

El hombre ante la Muerte: Una mirada antropológica

Analía C. Abt

Lic. en Antropología. Máster en Estudios Sociales Aplicados.
Doctoranda en Antropología de la Medicina
Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España
Becaria Programa ALBAN-de la Unión Europea

Este trabajo ha sido presentado en las *Segundas Jornadas de Psicooncología*, en el marco del **XII Congreso Argentino de Cancerología**, organizado por la Sociedad Argentina de Cancerología. La exposición se efectuó en la Mesa redonda destinada a reflexionar sobre el tema de la muerte en la filosofía y la cultura. Expondremos aquí lo desarrollado en dicha oportunidad, relativo a las actitudes de la muerte desde una mirada antropológica, así como las implicancias de las mismas frente a la atención de los enfermos oncológicos crónicos y/o terminales.

1. Sobre los supuestos orígenes de la preocupación humana por la muerte.

Existe consenso entre los especialistas en que la preocupación humana por la muerte se remonta a los orígenes de Homo sapiens. La paleoantropología ha tratado de demostrar, que a partir de ciertos cambios sustanciales en la estructura anatómica, en los ciclos biológicos y en el comportamiento - presentes ya en el antecesor de sapiens, se irá desarrollando el tamaño del cerebro (con la consecuente complejidad mental) a la cual se atribuye la emergencia de la *conciencia* que acompañará a sapiens. Por ello se afirma que lo que hoy día nos distingue como humanos, la *autoconciencia* y la *conciencia de muerte*, son producto de un intrincado y extenso proceso desarrollado durante un largo período de nuestra historia filogenética. La conciencia de la *muerte propia* es un hecho (pre)histórico y antropológico que demuestra el salto cualitativo que se desarrolla a partir del advenimiento de Homo sapiens.

Para algunos autores¹ esta *conciencia de muerte* puede rastrearse a través del registro arqueológico - aunque los indicios de esta conciencia sean mucho menos tangibles que los del lenguaje - pues deja su impronta en las sepulturas halladas en distintos lugares. Así, podemos decir que en determinado momento de nuestra historia filogenética aparece el *temor, el miedo o la conciencia de muerte* y ésta deja su marca en el registro prehistórico:

“... a través de algún tipo de ritual, algún procedimiento formalizado que identifica y acota un evento o una experiencia concreta”.²

Desde el Paleolítico se multiplican las sepulturas y cementerios, dando origen a diferentes rituales funerarios que se convierten en una rica fuente de información sobre las creencias y actitudes ante la muerte de nuestros antepasados.

Como señala Morín (1992:113):

“... La novedad *sapiens* que aporta al mundo no reside, tal como se había creído, en la sociedad, la técnica, la lógica o la cultura, sino en algo que hasta el presente venía siendo considerado como epifenoménico, o ridículamente promulgado como signo de espiritualidad: la sepultura y la pintura”.

Las tumbas de mayor antigüedad, que corresponden al hombre de *Neanderthal*, demuestran que el acto de sepultar a los muertos no indica un mero procedimiento que consiste en cubrir el cadáver para proteger al grupo de su descomposición, sino que señala una *actitud ritual*: en ocasiones el muerto es colocado en posición fetal, a veces es acostado sobre un lecho de flores, en otros casos se encuentran cubiertos por una capa de ocre; también se han encontrado los restos mortales señalados y protegidos por un cúmulo de piedras, e incluso suelen estar acompañados por ofrendas en forma de alimentos o armas. Estos ofrecimientos funerarios aparecen en algunos casos agregados a ajuares que visten y adornan al difunto.

Las sepulturas y rituales mortuorios testimonian la irrupción de la conciencia de la muerte en la comunidad humana, así como también una serie de transformaciones antropológicas que permitieron y provocaron dicha irrupción (Morín, op.cit.,1.992: 114).

El ritual de enterramiento es un comportamiento específicamente humano, en el que intervienen dos elementos: por un lado, el acto de no ignorar la aparición del cadáver, y por otro las construcciones mentales que su presencia suscita. En efecto, desde que el *hombre* toma conciencia de la finitud de su existencia, el cadáver recibe una atención y tratamiento especial, valiéndose para ello de diferentes técnicas, que tienen el objetivo de contrarrestar los efectos de la *tanatomorfosis*: embellecimiento, confección de mortajas, embalsamamiento, cremación, necrofagia, momificación, abandono del cadáver en lugares alejados, preparación de tumbas, etc.

