

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

El cuidado ante la muerte
¿Un momento también medicalizado?

Ana Frola
Tutora: Elizabeth Ortega

Índice

• Introducción	2
• Capítulo I	
Antecedentes. Aspectos socio históricos. El hombre y los cuidados ante la muerte.....	6
El culto a la salud.....	11
La consolidación de una clase médica y la medicalización de la sociedad.....	15
• Capítulo II	
El hospital: un cambio hacia el siglo XX.....	25
Cuidados paliativos. Aspectos socio históricos.....	34
Aspectos principales de los cuidados paliativos en Uruguay.....	37
• Capítulo III	
Consideraciones finales.....	43
• Bibliografía.....	47
Fuentes.....	49

Introducción

El presente documento constituye la monografía de egreso de grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR.

El tema que se ha seleccionado es el proceso de medicalización del momento próximo a la muerte de una persona enferma, precisamente con la relevancia adquirida por la medicina paliativa en las últimas décadas. Para ello se hace necesaria la comprensión de cómo el momento de la muerte es colocado en el ámbito del cuidado social, y en particular, cómo fue el proceso de su medicalización.

De acuerdo a la temática seleccionada se pretende estudiar el proceso de medicalización del momento próximo a la muerte de una persona enferma. La relevancia del tema se justifica por el cambio socio – cultural que ha atravesado la sociedad frente a la muerte y la forma de tratarla, teniendo como consecuencia que en la actualidad se procuren formas más medicalizadas de enfrentarse a esta situación. Se realiza un recorrido histórico desde fines del siglo XIX y todo el siglo XX, con la finalidad de establecer las diferentes formas que ha tenido la sociedad de enfrentarse a la muerte hasta llegar al momento de su medicalización.

Este análisis tiene como objeto de estudio “Los mecanismos a partir de los cuales se llegó al proceso de medicalización del momento próximo a la muerte”. Es decir, aquellos sucesos que posibilitaron la medicalización de la muerte.

Para comprender las características de este proceso en la actualidad, se analizará su expresión desde fines del siglo XIX, etapa en la cual la sociedad enfrentó un fuerte proceso de medicalización, y se extenderá a lo largo del siglo XX, buscando destacar cómo este proceso también llegó a involucrar el final de la vida del ser humano.

La bibliografía consultada (Menéndez en Mitjavila, 1998, p. 2) indica que:

Con el término medicalización, las ciencias sociales suelen referirse a los procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios.

El estudio se guía por la siguiente hipótesis o línea indagatoria: “El proceso de medicalización de la sociedad acompañado por el avance científico y técnico le permitieron a la medicina apropiarse de una función que anteriormente le era externa, el cuidado de la persona enferma en el momento próximo a la muerte a través de la medicina paliativa”.

En la misma línea el objetivo general que compone a este trabajo consiste en indagar de qué manera se comienza a producir un proceso de fuerte medicalización de los cuidados al final de la vida.

Respecto a la perspectiva teórico-metodológica consiste en un estudio exploratorio, descriptivo, basado en una revisión bibliográfica acerca de los mecanismos que posibilitaron el proceso de medicalización del momento próximo a la muerte de una persona enferma, es decir la apropiación por parte de la disciplina médica de los cuidados en la etapa final de la vida del ser humano.

Para llevar a cabo el estudio del tema planteado se tomarán los aportes de Foucault (1992) quien utiliza la genealogía como método para analizar la historia a partir de los discursos, en este sentido los discursos pertenecientes a cada momento con el fin de poder establecer cómo se dio el proceso de medicalización del momento próximo a la muerte. Como sostiene Foucault (1992) percibir la singularidad de los sucesos recuperando aquellos sucesos individuales que producen cortes dentro del movimiento de la historia. Para el autor una búsqueda de la procedencia, para encontrar lo heterogéneo en aquello que se percibe como

homogéneo. En la misma línea Varela y Álvarez- Uría (1997) sostienen que el método histórico permite entender a la sociedad como sistema en la cual los grupos sociales, las creencias, las instituciones, etc están relacionados entre sí, y por lo tanto deben de ser estudiados en sus conexiones mutuas, en su génesis y desarrollo. En este sentido la bibliografía consultada indica que:

El método genealógico [...] Por una parte estudia los procesos de cambio social en tanto que tales. De ahí que esta metodología se centre en procesos de larga duración con el fin de dar cuenta de las reglas de constitución de un campo, las regularidades y las transformaciones. Pero además se trata de desentrañar la lógica interna de funcionamiento de dicho campo, los conceptos y operaciones que lo atraviesan, así como las relaciones que existen entre los discursos y el contexto material no discursivo. (Varela, Álvarez- Uría, 1997, p.63)

Se trata de recurrir a la historia para romper con esquemas preestablecidos y recuperar la memoria de los conflictos con el objetivo de comprender cómo se han gestado las condiciones que conforman el presente, de entender la lógica de los procesos que siguen teniendo incidencia en el presente, (Varela y Álvarez- Uría, 1997).

Para desarrollar el trabajo, en principio, se expondrá un recorrido histórico por las diferentes formas que ha tenido la sociedad de enfrentar la muerte y la medicalización de la misma. En un segundo capítulo se expondrá el cambio de funcionalidad del hospital y del rol desempeñado por la profesión médica en dicha institución, y a su vez la creciente especialización de la disciplina médica, para luego establecer cómo se ha llegado a través de la medicalización del momento próximo a la muerte al desarrollo de la medicina paliativa. Se propone además una reseña de la situación actual de los cuidados paliativos en Uruguay.

En el último capítulo se expondrán las consideraciones finales, que sintetizan lo trabajado en el documento, colocando el énfasis en la actual forma de enfrentar el momento próximo a

la muerte, es decir, la medicina paliativa.

Capítulo I

Antecedentes. Aspectos socio históricos. El hombre y los cuidados ante la muerte

En este capítulo se hará un recorrido histórico con el objetivo de comprender las diferentes formas en que el hombre se ha enfrentado a la muerte a lo largo de la historia, pero particularmente desde fines del siglo XIX y todo el siglo XX.

Diversos autores han dedicado sus obras a exponer cómo el hombre se ha enfrentado a la muerte a lo largo de la historia. Uno de los autores cuyos aportes serán tenidos en cuenta para este estudio es Philippe Ariès (1975), quien en su libro *“Historia de la muerte en occidente. Desde la edad media hasta nuestros días”* hace referencia a cómo era vivido el momento próximo y propio de la muerte por la sociedad occidental. El autor hace referencia en su obra a cómo era enfrentada la muerte y los diferentes rituales que se han llevado a cabo ante ésta desde el siglo XII hasta el siglo XX. Ariès (1975), realiza una comparación a lo largo de estos siglos en donde plantea, a grandes rasgos, que desde la edad media hasta el siglo XIX la muerte era enfrentada con naturalidad y la persona moría rodeada por su familia y amigos. Este hecho según el autor, proporcionaba al enfermo tranquilidad, y para la familia se trataba de un proceso de duelo. En cambio a partir del siglo XX la muerte que se vuelve privada es enfrentada a la vez con pánico y angustia, y el duelo pasa a ser reprimido, (Ariès, 1975).

