueda de la humanización, es muy importante ayudar a cambiar la concepción de las personas que laboran en los centros hospitalarios puesto que, en primera instancia, ellos fueron medicalizados, y luego bajo la constitución de la disciplina intrahospitalaria se les adaptó a hacerlo con los pacientes.

Es necesaria la implementación y el desarrollo de conceptos como *epimeleia heautou (Cuidado de sí)* que les permita tener una actitud con respecto a sí mismo, a los otros y al mundo, que les dé una mirada o una atención respecto de lo que se piensa (*melete, meditación*) y que a la vez les sirva como ejercitación o práctica en acciones concretas (*ascesis*) para transformar al individuo en su acceso a la verdad (Foucault, 2000, p.28).

O por otro lado formular el desarrollo de conceptos filosóficos como los de Emmanuel Levinas que permitan encontrar en el otro, la autorrealización personal, estableciendo bajo el modelo hospitalario constructos filosóficos orientados “*La verdadera vida está ausente. Pero estamos en el mundo. La metafísica surge y se mantiene en una excusa. Está dirigida hacia la otra parte y el otro modo y lo otro*” (Levinas, 1999, p.27).

Es volver a introducir en las prácticas intrahospitalarias el concepto de persona, cuidado humanizado y autonomía. Volver a recordar que las usuarias están allí y hacen partícipes al personal de salud de un proceso íntimo, de un evento irrepetible, que como tal debe ser recordado por calidad en atención, y no por artificios de poder que patogenizaron un acto que no era patológico.

Introducir prácticas de la partería del pasado, en razón de poder alimentarse, respetar el uso de ropa interior, tener disponibilidad para movilizarse, contar con un ambiente tranquilo, elegir la posición de parto, contar con las compañías deseadas, dejar que la labor progrese

naturalmente, entre otras, no son situaciones que pongan en peligro la adecuada evolución de un parto siempre y cuando se controlen otros aspectos de la labor de este. El permitir, que estos pequeños elementos se puedan dar es desmedicalizar el cuerpo y permitir el avance a la humanización de la atención.

Todo se encuentra en abrir las mentes y proponer un cambio en el modelo, la realización de este fin no es un asunto de imposibles, solo requiere de pensar en que las personas como seres humanos tienen los mismos derechos de ser tratados, con respeto y dignidad.

## CONCLUSIONES

Aunque en un principio se consideró que el dominio propio de la medicina se encontraba en las demandas del enfermo, su enfermedad, sus malestares, síntomas o sufrimientos, en la actualidad esta condición ha cambiado.

Actualmente la medicina forma parte del dominio contenido en el individuo, este éste enfermo o no, y se manifiesta como un acto de auto-ridad sobre el mismo. A modo de ejemplo puede citarse el hecho de la obligatoriedad actual de un examen médico para ingresar a trabajar, o de obtener la licencia para conducir. A la medicina dejó de importarle solo el enfermo para apropiarse de cualquier individuo al que pueda controlar.

Como lo mencionaba Foucault en uno de sus cursos, la salud se convirtió en un asunto de la macroeconomía, ya que en torno a ella giran no solo los aspectos que en el pasado eran propios al mantenimiento de la población en condiciones saludables para la producción en fábrica y ejércitos, sino que en la actualidad la salud, por medio de las farmacéuticas, es uno de los negocios más exuberantes en ganancias a nivel mundial.

Ligado a esta razón y como parte de un poder disciplinario, en la actualidad no se conforma solo con el enfermo sino que busca constantemente elementos a los que pueda medicalizar. La partería, la obstetricia, y otras ramas de la medicina, no escaparon a esta influencia, y por medio del poder disciplinario implantado en los centros hospitalarios se tenía, hasta hace poco tiempo un control total sobre la vida de la gestantes, las parturientas y sus hijos, así como en las demás ramas médicas y los empleados del nosocomio.

El introducir prácticas diferentes en los hospitales, las que antes fueron negadas durante años, es una estrategia que puede ayudar a diluir el poder disciplinario presente en cada centro de salud. Aprovechar este recurso constituye una manera de desmedicalizar los cuerpos, ejercitar la autonomía y empoderar a las personas sujetos del control. ■

---

## Bibliografía.

---

- » Alarcón-Nivia, Miguel; Sepúlveda-Agudelo, Janer; Alarcón-Amaya, Iván (2011) *Las parteras, patrimonio de la humanidad*. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 62 No. 2, Abril-Junio, Colombia.
- » Colegio de Enfermeras de Costa Rica. (1959) *Ley 2343, ley Orgánica del colegio de Enfermeras de Costa Rica*. Compendio de Leyes. San José. Colegio de Enfermeras de CR.
- » Foucault, Michel. (2010) *El coraje de la verdad. El gobierno se sí y de los otros II*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- » Foucault, Michel. (2008) *Vigilar y Castigar, nacimiento de la prisión*. Siglo XXI editores, Argentina.
- » Foucault, Michel. (2000) *La Hermenéutica del Sujeto*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- » Foucault, Michel. (2008) *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Siglo XXI Editores, Argentina.
- » Foucault, Michel. (1991) *Historia de la Sexualidad/La voluntad de saber*. Siglo XXI Editores, México.
- » Foucault, Michel. (2001) *Los Anormales*. Madrid. Akal Editores.
- » Hidalgo, Roxana. (2004) *Historias de las mujeres en el espacio público en Costa Rica ante el cambio del siglo XIX al XX*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), San José.
- » Levinas, Emmanuel (1999) *Totalidad e Infinito*. Ensayo sobre la exterioridad. Ediciones Sígueme. Salamanca.
- » Lembo, Marina. (2011) *Parto planificado en domicilio en las sociedades modernas occidentales*, Facultad de Medicina Virtual de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- » Malavassi Aguilar, Ana Paulina. (2002) *De parteras a Obstétricas: la profesionalización de una práctica tradicional. Costa Rica de 1900-1940*. Examen Preliminar. Portal Historia Centroamericana, Escuela de Historia, UCR, San José.
- » Mora Carvajal, Virginia. (2003) *Rompiendo mitos y forjando historia. Mujeres urbanas y relaciones de género en Costa Rica a inicios del siglo XX*. Museo Histórico Cultural Juan Santamaría. Alajuela.
- » Organización Panamericana de la Salud (1978) *El pensamiento de Michael Foucault/ Conferencia: La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina*. Conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil. Serie desarrollo del Recurso Humano N° 23.
- » Organización Panamericana de la Salud (1978) *El pensamiento de Michael Foucault/ Conferencia Incorporación del hospital en la tecnología moderna*. Conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil. Serie desarrollo del Recurso Humano N° 23.
- » Organización Panamericana de la Salud (1978) *El pensamiento de Michael Foucault/ Conferencia Historia de la Medicalización*. Conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil. Serie desarrollo del Recurso Humano N° 23.



# Enfermería *en* Costa Rica

Desde 1978, Decana en Centro América



*Enfermería en Costa Rica se complace en anunciar que nuestra revista forma parte de uno de los mayores portales bibliográficos de acceso libre: Dialnet*