El tratamiento que recibe el cadáver cambia según las épocas, lugares y situaciones sociales del difunto, tales como la edad, la clase social a la que pertenecía, o

al tipo de muerte de la que fuera víctima; y puede clasificarse según se ejecuten en los cuatro elementos existenciales:

- inhumación (tierra)
- inmersión (agua)
- cremación (fuego)
- exposición (aire)

En el hombre de Neanderthal aparece ya una estructura de pensamiento que señala a la muerte como una sujeción ineludible de todos los seres vivos, evidenciado tanto por la presencia de los muertos en el mundo de los vivos, como por la conciencia de muerte. Dicha conciencia conduce a la construcción de todo un aparato mitológico-mítico-mágico cuyo propósito es afrontar la muerte, integrarla a la existencia; en todas las sociedades humanas la conciencia de muerte ha desempeñado un papel primordial en la constitución de la mitología, la religión y la filosofía.

Según Morín la percepción de la muerte que emerge en *sapiens* se constituye a partir de la interacción de una conciencia objetiva que advierte la mortalidad y una conciencia subjetiva que intenta proclamar, sino la inmortalidad, al menos la existencia de una vida después de la muerte:

“.. Los ritos de la muerte dan cuenta de, lavan y exorcizan el trauma provocado por la idea de aniquilamiento. En todas las sociedades de *sapiens* conocidas, las exequias traducen a un mismo tiempo una crisis y su superación, de un lado la aflicción y la angustia, del otro la esperanza y el consuelo.

Todo parece, pues, indicarnos que el *homo sapiens* siente el problema de la muerte como una catástrofe irremediable que le provocará una ansiedad específica, la angustia o el horror ante la muerte, y que la presencia de la muerte se convierte en un problema vivo, es decir, que modela su vida. Asimismo, parece claro que este hombre no sólo rehúsa admitir la muerte, sino que la recusa, la supera y la resuelve a través del mito y de la magia...”.³

El hombre es el único animal que entierra a sus muertos. El enterratorio, la sepultura, en suma, la actitud frente al cadáver, marcan a su vez, el paso de la *naturaleza a la cultura*.

2. Medios para contrarrestar el temor a la muerte: la religión y la filosofía

Señalamos que la preocupación por la muerte ha ocupado un lugar privilegiado entre los mitos, ritos, las actividades creadoras de los hombres, pues la muerte es el

acontecimiento *universal* e irrecusable por excelencia. Se trata de un acontecimiento que resulta familiar, en tanto que sucede cotidianamente, pero al mismo tiempo, y paradójicamente nos resulta desconocido, ya que siempre el que muere es el otro. Es además natural, aunque se nos presenta como una agresión; es también aleatorio, indeterminable, imprevisible, puesto que se desconoce el momento preciso en que llegará. (L.V. Thomas, 1991: 22).

La etnografía nos ha documentado que la angustia o el miedo a la muerte se encuentran en todos los universos culturales, y que igualmente, en todos ellos los hombres han tratado de liberarse de tal sentimiento. Las construcciones mentales que produce la muerte evoca a fantasías individuales y colectivas, a sistemas de representaciones y a diversos mecanismos de defensa; lo imaginario recurre al símbolo pues es su mediador instrumental privilegiado (L.V. Thomas, 1993: 471).

En su lucha por superar esta angustia los hombres ha puesto en movimiento diferentes mecanismos de defensa. Los procedimientos más frecuentes son la mitologización, que promueve múltiples rituales, y la intelectualización, especialmente en la filosofía. (L.V. Thomas, 1993: 371).

Podemos afirmar que si todo hecho social es un lenguaje, la muerte lo es también en tanto se encuentra impregnada de significación. Es posible establecer, a partir de su carácter de signo, una *semiología antropológica de la muerte*, ya que:

- * supone un complejo sistema de creencias;
- * genera una enorme riqueza de ritos (comportamientos);
- * moviliza en el grupo social mecanismos para paliar el daño provocado por la pérdida de sus miembros (creencias, sistemas de pensamiento).