Para este estudio el énfasis se colocará en los siglos XIX y XX. En este sentido Ariès (1975) describe una muerte pública y organizada, característica del siglo XIX, donde la habitación de la persona enferma era convertida en un espacio público en el que todos participaban.

Existió a lo largo del siglo XIX, una actitud por parte de la sociedad ante la muerte que Ariès (1975) denomina tradicional, en la cual la muerte se presenta como familiar y próxima a los habitantes, y a su vez, es vivida de manera atenuada e indiferente. “La familiaridad ante

la muerte es una forma de aceptación del orden de la naturaleza, aceptación a la vez ingenua en la vida cotidiana. El hombre experimentaba en la muerte una de las grandes leyes de la especie y no procuraba escapar de ella (...) simplemente la aceptaba” (Ariès, 1975, p.p. 43-44).

Ariès (1975) plantea que a mediados del siglo XX se procesa una ruptura en la forma de enfrentar la muerte. En este sentido se pasa del ámbito público de la muerte, a uno privado y reservado a la familia. El autor justifica este quiebre con el desplazamiento de la muerte, se pasa de morir en el hogar a morir en el hospital. “Se muere en el hospital por que el hospital se ha convertido en el lugar donde se procuran cuidados que no pueden procurarse en casa” (Ariès, 1975, p. 85). El hospital se transformó en un centro médico que cura y lucha contra la enfermedad, (Ariès, 1975). Se ha convertido en el lugar de muerte moderna, en donde se encuentra al mismo tiempo un nuevo modelo de muerte, un “*acceptable style of living while dying*”, o un “*acceptable style of facing death*”, (Ariès, 1975, p. 86). Esto hace referencia a un estilo de vida aceptable mientras se muere o un estilo aceptable de enfrentar la muerte, Ariès (1975). Al mismo tiempo, como ya se mencionó antes, la muerte pasa a ser un momento privado y reservado, en un espacio diferente y en donde los actores que intervienen apropiándose tanto del espacio como del momento, son los médicos con sus saberes y discursos.

Con respecto a la sociedad uruguaya y su forma de enfrentar la muerte a lo largo de la historia no difiere mucho de lo planteado por Ariès. Para hacer referencia a esto se tomarán los aportes de Barrán (1989), quien plantea que la sociedad uruguaya vivió una transformación sociocultural desde fines del siglo XIX hasta las primeras décadas del siglo XX. Se trató del cambio de sensibilidad, en donde se pasó de la que denominó “cultura bárbara” a la “sensibilidad civilizada” (Barrán, 1989). Desde esa perspectiva en el siglo XIX en la sociedad uruguaya predominaba una sensibilidad bárbara: era considerado que la

población (pobre) vivía sin reglas, en donde la rutina estaba marcada por el vicio, el ocio, el desenfreno sexual y la escasa cultura de trabajo, además del alto índice de violencia interpersonal. También cabe destacar que en el siglo XIX la sociedad uruguaya se componía de una población joven y una elevada la mortalidad de los habitantes, sobre todo en la primera mitad de dicho siglo, debido a las epidemias que se cobraban miles de vidas cada vez que aparecían. Por ejemplo: “Entre marzo y junio de 1857 la fiebre amarilla diezmó, literalmente, a la capital. El médico e historiador Washington Buño estima que de unos 20.000 habitantes probables del casco urbano de ese año 2.500 o algo menos, fallecieron de fiebre amarilla” (Barran, 1989, p. 25).

Existía entonces una total irreverencia del hombre ante la muerte, la sociedad de la época se encontraba frente a una cultura de exhibición de la misma. La muerte se presentaba ante los habitantes de manera cercana y frecuente, el fundamento de esto reside en la baja esperanza de vida de aquel entonces, y en la fragilidad de la vida misma (Barrán. 1989). La muerte, y sobre todo la muerte de los niños, era un fenómeno natural en la sociedad de esta época. Esta se presenta como una circunstancia familiar en el siglo XIX (Barrán, 1989). “La juventud y la muerte son cosas tan diferentes y opuestas que su unión nos parecería un suceso monstruoso e increíble si no estuviéramos acostumbrados a verla con frecuencia” (Barrán, 1989, p. 30). En esta muerte exhibida y naturalizada del siglo XIX la iglesia tenía un importante rol, esto se debía a que el cura permanecía con el enfermo hasta su encuentro con la muerte. Este hecho marca el papel que cumplía la iglesia en la sociedad, procurando la salvación del alma y no la del cuerpo, y en donde se tenía la convicción que la salvación estaría después de la muerte (Barrán, 1989).

Por otro lado, el dolor físico era considerado como una oportunidad para demostrar el coraje y la virtud de cada uno, a su vez se hacía evidente la intolerancia del dolor físico del otro, (Barrán, 1992). “La aceptación tranquila de la muerte y la insoportabilidad del dolor

físico ajeno, ante el cual no había por qué simular valentías personales que se vivían como rasgos de crueldad, esto es lo que se encuentra detrás de la opción cultural de la muerte” (Barrán, 1992, p.30). En el correr del siglo XIX lo que impactaba era la muerte colectiva, la cual causaba conmoción cuando aparecían las epidemias. La muerte individual no era vivida con intensidad. (Barrán, 1992).

En siglo XIX el cotidiano de la muerte era en la casa y en familia, y el hospital era visto con temor por la población. El Hospital de la Caridad era el único que existía hacia inicios del siglo XIX en Montevideo, se trataba de una institución con un enfoque católico que estaba regido por las Hermanas de la Caridad con la finalidad de cuidar más que de curar. Atendía a los enfermos pobres, indigentes, mendigos, etc, era el lugar donde iban a morir aquellos que no tenían familia y por lo tanto se enfrentaban al destino de morir solos. El poder de los médicos en la institución era muy reducido, cumpliendo la función de prescribir el tratamiento y visitar a los enfermos dos veces al día en horarios establecidos; eran tratados como empleados subordinados, (Barrán, 1992).

Como ya fue mencionado antes, hacia finales del siglo XIX, Barrán (1989) destaca un cambio socio-cultural que comienza a vislumbrarse. Se da un cambio de sensibilidad, pasando de la “cultura bárbara” a la “sensibilidad civilizada” (Barrán, 1989), un cambio de actitudes ante la vida y la muerte, emerge una cultura que propicia la conservación del cuerpo, se buscaba controlar las pasiones a través del dictado de normas, no desde Dios, sino aspirando a una larga vida del cuerpo. La salud pasa a ser equiparada con el poder sobre el cuerpo, procurando la conservación de la salud (Barrán, 1992). Se trata de un hecho que marca una importante diferencia con la denominada cultura “bárbara” de principios del siglo XIX. Como ya fue mencionado antes, en la sociedad “bárbara” la iglesia católica tenía un papel preponderante en el momento de morir, esto encuentra su fundamento en el hecho de que para la cultura de la época la jerarquía estaba fijada en la salvación del alma antes que la

del cuerpo. En cambio, en la nueva cultura la muerte “civilizada estaba medicalizada” (Barrán, 1992). En esta misma línea de análisis, la bibliografía consultada hace la siguiente mención:

En cambio, durante la “civilización” desapareció la muerte sin médico, al menos certificador. Si en 1881 un 23% de los fallecidos lo hizo sin asistencia médica, ese porcentaje, en constante decrecimiento, virtualmente desaparece en 1889. El médico, aliado a veces del cura, su enemigo en otras oportunidades, fue el compañero inseparable de la agonía “civilizada”. Desde su cuidado influyó en el agonizante y los parientes con sus puntos de vista más destinados a salvar el cuerpo. (Barrán, 1992, p. 256)

Este destierro de la iglesia de uno de sus roles tradicionales formó parte del proceso de secularización que estaba atravesando la sociedad uruguaya desde 1860, proceso que perduró hasta 1920, y por el cual la iglesia perdió su preponderancia sociocultural (Barrán, 1989).