De este modo, cada grupo social percibe la muerte a través de sus propios sistemas de pensamiento, a una denominación particular, donde:

“... cada uno habla según su estatus o su función o su clase social, pero también según sus dimensiones caracterológicas: indiferencia total, incluso alivio, trabajo de duelo conforme a las reglas del grupo,...sin olvidar la "palabra del final", los silencios, los gritos y susurros...”⁴.

La muerte, indeterminablemente cierta, se presenta a la vida como una amenaza constante, surgente. El hecho de ser capaces de mantener esta insistente amenaza, deviene en angustia de muerte, pues presentifica la finitud de nuestra existencia.

En virtud de estas características, podemos hablar de una **Antropología de la muerte** articulada según dos ejes: por un lado, el difunto, el cual es objeto de cuidados concretos (sepultura, ofrendas, aprovisionamiento de alimentos, etc.) conforme a prescripciones morales impuestas a los sobrevivientes; y por otro, la construcción simbólica que provoca este hecho de naturaleza única. Es decir, que al fenómeno físico (cadáver) se añaden las creencias, emociones y los actos que provoca.

La muerte de cualquier ser humano no es algo dado, simple y evidente, ni siquiera para los propios biólogos, ya que a los fenómenos fisiológicos se añaden un conjunto complejo de creencias, emociones y actos que le dan un carácter propio, peculiar:

“... Para la conciencia colectiva, la muerte en condiciones normales es una exclusión temporal del individuo de la comunión humana, que tiene como efecto hacerle pasar de la sociedad visible de los vivos a la sociedad invisible de los ancestros... ..la muerte como fenómeno social consiste en verla como un doble y penoso trabajo de desagregación y síntesis mentales, que sólo una vez concluido, permite a la sociedad, recobrada la paz, triunfar sobre la muerte”.⁵

El duelo marca el comienzo de una etapa de transformación en la relación con el difunto, que será la de la relación entre los vivos y los muertos. En este sentido, podemos decir que los muertos no están jamás en su sitio, sino que siguen obsesionando a los sobrevivientes. Durante el período del duelo, los deudos deben aprender a integrar a la vida cotidiana la materialidad del cadáver, además de imponérseles deberes especiales en esta lúgubre etapa.

3. Actitudes ante la muerte y dominios asociados a ella

Para DaMatta (1997), *la muerte como problema filosófico y existencial* es una cuestión moderna ligada al individualismo como ética de nuestro tiempo y de nuestras instituciones sociales; pero no es así en las sociedades tribales y tradicionales (o relacionales como él las denomina) donde el individuo no existe como entidad moral dominante y el todo predomina sobre las partes. Aquí el problema no es la muerte, sino *los muertos*. Su tesis es que todas las sociedades tienen que dar cuenta de la muerte y de los muertos, pero que mientras algunos sistemas se preocupan por la muerte, otros lo hacen por el muerto y afirma:

"... Veo una correlación importante entre la sociedad individualista y la muerte, y entre las sociedades relacionales y los muertos..." (DaMatta, 1.997:138).

De igual forma, L.V. Thomas (1993) establece una diferenciación entre la sociedad de acumulación de hombres (la negro-africana) y la sociedad de acumulación de bienes (la civilización occidental). En la primera, la actitud frente a la muerte es de aceptación y trascendencia (desplazamiento, cambio de estado o reorganización de los elementos de la persona anterior); en la segunda, la actitud es la negación (para el fiel cristiano es el acceso a la eternidad)

Por su parte, Philippe Ariès (1999) desarrolla una periodicidad de las actitudes ante la muerte en las sociedades occidentales, tomando como punto de partida para su análisis, la muerte en la primera Edad Media aportada por la literatura de esa época. Haciendo una apretada síntesis del amplio desarrollo del historiador, rescatamos los distintos momentos señalados por el autor.

Desde el siglo VI al XII, la muerte estaba *domesticada, domada*, en tanto se encontraba regulada por un ritual consuetudinario. La muerte ocurrida en circunstancias normales, no tomaba a los individuos por sorpresa, traídoramente, sino que se caracterizaba por dejar tiempo para el aviso. Cuando esto no ocurría desgarraba el orden del mundo en el que cada cual creía; esta muerte súbita o repentina era, según una creencia muy antigua la marca de una maldición. Durante este período los difuntos resultaban familiares; no se vivenciaba como drama personal sino comunitario. Pese a la familiaridad con la muerte, los vecinos temían a los muertos y mantenían los cementerios alejados de sus lugares de residencia, como un modo de evitar que los muertos perturbaran a los vivos. Posteriormente, los muertos dejaron de causar miedo a los vivos, y unos y otros cohabitaron en los mismos lugares. Este paso, de la repugnancia a la nueva familiaridad, se produjo por la fe en la resurrección de los cuerpos, asociada al culto de los antiguos mártires y sus tumbas.

Entre el siglo XII y el final del siglo XV es la época de la muerte de sí, la *muerte propia*, pues se toma conciencia que la muerte implica el fin y la descomposición, por ello predomina el sentido de la biografía. La conciencia de la finitud genera un amor apasionado por el mundo terrestre y una conciencia que sufre al comprender el fracaso a que cada vida de hombre está condenado. El amor por la vida se tradujo en un apego apasionado por las cosas que resistían el aniquilamiento de la muerte. A partir del siglo

XVI, el cementerio abandona el centro de las ciudades, la muerte es a la vez próxima y lejana, ruptura y continuidad.

Desde el siglo XVII la muerte va a ser *clericalizada*: el velatorio, el duelo y el cortejo se convierten en ceremonias de la iglesia. Se produce con ello un cambio profundo de las actitudes del hombre ante la muerte, puesto que el cuerpo muerto, antiguamente objeto familiar, posee ahora un valor tal que su vista se vuelve insostenible. La disimulación del cuerpo ante las miradas no constituye el rechazo de la individualidad física, sino el rechazo de la muerte carnal del cuerpo. Se vuelve impropio mostrar durante demasiado tiempo el rostro de los muertos, aunque su presencia resulta necesaria porque ayuda a la conversión de los vivos.

En los siglos XVII y XVIII la muerte va a ser *medicalizada*, es decir que se aleja del dominio religioso e irrumpe como problema médico. Michel Foucault (1990) señala que en este período se inicia en la sociedad occidental un “despegue” del sistema médico y sanitario como consecuencia, fundamentalmente, de tres procesos. El primero de ellos se refiere al efecto o huella que deja en la especie humana la intervención médica a la que denomina *biohistoria*: los mecanismos utilizados para lograr la regresión de las enfermedades en especial de las infecto-contagiosas; los cambios en las condiciones socio-económicas; los fenómenos de adaptación y de resistencia del organismo; las medidas de aislamiento, higiene y salubridad; influyeron hondamente en la especie humana ya que ésta no permaneció inmune a tales transformaciones.

El segundo - *la medicalización* propiamente dicha- señala el momento en el cual el cuerpo humano, pero también su propia existencia y la conducta, se hallan insertos en una red de medicalización cada vez más densa y más amplia, y donde la investigación médica se torna más penetrante y minuciosa; también las instituciones de salud se amplían en gran medida.

El último proceso, que llama *economía de la salud*, indica la incorporación tanto del mejoramiento de la salud, como de sus servicios y su consumo, en el desarrollo económico de las sociedades más privilegiadas.

La medicina resulta entonces una estrategia política, ya que permite el control tanto del cuerpo social como de los individuos, ejerciéndose *en y a través del cuerpo*; de esta manera, éste se transforma en una realidad *biopolítica*. La natalidad, los decesos, las epidemias, la longevidad, se consideran objetos de control y de saber médico, y están fuertemente conectados con problemas económicos -por los costos de la cura que

acarrea y por la falta de producción a la que conducen- y políticos - medidas de control estatales orientadas a la regulación de la reproducción, matrimonio, etc.

Dicha medicalización se instituye primeramente en algunos países europeos a fines del siglo XVIII y principios del XIX, y en los Estados Unidos en la última mitad de éste. E. Menéndez (1990:83) ha caracterizado como *Modelo Médico Hegemónico* al paradigma que sustenta dicha medicalización. Este modelo hace referencia al:

...“conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.” Menéndez (1990:83)

A partir del siglo XIX y hasta nuestros días la muerte está *invertida*, se niega el duelo, se rechaza a los difuntos; el hombre ya no es dueño de su muerte y recurre a los profesionales para organizar los diferentes ritos (pompas fúnebres, servicios tanatológicos).