En síntesis, se trató de un cambio socio-cultural que desplazó la naturalización de la enfermedad y la irreverencia del hombre ante la muerte, e instauró el foco en la salud y el cuerpo, pasando a ser un valor fundamental el cuerpo sano. En el siguiente apartado se analizará esta importancia puesta sobre el cuerpo individual y el establecimiento de la salud como el poder sobre el cuerpo principalmente a partir de principios del siglo XX

El culto de la salud

Como ya ha sido mencionado, desde finales del siglo XIX la sociedad uruguaya atravesó un importante cambio sociocultural. Pero el énfasis en este apartado se colocará en la importancia que cobró el descubrimiento del propio cuerpo por parte del hombre, y la búsqueda de la salud en la nueva “sensibilidad”, ya descrita anteriormente. Con este nuevo punto de vista el cuerpo y la salud se transformaron en bienes a cuidar, y son nuevos actores los que toman el rol de estos cuidados. Se trata de la profesión médica y su nuevo papel en la sociedad de la modernidad. En este sentido, según la bibliografía consultada,

Hemos pasado en doscientos años, del terror social al cuidado individual, del protagonismo de la epidemia, al de la salud, del médico como figura occidental y esporádica, a su saber (y su poder, en consecuencia) invadiendolo todo, la enfermedad y la salud, las ideas y las conductas, la razón y también la locura. (Barrán.1992. p. 10)

En el cambio de sensibilidad denominado por Barrán (1989) “Sensibilidad civilizada” de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, se da una transformación paulatina en la conducta de la población en cuanto al control de las pulsiones y por lo tanto de los comportamientos. Esta nueva sensibilidad, entre otros aspectos, propició el culto a la salud otorgándole un valor primordial al cuerpo saludable y laborioso. En este sentido la higiene era la condición previa de salud, y la salud era equiparada con el poder sobre el cuerpo, como un capital primordial. Comienza a vislumbrarse la relación del hombre con su cuerpo y el descubrimiento de su valor; en términos genealógicos de Foucault (1992) el cuerpo es historia y forma parte de la historia. “El culto de la salud como valor absoluto condujo y a la vez fue alimentado por la medicalización de la sociedad” (Barrán. 1992. p. 11).

Como ya fue mencionado antes, el término medicalización refiere a la expansión técnica e ideológica de la medicina en ámbitos que antes le eran externos, (Menéndez en Mitjavila,

1998), en otras palabras, la medicalización como la expansión del campo de intervención de la medicina, pasando a ser controlado el espacio social, (Ortega, 2008). Según Barrán (1992), la medicalización significó también la secularización de la sociedad uruguaya, debido a que se produjo un cambio en los creadores de conductas morales, es decir, se sustituye al cura por el médico en la dirección de conductas individuales. En la “sociedad bárbara” del siglo XIX descrita por Barrán (1989), y como ya fue mencionado, la iglesia católica tenía un papel preponderante en el momento de morir, el fundamento de esto reside en que la jerarquía estaba puesta en la salvación del alma antes que la del cuerpo. En cambio, en la nueva cultura la muerte “civilizada estaba medicalizada” (Barrán, 1992, p.257). “Salud y cuerpo se vincularon, pero el descubrimiento del valor absoluto de aquella no significó el descubrimiento del valor absoluto de este. Los derechos de la salud implicaron de alguna manera el respeto al cuerpo...” (Barrán. 1992, p. 11-12).

Es posible afirmar que este cambio de sensibilidad atravesado por la sociedad uruguaya del novecientos se trató de una imperiosa necesidad de la clase dominante de disciplinar a aquellos que eran considerados por estos como los causantes de las epidemias, los pobres, esa clase que se mostraba irreverente y se entregaba al vicio, a la suciedad, a la lujuria y al ocio. Factores que para la iglesia y la clase dominante generaban el desorden y la desobediencia. En este sentido Barrán (1992), afirma que las clases dirigentes fueron las promotoras de este cambio, siendo éste, por lo tanto, intencional y permitiéndoles imponer su concepción de orden social y de progreso económico. Fue así que se promovió a través de agentes como el cura, el maestro, las amas de casa y el médico una moralización de la sociedad. “Así, el crecimiento del rol y los valores de la burguesía, fue de la mano con el crecimiento del rol del médico y el descubrimiento de la salud” (Barrán, 1992, p.117).

Tomando los aportes de Foucault (2002) es posible indicar que se trató de una moralización que se regía por la imposición de ciertas pautas de comportamiento que permite

el control de este sector de la población. Un disciplinamiento de las conductas, focalizando la atención en el cuerpo, un cuerpo que se manipula, que se educa, se vuelve hábil y que obedece. “A estos métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad – utilidad es a las que se les puede llamar disciplinas” (Foucault. 2002. p. 141). Se trata de un disciplinamiento que “endereza conductas”, (Foucault, 2002). En este sentido se puede decir que bajo la carátula del cuidado a la salud, lo que se buscaba en realidad era un control de los cuerpos y las conductas individuales con el objetivo de hacerlos útiles para el trabajo, la salud formaba parte de un plan de control.

En cuanto a la muerte y la forma de enfrentarse a ella, según Barrán (1992) las enfermedades no eran la principal causa de muerte entre los habitantes del siglo XIX, sino las heridas causadas por la violencia que primaba entre los habitantes. En la sociedad uruguaya del siglo XIX lo que impactaba era la muerte colectiva, se trataba de aquella muerte causada por las pestes y las epidemias. Estas mismas enfermedades que se cobraban miles de vidas en este siglo, siguieron apareciendo con frecuencia en las primeras décadas del siglo XX. En este sentido se puede destacar lo siguiente:

Sí conmovieron las epidemias, esas formas extremas de la enfermedad que diluían la muerte en lo social y generaban un miedo visceral o animal: las de fiebre amarilla y cólera en la segunda mitad del siglo XIX, las de viruela y escarlatina cada docena de años más o menos. Pero la enfermedad como hecho individual y no colectivo, la muerte personal y no masiva, eso fue admitido, no se juzgó como un escándalo, como si lo hizo el Novecientos. (Barrán, 1992, p. 24)

Lo fundamental a destacar es la transformación que se dio en el siglo XX, de la actitud asumida frente a los mismos problemas de siempre, se da un cambio de postura frente a la muerte ya no sólo genera impacto la muerte colectiva, sino también la individual, se deja de lado la postura pasiva ante la muerte que caracterizó al siglo XIX y se comienza a buscar en

el siglo XX formas de retrasarla; desaparece aquella naturalización de la muerte. En esta nueva cultura que pone valor al cuerpo y busca la conservación de la salud, propia de la nueva “sensibilidad” del siglo XX, comienza a tomar fuerza el rol del médico en la enfermedad, pero también en el momento de la muerte, marcando esto una diferencia importante con la anterior cultura “Bárbara” (Barrán, 1989), debido a que cuando la persona no tenía otro destino que la muerte culminaba la intervención del médico, dando lugar a la intervención del cura. Se trata entonces de una ampliación del rol de la profesión médica la cual posee un saber calificado que le otorga el monopolio de curar.