El hombre contemporáneo, aunque descubra como un fracaso su vida finita, jamás se ve, o se piensa a sí mismo como muerto. Como afirma Freud (1992: 290) aunque seamos conscientes de la irremediable finitud de nuestra existencia, sólo somos capaces de representarnos la muerte del otro; que nos es absolutamente imposible representarnos nuestra propia muerte, ya que siempre participamos de ella como espectadores y que la única manera de hablar de la muerte es negándola. Por esta razón esta escuela psicoanalítica declara que nadie cree en su propia muerte y que cada uno - a nivel inconsciente - está convencido de su propia inmortalidad.

4. Muerte social y muerte medicalizada

Desde un punto de vista antropológico, utilizamos el concepto de *muerte social* para referirnos a aquel individuo que deja de pertenecer a un determinado grupo por diversas causas: límites de edad, ausencia de ocupaciones, degradación, abandono, abolición de su recuerdo, etc. Esta muerte social, que puede darse con o sin muerte biológica, es paulatina ya que se va dando conforme ocurre la ruptura de los lazos que lo unen a los otros:

“... Todo hombre muere varias veces, y cada vez de una manera diferente: varias veces, puesto que muere tan a menudo como desaparecen, unos a otros, los vivos que se

acordaban de él, y de una muerte diferente según la calidad y profundidad de la comunicación interrumpida...”⁶

En este sentido, podemos afirmar que en la medida que los enfermos terminales van perdiendo o debilitando sus lazos sociales, pueden padecer una muerte social.

Subrayamos anteriormente que la muerte y el morir, al igual que el enfermar, pueden ser pensados como *hechos sociales* respecto de los cuales los grupos construyen acciones y saberes, y no sólo son procesos definidos profesional e institucionalmente (Menéndez, 1994:71). No obstante, y a pesar de que sabemos que la muerte puede estar presente en cualquier lugar y situación, en ciertos espacios sociales es posible establecer un vínculo más íntimo con la muerte en tanto que, por su práctica cotidiana, algunos sujetos se encuentran más involucrados con la misma, y por ello establecen cursos de acción, tanto para sí mismos como para los demás. (Sudnow, 1971:21). En nuestras sociedades, la muerte es precedida en la mayoría de los casos de enfermedad, y por ello el médico se encuentra en un contacto estrecho con la muerte:

“... el médico se encuentra en uno de los pocos grupos ocupacionales que en nuestra sociedad tienen un contacto regular, esperado, con la muerte en el curso de sus roles ocupacionales, siendo los otros principales el sacerdote, sepulturero y, en un cierto modo, el de policía...”. (Parsons, 1984: 413).

Hablamos de *muerte invertida*, para referirnos a un tipo absolutamente nuevo de morir, aparecido en el transcurso del siglo XIX en algunas sociedades más industrializadas, más técnicamente avanzadas del mundo occidental. La muerte es expulsada, ya que existe un fuerte rechazo hacia ella y se la enmascara tras la enfermedad. Esta actitud ante la muerte, fue gestándose con anterioridad, como consecuencia de la medicalización de las conductas. Ariès (1999) señala que este proceso se conformó en base a tres momentos.

1- Se instala el *disimulo* en la relación moribundo-entorno, que tiene por efecto apartar al enfermo de los signos del desenlace fatal. A pesar de éste sabe que se está muriendo todos sus allegados, incluso el médico, actúan como si se tratase de una enfermedad que puede ser superada.

2- Se produce el rechazo a los cambios corporales durante el proceso de morir, por ello la muerte de ser hospitalaria: emergen las inconveniencias de los actos biológicos del hombre, siendo la muerte - al igual que las secreciones del cuerpo - sucia

e indecente. Los hedores y repugnancias que acompañan al moribundo sólo pueden ser tolerados, y hasta cierto punto, por los familiares o los encargados del cuidado de los mismos. A partir de 1.950 se generaliza la muerte en el hospital; las secuelas fisiológicas de la enfermedad pasan al mundo aséptico de la higiene, de la medicina y de la moralidad. Desde ese momento se convierte en muerte solitaria.