En el siguiente apartado se tratará cómo la profesión médica pasó a constituirse, según Barrán (1992) en una “clase” con un monopolio adquirido y legitimado socialmente, favorecido por el proceso de medicalización de la sociedad uruguaya en el novecientos y por un Estado que lo habilitaría.

La consolidación de la “clase médica” y la medicalización de la sociedad

El siglo XIX de la sociedad uruguaya se compuso de momentos transicionales de fundamental importancia para la vida de la población. Se puede decir que a finales de éste y principios del siglo XX, la sociedad se somete a la mayor transformación cultural con el cambio de sensibilidad descrito por Barrán en su obra. En este sentido fueron varios los procesos por los que atravesó la sociedad uruguaya a finales del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX. Un importante aspecto a destacar en cuanto a lo mencionado es la transición demográfica que comenzó a finales del siglo XIX, la cual condujo a bajos niveles en las tasas de mortalidad y de natalidad de la población uruguaya y tuvo como consecuencia un crecimiento casi nulo de la población (Pellegrino, 2003). En cuanto a la mencionada transición demográfica, la bibliografía consultada indica:

En este proceso, conocido con el nombre de “transición demográfica”, las poblaciones pasan de una situación de equilibrio, consecuencia de una mortalidad y natalidad altas a otra situación también de equilibrio entre una mortalidad y natalidad bajas; en ambos casos tiene lugar un crecimiento bajo o nulo de la población. (Pellegrino, 2003, p. 5)

En cuanto al mencionado descenso de la mortalidad Pellegrino (2003) afirma que fue posible gracias a la conjunción de factores como las campañas masivas de vacunación, la difusión de tecnologías médicas y la extensión de los servicios de salud. En este sentido Pellegrino, Cabella, Paredes, Pollero y Varela (s/f), afirman que por un lado el debate clásico pone como principal factor del descenso de la mortalidad, a los avances de la medicina y las mejoras de la salud pública en donde el Estado tiene un importante papel; por otro lado existe otra postura que pone el énfasis en el crecimiento económico y con él la mejora en la calidad de vida de la población, lo cual genera una mayor resistencia a la infección. En este sentido las autoras afirman que:

Si bien la discusión se mantiene viva, el debate contemporáneo complejiza el problema y en lugar de considerar cada una de estas visiones como excluyentes, incorpora a ambas en su análisis, conjuntamente con otros factores tales como la urbanización, cambios en las costumbres higiénicas, la educación o la desigualdad social. (Pellegrino, Cabella, Paredes, Pollero y Varela, s/f, p. 10).

Otro factor importante que atravesó la sociedad uruguaya en el siglo XX consistió a la transición epidemiológica, en este sentido y tomando los aportes de Pellegrino, Cabella (...) Varela (s/f), el descenso de la mortalidad se vio estrechamente relacionado con la transición epidemiológica, siguiendo esta línea la bibliografía consultada indica:

Los cambios en el nivel de la mortalidad están vinculados y se explican por cambios en el patrón de las causas de muerte. A medida que desciende la mortalidad, se reduce el peso relativo de las defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias y aumenta el de las enfermedades cardiovasculares, crónicas y degenerativas, propias del deterioro por envejecimiento de la población. (Pellegrino, Cabella (...) Varela et al. s/f, p. 9)

Como fue visto de manera implícita, la profesión médica no quedó por fuera de esta transformación, pero es de advertir que no fue fácil su consolidación en la sociedad como una clase que poseía un saber. Para poder entender cómo la profesión médica llegó a consolidarse como una clase socialmente legitimada, es preciso comprender el proceso por el cual su saber llegó a colocarse en una posición de poder.

Tomando los aportes de Barrán (1992), en el siglo XIX no estaba formalmente determinado quién ejercería la función de curar en la sociedad uruguaya, existía por parte de la sociedad un acto democratizado de curar. Según Barrán (1992), todos creían tener las habilidades de curar, y la clase médica no tenía siquiera el monopolio del saber sobre el curar. Existía por parte de la sociedad cierto rechazo hacia la medicina académica, y se encontraba muy instalada la medicina de los curanderos, conocida como medicina popular

en donde los médicos y sus terapias resultaban prescindibles.

Barrán (1992) sostiene que los médicos tenían consciencia de su escaso prestigio social y se quejaban por esto, situación que se ve reflejada en una cita textual de Adolfo Brunel (médico del siglo XIX), “En Montevideo las clases elevadas que deberían ser ilustradas, dispensan su confianza a charlatanes y vendedores de remedios, lo mismo que pudieran hacerlo las masas ignorantes” (Barrán, 1992, p.45).

Al desprestigio social que tenía la profesión médica, se le anexa otro factor que actúa como complemento a este descreimiento colectivo, se trata de las sucesivas guerras médicas que se dieron hasta finales del siglo XIX ocasionando una mayor caída del prestigio del médico y un aumento en la desconfianza generalizada hacia la medicina académica. En esta línea la bibliografía consultada (Barrán 1992, p.56) indica:

La sociedad uruguaya del siglo XIX despreció y democratizó el poder de curar, porque en vez de añorar la salud y el vigor del cuerpo, los vivió; y más que temer al dolor físico lo estimó una prueba de “virtud”. Porque asoció la muerte no con la enfermedad sino con la violencia interpersonal y la forma pánica de la epidemia, y porque no logró diferenciar con claridad por sus resultados a los diferentes saberes del curar.

El afianzamiento de la profesión médica se dio de forma lenta y difícil, venciendo la resistencia popular a la invasión del cuerpo a través de los diferentes tratamientos médicos. De esta forma, desde fines del siglo XIX, comienza a reafirmarse una medicalización de la sociedad uruguaya. Esta medicalización según Barrán (1992), se dio de forma paulatina y a la vez precoz en comparación con el resto de América, encontrando esto su fundamento en el hecho de que Uruguay contaba con dos factores de vital importancia, una buena organización sanitaria y asistencia pública nacional. Pero también se dio una legislación que ayudó a perfeccionar el monopolio médico de curar, además de reglamentaciones más estrictas en la

carrera de medicina.

Barrán (1992) afirma que con la medicalización se produjo un pasaje del control de la caridad al control de la medicina. Tomando los aportes de Foucault (1979), se trata de un control a través de la regulación y gestión de la vida, lo que Foucault (1979) denomina biopolítica. La medicina se transforma en una herramienta de la biopolítica debido a que la enfermedad es un fenómeno relativo de las poblaciones que penetra en la vida. Se trata de enfrentar un problema colectivo como los son las epidemias y la alta mortalidad que causan, debido a que estas situaciones provocan perjuicios económicos y sociales. Según Foucault (1979), la muerte entendida como el fin de la vida es también el fin del poder, esto es porque en la muerte la biopolítica encuentra su límite quedando por fuera su capacidad de acción. El poder puede dominar la mortalidad, pero no la muerte.