3- Medicalización completa de la muerte: como el último episodio de la inversión. El progreso de las técnicas quirúrgicas y médicas que trabajan con un material complejo, un personal competente, son cada vez más eficaces y se encuentran reunidas en el hospital. La muerte ocurre allí como consecuencia del progreso de las técnicas médicas de disminución del dolor y de la imposibilidad material, en el estado de la reglamentación actual, de aplicarlos en casa. El hospital no es sólo un lugar donde uno se cura o donde se muere a causa de un fracaso terapéutico, es el lugar de la muerte normal, provista y aceptada por el personal médico. El hospital se convierte así en la expresión institucional del modelo mecanicista del cuerpo. Como resultado de ello, la muerte pasa de ser un *problema humano y religioso a un problema de funcionamiento del cuerpo*:

“La atención se dirigió al cuerpo y – como tantos otros aspectos de la naturaleza – se convirtió en máquina susceptible de reparación e intervención. De esta redefinición de salud, enfermedad y muerte, así como la profesionalización consiguiente de los encargados de la salud, se desarrolló la institución del hospital tal como la conocemos. En todo caso, cualesquiera que sean sus orígenes históricos y socioculturales, el hospital es ahora, dentro de nuestra sociedad, el principal contexto en el que se suministra el cuidado sanitario, y dentro del cual se sitúa la muerte...” (Charlesworth, 1996:69).

El progreso biomédico parecía consagrado a solucionar los problemas del envejecimiento humano. Sin embargo, hoy se duda de la beneficencia incondicional de ese poder. La *muerte invertida* está dada también por la fuerte creencia de la eficacia de las técnicas y de su poder de transformar el hombre y la naturaleza:

...” el modelo de la muerte actual ha nacido y se ha desarrollado donde se han sucedido dos creencias: la de una naturaleza que parecía eliminar la muerte; luego la de una técnica que reemplazaría a la naturaleza y eliminaría la muerte con mayor seguridad.”

5. Reflexiones finales: ¿Hacia una *desmedicalización* del proceso de morir?

Con el surgimiento de los Cuidados Paliativos en los países centrales durante los años '60, la biomedicina comienza, de alguna manera, a reconocer los límites de las intervenciones con finalidades exclusivamente curativas, iniciándose la atención de los enfermos incurables y moribundos, como una nueva especialidad médica. Así, la Organización Mundial de la Salud define a los Cuidados Paliativos como: “*la asistencia activa y total de los pacientes y de sus familias por un equipo multiprofesional, cuando la enfermedad del paciente no responde al tratamiento curativo*” (O.M.S.,1990). El objetivo de los Cuidados Paliativos es atender al enfermo y a su familia de forma integral, cuidando los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, procurando el máximo bienestar posible (Aresca et al, 2004:17), en el que, el control del dolor y del sufrimiento se constituyen en los objetivos centrales de la asistencia.

En este contexto se promueve también, el cuidado del enfermo en el hogar - con el apoyo de cuidadores procedentes de los miembros del propio grupo doméstico - como un modo de impedir el ensañamiento terapéutico en las instituciones de salud, evitar la soledad de la hospitalización, impulsar la autonomía del paciente y de la familia frente a las necesidades físicas y psicológicas del enfermo, fortalecer los lazos familiares y sociales durante la etapa final de su vida, atenuar la muerte social, entre otros, sin que estas acciones y cuidados *en casa* impliquen la desatención desde los servicios de salud (principalmente de los síntomas más apremiantes como el dolor).

Frente a esta propuesta, y observando las transformaciones operadas en la familia durante las últimas décadas (no sólo en lo relativo a las actitudes ante la muerte antes mencionadas, sino principalmente las vinculadas con las actividades ocupacionales/laborales) cabe preguntarse si dichos cuidados son posibles de realizar y sostener dadas las nuevas condiciones del espacio doméstico. En efecto, hemos observado desde una mirada histórica y antropológica, que tanto los moribundos como los difuntos, fueron paulatinamente “desplazados” y/o “expulsados” del ámbito doméstico, debido a la creciente profesionalización de numerosas prácticas vinculadas al cuidado, lo cual requería de la atención por parte de expertos en las distintas instituciones especializadas (hospitales, hospice, empresas fúnebres, etc.). De este modo, los conjuntos sociales fueron paulatinamente delegando dichos saberes y prácticas acerca del cuidado, a quienes se fueron definiendo como *especialistas* debido a la internalización (una política sostenida por los Estados) de que ciertas acciones ya no