En este sentido el Estado tiene la función de organizar a la población, es decir, regular la vida de la población. Para cumplir con esta función desarrolla mecanismos institucionales que se expresan en saberes los cuales a través de prácticas que ejercen un control. En términos de Foucault (1979), la biopolítica apunta al control de la población en aspectos que refieren a la vida, la higiene, la educación, entre otros aspectos que constituyen a la vida cotidiana, transformándose la medicina en una herramienta que posee el monopolio de un saber calificado en términos de salud y enfermedad, permitiéndole su creciente injerencia en la vida de la población. En la misma dirección (Ortega, 2008, p.28) afirma:

La medicina como institución reivindica el monopolio de lo que tiene que ver con la salud y así todas las intervenciones médicas se tornan posibles, colonizando ampliamente la vida cotidiana de los individuos bajo la promesa de la salud y la prolongación de la vida.

Lo explicado en el párrafo anterior permite afirmar que desde finales del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX, a través de una estrategia biopolítica se llevó a cabo una

modificación en la vida de la población. A través del higienismo que tuvo lugar a fines del siglo XIX y con el acrecentamiento de la profesión médica en las primeras décadas del siglo XX, se afianzaron los lazos entre medicina y Estado, en donde en épocas de epidemia el mandato a obedecer era de aislar y desinfectar. Lo antes mencionado se ve reflejado en la creación de la Ley 9202, Ley Orgánica de Salud Pública del 12 de enero de 1934. En dicha ley se establece que es competencia del Estado por intermedio del Ministerio de Salud Pública, organizar los servicios de asistencia e higiene, con el fin de mantener la salud colectiva (Ley 9202. Ley Orgánica de Salud Pública). En este sentido se cumplían con los mandatos del poder médico, quien tenía el poder de curar, generando un hábito de cumplir con los mandatos estatales. El poder médico era el saber de la ciencia, otorgándole al médico derecho a penetrar en la vida del individuo y en la sociedad en su conjunto (Barrán, 1992)

Tomando en cuenta lo estudiado por autores como Barrán (1992), se puede afirmar, que el proceso de medicalización de la sociedad uruguaya se dio por la conjunción de diferentes factores, el primero a destacar refiere al cambio socio-cultural atravesado por la sociedad a fines del siglo XIX, el cual fue un punto de inflexión en cuanto a la forma de tratar la enfermedad y la muerte, al descubrir el valor del cuerpo individual, y del cuerpo colectivo de la población. Este cambio se vio conformado por el movimiento higienista de fines del siglo XIX, en esta línea Ortega (2008), quien toma los aportes de Barrán (1992, 1993, 1995), De Martino (1996) y Acosta (1997); indica “El proceso de consolidación del denominado «higienismo» en la sociedad uruguaya del novecientos se asienta sobre cambios institucionales que responden las nuevas formas de concebir y actuar frente a la realidad social” (Ortega, 2008, p. 41). La tendencia estaba puesta en codificar en términos sanitarios a un gran conjunto de problemas sociales y apuntando al medio externo como causa principal que afecta la salud de la población (Ortega, 2008).

Un segundo factor es la reglamentación de la medicina a través de la exigencia del título

universitario para ejercer la profesión y la reglamentación de los espacios habilitados para el ejercicio. En este sentido la legislación dispuso, “Reglamentar y contralorear el ejercicio de la medicina, la farmacia y profesiones derivadas y los establecimientos de asistencia y prevención privados” (Ley 9202, Ley Orgánica de Salud Pública. Cap. 1, Art. 2, Inc. 6). A su vez en el artículo 13 se establece lo siguiente, “Nadie podrá ejercer la profesión de médico cirujano, farmacéutico, odontólogo y obstétrico, sin inscribir previamente el título que lo habilite para ello, en las oficinas del Ministerio de Salud Pública” (Ley 9202, Ley Orgánica de Salud Pública. Cap. 13).

Como tercer factor, se puede exponer lo que Barrán (1992) denominó la cohesión de la clase médica como una corporación, a partir de la culminación de las guerras médicas que se sucedieron a lo largo del siglo XIX. Un cuarto factor consiste en la creación de hospitales regulados por el Estado a través del Ministerio de Salud Pública, en donde la población concurría a tratar sus afecciones; este aspecto será abordado en profundidad en el siguiente capítulo. Y por último es imprescindible destacar los avances científicos y técnicos que tuvo la medicina a fines del siglo XIX y principios del siglo XX, tratándose de la creación de la vacuna contra la difteria, enfermedad que mantenía una elevada mortalidad infantil y aumentando la cobertura de la vacuna contra la viruela debido que a principios del siglo XX surgieron nuevos brotes de dicha enfermedad (1900-1904, 1911-1916). Además se implementó la aplicación de sueros, la expansión de los calmantes como la morfina que ayudaban a que fuera soportable el dolor, entre otros (Barrán, 1992). En este sentido Barrán (1992) afirma que ya a fines del siglo XIX los médicos habían comprendido que uno de sus roles fundamentales era calmar el dolor, no era tolerado aquel dolor del enfermo que agonizaba ante la muerte, se buscaba aliviar el sufrimiento acudiendo a dichos calmantes.

Es fundamental destacar que la búsqueda de alivio del dolor a los enfermos fue un punto clave, pero no hegemónico en la cultura del novecientos, debido a que existía una postura por

parte de algunos médicos los cuales fundamentaban que estos tratamientos abrevian la vida de la persona cuando el fin era prolongarla (Barrán, 1992). En este aspecto es posible visualizar el cambio de postura que se estaba dando, la sociedad y la medicina ya no aceptan el sufrimiento del enfermo o del moribundo y se buscaban formas de mitigarlo.

Todos estos factores acontecidos en las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del siglo XX, tuvieron como consecuencia un reconocimiento colectivo del saber médico y sus técnicas de intervención otorgando a la profesión un nuevo e importante prestigio social. Con esta sucesión de acontecimientos encontró su génesis la clase médica,

“La clase médica” se preocupó desde el Novecientos por generar una tradición (...) de mutuo apoyo entre sus miembros, la que, vista desde afuera de la misma clase, se parecía demasiado a menudo a defensa de intereses corporativos, a creación de una imagen profesional que se quería impoluta en aras del curar... y de los profesionales. (Barrán, 1992, p.86)

Esta clase médica logró consolidarse desde fines del siglo XIX hasta la tercera década del siglo XX, controlando primero las autoridades estatales, siguiendo con el control de hospitales, asilos, etc; y por último obtuvo el control de la beneficencia pública desplazando de esta manera a la iglesia católica quien era la encargada de esta función (Barrán, 1992). En este sentido la bibliografía consultada indica:

El Estado apoyó permanentemente y en casi todas sus pretensiones a la “clase médica” porque su saber representaba a la cultura científica ante la “ignorancia” popular, porque su poder era a menudo un agente eficaz del gobierno central en el interior, y porque ambos, saber y poder, tenían una función disciplinante clave en la construcción del hombre que el orden establecido requería. (Barrán, 1992, p.173)

Los médicos a través de sus prácticas y discursos lograron legitimar el saber que poseían adquiriendo poder en la sociedad. Surge una nueva visión al rol del saber médico, el cual a

través de la medicalización coloniza nuevos dominios, posibilitando una redefinición del alcance de la profesión. Según Mitjavila (1998), la medicalización tuvo como punto estratégico la temprana focalización de formas graves de desviación, dejando para la religión y el derecho un residuo de las transgresiones. Además la autora afirma que el poder médico posee una autoridad cultural, la cual refiere a que ciertos juicios o definiciones que se deriven de la medicina sean tomados como válidos, fundamentando su intervención en la vida social en nombre de la salud.

En esta misma línea (Mitjavila, 1998, p.35) afirma que:

El reconocimiento del saber médico como conocimiento calificado implica generalmente la aceptación de su autoridad cultural. Este tipo de autoridad es en muchas ocasiones la base a partir de la cual se reproduce y expande la autoridad social de la medicina.

La referida autoridad cultural de la profesión médica, a la cual Mitjavila (1998) le pone énfasis, se justifica en el hecho de que la medicina posee un saber calificado y fundamentado racional y científicamente, dirigiendo su intervención a un valor tan absoluto como lo es la salud en el novecientos. Este tipo de autoridad le otorga poder a la profesión. Por otro lado, se vio fortalecida la auto concepción de la medicina acerca de que sus conocimientos y habilidades la dotan de una sabiduría única sobre la vida y la naturaleza humana. “De esta manera los médicos acostumbran a considerarse expertos, no sólo en los problemas para los cuales están entrenados, sino también respecto a todas las dificultades de los seres humanos” (Mitjavila, 1998, p.43). En este mismo sentido Barrán (1992), afirma que ese poder adquirido por la profesión médica le hizo considerar que tenía la virtud de curar con su ejercicio, generando que se convirtiera la medicina en un saber reconocido, “El poder médico se transformó de este modo en un poder que solo absoluto podía cumplir su finalidad que era también la finalidad de los pacientes (los objetos del poder): mantener o recuperar la salud”

(Barrán, 1992, p.194).

A partir del novecientos se da un cambio en la imagen cultural de la muerte, es decir, se pasa de la muerte violenta y masiva del siglo XIX, aquella muerte que el saber médico no podía controlar; a una muerte que se convierte en esperable debido a la edad que se puede alcanzar a vivir, la cual el saber médico con sus herramientas científicas se encuentra en condiciones de aplazar. En el siglo XX donde la medicalización gana cada vez más terreno, se buscaba el ocultamiento de la muerte, Barrán (1992) justifica esto en el hecho de que los médicos ocultaban aquellos diagnósticos de enfermedades mortales como la tuberculosis, se trataba del ocultamiento de la gravedad del paciente, (Barrán, 1992). Siguiendo este planteo (Barrán, 1992, p.219), indica lo siguiente:

Pero la norma fue ocultar la tuberculosis y la gravedad, y como no se procedió de la misma manera con la sífilis, tenemos el derecho a suponer que lo realmente negado fue la muerte, ya que gravedad, tuberculosis y muerte fueron tríada casi inseparable, en cambio sífilis y muerte por lo general se disociaron. (...) La muerte convocaba tantos miedos cervales en el paciente y en el médico, que merecía ser negada.

Como fue mencionado antes según los aportes de Pellegrino (2003) desde fines del siglo XIX el Uruguay atravesaba una transición demográfica que dejó como consecuencia un crecimiento nulo de la población. Este factor que se caracterizó por el descenso de las tasas de mortalidad y natalidad, y el aumento de la longevidad tuvo como consecuencia una población envejecida y con esto las causas de la mortalidad ya no referían a las enfermedades infectocontagiosas, sino al desgaste propio del cuerpo. En el siglo XX nos encontramos frente a un nuevo fenómeno, se trata de una población envejecida. Esto se justifica en el aumento de la esperanza de vida, lo cual requiere de nuevos cuidados médicos, si bien es verdad que con la medicalización y los avances científicos de la medicina ya no se viven epidemias, el aumento de la esperanza de vida trae otros problemas de salud como el cáncer y

las enfermedades cardio-vasculares.

Otro aspecto a reseñar, aspecto que fortalece al poder médico, se trata de la apropiación del espacio hospitalario por parte de la medicina y por ende el cambio del rol del profesional dentro de la institución además de la apropiación por parte de la medicina del momento de morir. En el siguiente apartado se hará énfasis en este aspecto el cual se vio además impulsado por un Estado Batllista que a través de diferentes políticas, como la creación de hospitales en todo el país en las primeras décadas del siglo XX, impulsa la legitimación del poder del médico en la sociedad.

A modo de síntesis es preciso destacar que este recorrido histórico no tuvo como finalidad exclusiva rastrear las maneras de enfrentar la muerte para conocerlas y reconstruirlas, sino que el estudio se realizó con el fin de comprender las transformaciones que brindan una explicación a la realidad actual y más próxima a nosotros en la forma de enfrentar el momento de morir.

Capítulo II

El hospital: un cambio hacia el siglo XX

A inicios del siglo XX, en el apogeo del Estado Batllista, Uruguay vivía un proceso de constantes transformaciones, implicando importantes cambios en la sociedad y el Estado. Según Barrán (1992) este Estado fue un aliado de la medicalización, creando una serie de leyes y reglamentos que garantizan la atención sanitaria a toda la población, además de la creación de hospitales que aseguraban el acceso.

Las primeras reformas impulsadas por el Estado Batllista, tuvieron como una de las tantas consecuencias el descenso de la mortalidad de 20 por mil, cifra de finales del siglo XIX, a 15 por mil en el novecientos, aumentado a la vez la esperanza de vida de la población, (Mieres, 1995). En este sentido la bibliografía consultada indica que:

El perfil demográfico era de una población joven, con un proceso de urbanización en desarrollo y un enlentecimiento progresivo de su crecimiento. A su vez, el perfil epidemiológico del país mostraba una clara predominancia de las enfermedades transmisibles sobre las crónicas y una mortalidad infantil en menos de cinco años elevada (...) Esto tiene su explicación tanto en las condiciones socioeconómicas y ambientales como en el grado de desarrollo de los conocimientos científicos de la época. (Mieres, 1995, p.11)

El cambio atravesado por la sociedad uruguaya desde fines del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX, no solo impactó en las formas de comportamiento con respecto a la salud y la muerte de las personas. Es posible afirmar que se trató de una profunda transformación de la cual también forma parte el cambio de función que tuvo el hospital, es decir, aquella función de cuidar que tenía dicha institución en el siglo anterior fue absorbida por la nueva y principal función que pasa a tener el hospital en el siglo XX, la función de curar a la persona enferma. Con este cambio de funcionalidad también se ve afectado el rol

del médico dentro del hospital, pasando la medicina a tener dominio absoluto de la institución. De esta forma se ve desplazada la iglesia quien anteriormente ostentaba el poder. Siguiendo la línea de análisis, se tomarán los aportes de Foucault (1990) quien indica:

Desde el momento en que el hospital se concibe como un instrumento de cura y la distribución del espacio se convierte en instrumento terapéutico, el médico asume la responsabilidad principal de la organización hospitalaria. A él se le consulta cómo se debe construir y organizar el hospital. (...) A partir de entonces queda prohibida la forma de claustro, de comunidad religiosa que se había empleado para organizar el hospital, en beneficio de un espacio que será objeto de una organización médica. (p.169-170)

Como ya fue mencionado en el capítulo anterior, en el siglo XIX Montevideo sólo contaba con el Hospital de la Caridad el cual cumplía la función de cuidar a aquellos enfermos pobres, indigentes, mendigos, etc. En este sentido “La caridad en manos del Estado y las clases altas cuidó a los pobres con severidad y autoritarismo iluministas, iniciando así, una tradición hospitalaria que la salud pública continuó en el novecientos cuando estuvo en manos del Estado y los médicos” (Barrán, 1992, p.51). Con respecto a este punto Mieres (1995), señala que es a partir de 1910 con la sanción de la Ley Nacional de Asistencia Pública, queda marcado el final de la asistencia basada en la caridad. Este punto denota cada vez más la creciente participación del Estado minimizando la participación de la iglesia.

En la misma dirección Ortega (2008), sustenta que el cambio profundo atravesado por el hospital se asocia al cambio que transformó al médico en agente no subordinado, siendo éste el depositario de la nueva función de curar que en el novecientos comienza a tener el hospital. Surge a partir de entonces la hospitalización de la muerte, siendo los pobres los primeros en encontrarse frente a la muerte en el hospital y bajo los cuidados del saber médico.

Este traslado del enfermo al hospital, y por lo tanto también de la muerte, bajo la

supervisión y el cuidado del agente médico marca una ruptura. Es posible afirmar que surge una nueva concepción sobre la muerte y una nueva forma cultural de morir, la muerte deja de ser una cuestión religiosa convirtiéndose en total objeto de la ciencia médica. Siguiendo esta línea de análisis, y como ya fue mencionado en el capítulo anterior, Ariès (1975) sostiene que el siglo XX fue un siglo del gran rechazo a la muerte. A partir de entonces la muerte admite una ruptura debido a que se pasa del ámbito público en donde se moría rodeado de personas, a uno privado como lo es el hospital. Según el autor esto supone que morir en el hospital significa morir solo, debido al ámbito privado y reservado a la familia que significa esta institución. En este sentido Ariès (1975), indica lo siguiente:

Se muere en el hospital porque el hospital se ha convertido en el lugar en el que se procuran cuidados que no pueden procurarse en casa. (...) Se transformó primero en un centro médico en el que se cura y se lucha contra la muerte. Todavía conserva esa función curativa, pero un cierto tipo de hospital empieza también a ser considerado como el lugar privilegiado de la muerte (p.83)

Se trató de un cambio de funcionalidad del hospital, el cual estuvo impulsado por la creciente medicalización que estaba atravesando la sociedad uruguaya del siglo XX, modificando a su vez el rol del médico. Siguiendo este lineamiento se tomarán los aportes de (Ortega, 2008, p. 45) quien señala:

En esta etapa los hospitales atraviesan procesos de cambio profundo (...) en el sentido de la transformación del agente médico en un agente no subordinado. Podemos decir que a lo largo del siglo XVIII los hospitales fueron espacios institucionales del cuidar más que del curar (estando a cargo fundamentalmente de personal religioso) mientras que en el Novecientos progresivamente se tornan en lugares donde es posible la cura, y por tanto el médico, que es el depositario institucional de esa función, pasa a ocupar un lugar preponderante y de prestigio.

Este cambio de funcionalidad del hospital fue avalado por el nuevo Estado interventor de principios del siglo XX, debido a que la salud pública se había transformado en un asunto de

interés de Estado. En cuanto a esto Ortega (2008) describe que se comienza a generar un proceso de reorientación de la asistencia, en este sentido la bibliografía consultada indica:

En cuanto al último pilar, tiene que ver con un cambio sustancial en la consideración del papel del Estado en la administración de las instalaciones de beneficencia existentes que atendían aspectos de la salud pública: la creación de la Asistencia Pública Nacional en 1910. (Ortega, 2008, p. 39)

En la misma línea de análisis, Mieres (1995), sostiene que en la primera década del siglo XX con la reforma impulsada por la presidencia de José Batlle y Ordoñez queda claramente definida la función del Estado en materia de asistencia, con la sanción de la Ley de Asistencia Pública Nacional, el 7 de noviembre de 1910. Esta ley tuvo como uno de sus pilares el fin de la asistencia basada en la caridad y estableciendo que la asistencia gratuita era un derecho que el Estado debía garantizar.

Con la creación de la Asistencia Pública el saber científico adquiere un nuevo significado, en donde se pretende que la asistencia social y la caridad se sustenten en bases científicas, además como una actividad remunerada. En este sentido la asistencia pasa a ser una función especializada bajo un reglamento del Estado el cual procura recursos organizacionales para esta nueva forma de asistencia (Ortega, 2008). Se trata del desarrollo de políticas sociales a través de la creación de hospitales en todo el país en un período de aproximadamente 30 años, más precisamente se crearon 10 centros asistenciales en Montevideo y 28 en el interior del país. Entre los más importantes se destacan la creación del Hospital de Minas en 1904, Hospital Pereira Rossell (Montevideo) en 1908, Rosario en 1909, Flores en 1910, Melo y Tacuarembó en 1911, además de la creación de tres hospitales más en 1912 en Colonia, Santa Lucía (Hospital de Alienados), y el Hospital de Treinta y Tres, una sala de asistencia en Canelones y dos asilos en Fray Bentos en 1914, San Carlos y Paysandú en 1915, en 1922 el Hospital de Libertad y el Hospital Pasteur en Montevideo, en 1927 el Hospital Pedro Visca,

en 1928 se crea la Colonia Saint Bois (Hospital para el tratamiento de la tuberculosis) en Montevideo, y en 1930 un asilo en Salto, una Casa Maternal y sanatorios antituberculosos en Montevideo; entre otros centros creados en estos treinta años abarcados (Ortega, 2008). Según Ortega (2008) esto pone de manifiesto el interés en el desarrollo del área de las políticas sanitarias. Según los aportes de Mieres (1995), la consecuencia de esta institucionalización de la medicina fue que para el usuario el hospital dejó de ser el lugar al que se ingresaba sólo para morir, y para el médico el hospital se constituía en un lugar idóneo para el desempeño de su profesión.