les correspondían o ya no debían ser de su competencia, abriendo, así, un camino de intervencionismo generalizado sobre las conductas. En otras palabras, la familia, los miembros del grupo doméstico, fueron *abandonando* numerosas habilidades, prácticas y saberes orientadas al cuidado de los enfermos y moribundos. Este fenómeno, que se inscribe dentro de un largo proceso de medicalización de la vida y de la muerte y que ha caracterizado a las sociedades occidentales donde la biomedicina emergió y se consolidó como la única forma eficaz de atender la enfermedad y la muerte, no puede ser sustituido de manera instantánea, solo mediante la promoción de las ventajas de la asistencia al moribundo en el hogar, sino que dicha transformación requerirá de un cúmulo de condiciones que permitan recuperar tales saberes y acciones por parte de la comunidad.

Sin desconocer que en muchos casos la atención domiciliar sea la opción más adecuada no sólo para el paciente, sino también para su grupo doméstico-familiar y hasta para el sistema de salud (en términos de costos, cuando la utilización de las altas tecnologías médicas resultan fútiles), no debemos negar que no siempre es posible brindarla, y que lograr una “muerte digna” no implica necesariamente la muerte en la casa, rodeado de la familia. Debemos tener presente que, al interior de las familias se han operado importantes mutaciones, especialmente en los roles de los miembros que históricamente estuvieron abocados al cuidado: las mujeres. En efecto, con la incorporación de la mujer al trabajo asalariado y la modificación de la estructura familiar (debilitamiento de la familia extensa), en otras razones, los hogares actuales han quedado “deshabitados” durante buena parte del día. Incluso en algunos sectores sociales, los roles tradicionales de género pre-establecidos (ámbito público delegado a los varones, ámbito doméstico a las mujeres) han sufrido modificaciones significativas que conducen cada vez más a las mujeres a descalificar, impedir, evadir y/o sustraerse del trabajo doméstico. Por otra parte, tampoco hay que omitir que las pautas de ascenso social y económico, se orientan cada vez con mayor fuerza, en detrimento del trabajo realizado en el espacio hogareño.

En este sentido, cabría plantear aquí, algunos interrogantes estrechamente vinculados a dichos procesos. Así, por ejemplo debemos preguntarnos frente a la propuesta de *atención domiciliar* emanada de la filosofía de los Cuidados Paliativos: ¿quién/quienes son capaces de hacerse cargo (con las restricciones que ello implica) de los cuidados del enfermo, del anciano o del moribundo en el hogar? ¿Sobre qué modelo

de familia se sustenta la promoción de la internación, el cuidado y la muerte en la casa? Estas propuestas ¿individualizan el problema de la atención a los enfermos y moribundos, trasladando o exhortando a la responsabilidad y resolución en el seno de cada grupo doméstico-familiar? El cuidado de estos numerosos grupos de enfermos/moribundos ¿deja de ser un fenómeno colectivo, y por tanto, de competencia/compromiso estatal? ¿Podemos pensar en una “retirada” del Estado frente a las *protecciones sociales* de cuidar y paliar?

Dejamos planteados estos interrogantes con el objetivo de abrir o continuar el debate. No obstante, nos atrevemos a pensar en una incipiente *desmedicalización del proceso de morir*, entendida en términos de traspaso de una asistencia constante y continuada por parte de las instituciones de salud, de una medicina financiada por el Estado, a una propuesta de atención doméstico-comunitaria, un dispositivo extrahospitalario.

Por otra parte, se debe destacar que los gastos extrahospitalarios como las actividades de los centros de atención primaria y las visitas a domicilio, que generalmente se ubican bajo la rúbrica de la prevención, son poco o nada reembolsados por la seguridad social y parcialmente asumidos por el Estado. Esta cuestión constituye una invitación práctica a mantener la hegemonía de las prácticas viejas y frenar las innovadoras, es decir, a perpetuar la asistencia dentro las instituciones sanitarias.

Consideramos que en nuestro país no están dadas aún las condiciones institucionales para una adecuada implementación de la atención domiciliaria por parte de los servicios de salud (quizás porque no se asignan racional y convenientemente los costos de la asistencia), que, sumado a las imposibilidades económicas de grandes conjuntos poblacionales de asumir los cuidados dentro de los ámbitos domésticos (personas a cargo, suministro de medicamentos, recursos materiales y espaciales en el hogar, etc.) atentan contra la efectiva provisión de los cuidados paliativos que los enfermos requieren en la etapa final de sus vidas.

Notas

¹ Leakey, Richard y Lewin, Roger: 1994: 246; Morín, Edgar, 1992:113.

² Leakey, Richard y Lewin, Roger, 1994: 246.

³ Op. cit.: 116.

⁴ L.V. Thomas, 1993: 474.

⁵ Hertz, Robert, 1990:102.

⁶ Savater, Fernando, 1995:148-149.

Bibliografía

ABT, A. (1999) *El médico ante la muerte*. Tesis de Licenciatura en Antropología, Orientación Socio-cultural. Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario. Inédito.

ABT, ANALIA (2004) *Los aportes de la Antropología a los Cuidados Paliativos*. En: *Medicina Paliativa* Vol. 11, Enero-marzo N°1 de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, Arán Ediciones, Madrid, España.

ABT, A. (2005) “*Representaciones y prácticas en pacientes con diagnóstico de cáncer asistidos en un Efactor Público de Tercer Nivel de Atención del Departamento Rosario*”, Tesis de Maestría en Estudios Sociales Aplicados, Escuela de Posgrado, Facultad de Humanidades y Artes de la Universidad Nacional de Rosario, Santa Fe, Argentina. Inédito.

ARESCA et al. (2004) *Psicooncología. Diferentes miradas*. Ed. Lugar, Buenos Aires, Argentina.

ARIES, P. (1999) *El hombre ante la muerte*. Ed. Taurus, España.

CANCER PAIN RELEASE (1998) Vol. 11, N° 1. Publicado por el Centro Colaborador de la OMS en políticas públicas y comunicaciones sobre el cuidado del cáncer, Madison, Wisconsin, EEUU.

CANCER PAIN RELEASE (1999) Vol. 12, N° 2. Publicado por el Centro Colaborador de la OMS en políticas públicas y comunicaciones sobre el cuidado del cáncer, Madison, Wisconsin, EEUU.

CHARLESWORTH, M. (1996) *La bioética en una sociedad liberal*. Cambridge University Press, Gran Bretaña.

DA MATTA, R. (1997) *A casa & a rua. Espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*. Ed. Rocco, Rio de Janeiro, Brasil.

FOUCAULT, M. (1990) *La vida de los hombres infames*. Ed. La Piqueta, Madrid, España.

FREUD, S. (1992) *De guerra y muerte*. Temas de actualidad (1915). Ed. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina.

HERTZ, R (1990) *La muerte. La mano derecha*. Ed. Alianza, España.

LEAKEY, R. y LEWIN, R. (1994) *Nuestros orígenes. En busca de lo que nos hace humanos*. Ed. Crítica, Barcelona, España.

MENÉNDEZ, E. (1990) *Morir de alcohol. Saber y hegemonia médica*. Ed. Alianza, México.

MENÉNDEZ, E. (1994) “La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional?”. En: *Alteridades*, 4 (7): pp.71-73, México.

MORIN, E. (1992) *El paradigma perdido. Ensayo de bioantropología*. Ed. Kairós, Barcelona, España.

MORIN, E. (1999) *El hombre y la muerte*. Ed. Kairós, Barcelona, España.

SABATER, F. (1995) *Invitación a la ética*. Capítulo XIII: La muerte. Ed. Planeta Agostini, España.

-
- PARSONS, T. (1984) *El sistema social*. Ed. Alianza Universidad, México.
- SUDNOW, D. (1971) *La organización social de la muerte*. Ed. Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, Argentina.
- THOMAS, L.V. (1991) *Antropología de la muerte*. Ed. Fondo de Cultura Económica, España.
- THOMAS, L.V. (1993) *La muerte*. Ed. Paidós, España.