Resulta imprescindible destacar, siguiendo los aportes de Mieres (1995), que en la segunda década del siglo XX, eran dos los máximos organismos que tenían una competencia directa en la salud. Por un lado el Consejo Nacional de Higiene, el cual su proceso de creación se inició en 1892 y finalizó en 1895 con la fusión del Consejo de Higiene Pública y la Junta de Sanidad Marítima, sus competencias referían a la creciente importancia del saber médico como clase dirigente y el control de las enfermedades infectocontagiosas. El otro organismo existente se trata de la ya mencionada Asistencia Pública Nacional, creada en 1910, “A través de las mismas, el Estado había asumido un papel normativo y se había hecho cargo de la asistencia de la población carente de recursos”. (Mieres, 1995, p. 28). En este sentido Mieres (1995) refiere al hecho de que los problemas no tardaron en llegar debido a que existía una superposición de funciones y una escasa programación entre ambos organismos, y en 1931 se crea el Consejo de Salud Pública a través de la fusión entre estos dos organismos y el Instituto Profiláctico de la Sífilis. Según Ortega (2008), el Consejo de Salud Pública tenía como finalidad la integración de los organismos con injerencia en los problemas de atención médica, siendo este antecedente del Ministerio de Salud Pública (MSP) el cual se creó a través de la Ley 9202 el 12 de enero de 1934, con la potestad de regular todo el sistema de salud. Con la creación del MSP, Mieres (1995) afirma que cambia

también el papel del Estado, debido a que pasa de tener un papel normativo y asistencial a uno fiscalizador, en este sentido “Tanto el beneficiario de sus servicios como los médicos, pertenecieran o no al Ministerio, eran objeto de ese control”. (Mieres, 1995, p. 37)

Tomando los aportes de Mieres (1995) es posible identificar que a partir de la cuarta década del siglo XX se comienza a visualizar un cambio en cuanto a las causas de muerte de la población, se empiezan a ver desplazadas las muertes por enfermedades infectocontagiosas y se pone a la cabeza de las estadísticas las muertes por causa del envejecimiento de la población, cáncer y enfermedades cardiovasculares.

A partir de la segunda mitad del siglo XX las formas de tratar la enfermedad y enfrentar la muerte también han variado en comparación con aquellas primeras décadas del siglo XX. Esto puede encontrar su fundamento en factores como la segunda Transición Demográfica de mediados del siglo XX, en donde se registró un nuevo descenso de las tasas de natalidad y mortalidad, teniendo como principal consecuencia el envejecimiento de la población (Pellegrino, Cabella (...) Varela et al, s/f). Otro punto relevante refiere al avance de la tecnología y de la especificación médica, es preciso resaltar que la medicina ha ido incorporando este tipo de recursos para el tratamiento y la detención de las enfermedades. Pero también hoy en día las enfermedades a las que nos enfrentamos son diferentes y por lo tanto es diferente la forma de enfrentar la muerte. En otras palabras, las enfermedades que amenazaban la existencia en el siglo XIX han sido eliminadas o controladas, pero el desgaste del organismo y las enfermedades que esto trae es lo que persisten.

Es necesario también destacar que no sólo han variado las causas de la mortalidad de la población y la forma que ha adoptado la sociedad para enfrentarla, sino que también han variado los discursos en torno a esta temática. A principios del siglo XX el discurso giraba en torno al control y la curación de la enfermedades para poder de esta manera bajar la tasa de

mortalidad de la población, esto puede deberse a las características mismas de las enfermedades predominantes en la época, y además a que la profesión médica aun no se consolidaba como una clase dominante. Tomando los aportes de Mieres (1995) entre 1920 y 1955 el discurso médico giraba en torno a la dicotomía entre prevención y curación, debido a que el Estado había asumido como un deber el cuidado de la salud de la población a través del desarrollo de medidas preventivas por medio de sus organismos encargados de la sanidad. Pero la formación médica estuvo centrada en la asistencia hasta mediados de la década del cincuenta del siglo XX, cuando se implementó la prevención a través de la medicina social en los planes de estudio. Por último es posible afirmar que el discurso varió nuevamente hacia finales del siglo XX hasta la actualidad, en donde por un lado se consolida la hiper especialización y paralelamente se procura, según el discurso de la medicina, una forma más humanizada de atención y una muerte digna para la persona enferma.

En las últimas décadas del siglo XX surgen planteos y discursos en torno a la necesidad del bienestar corporal, en donde la asistencia médica a la enfermedad se coloca como preocupación central, y el hospital se convierte en la principal institución de tratar la enfermedad y la muerte, “Así apareció el hospital en el imaginario de los sectores montevideanos y rurales, como sinónimo del tratamiento de sus enfermedades... y la muerte. También de otro poder y otra cultura” (Barrán, 1992, p.72).

Ariès (1975), afirma que hoy en día el momento de morir queda a cargo del médico y de su equipo, son ellos los que procuran que la muerte sea aceptable y tolerada, o como lo denomina el autor un “*acceptable style of living dying*”. Por otra parte, argumenta que si bien a principios del siglo XX la muerte fue un tema tabú en la sociedad occidental llegando a un gran ocultamiento de ésta, inclusive al propio enfermo, hoy en día ha vuelto a ser un tema de discusión y de preocupación. Según Foucault (1979), este tabú que significa la muerte está influenciado por la biopolítica, debido a que se trata de un poder que se centra en la vida, en

la organización, regulación e inclusive la gestión de la vida, pero la muerte marca el límite para ésta debido a que se convierte en un espacio desconocido donde el poder ya no ejerce influencia.

En cuanto a lo planteado en el párrafo anterior, Ariès (1975) sugiere que ha aumentado la lucha contra la enfermedad y con esto el carácter técnico y la complejidad de los cuidados. En este sentido Urrutia (2015) señala que han surgido diversos movimientos desde el sector de la salud en búsqueda de mejorar la forma de morir. Esto surge como respuesta a la muerte medicalizada, buscando la modificación de ciertas prácticas médicas que ayudarían al enfermo terminal a hacer frente a una muerte más humanizada.

Al hablar de muerte humanizada a través de la modificación de ciertas prácticas médicas que ayuden a la persona enferma a transitar el momento de la muerte de una mejor forma, en la actualidad se ha incorporado desde la formación médica una nueva forma de cuidado. En referencia a que “Cuando el padecimiento no tiene cura, los cuidados estandarizados desde la biomedicina para hacer frente a todo el conjunto de dolencias y malestares que surgen al final de la vida, son los cuidados paliativos”. (Urrutia, 2015, p.15).

Para hablar de cuidado en general se tomarán los aportes de Dornell (2011), quien lo define como la acción de ayudar a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana. Fuera del núcleo familiar el cuidado se caracteriza por una relación de servicio y preocupación por el otro. “Cuidado como valor de la condición humana y como una cuestión de responsabilidad social compartida” (Dornell, 2011:65)

Dornell (2011) también plantea el cuidado como un valor, es decir refiere a una actitud humana de respeto por la vida del otro, respeto de todo ser humano a la construcción de los derechos humanos. Cuidado también como una acción refiriendo a vínculos e implicancias, a través de sistemas de relaciones que generan el encuentro entre las personas formando un

lazo social. Siguiendo la línea de análisis la bibliografía indica lo siguiente:

Al hablar de cuidado como acción (no como valor), lo que estamos haciendo es hablar de una construcción que está vinculada a una cuestión política, que está referida a las políticas sociales, a las políticas de Estado desde una cierta perspectiva de responsabilidad no individual, sino colectiva y social; como responsabilidad de diferentes actores. (Dornell, 2011: 74)

Hasta aquí se ha hecho referencia a la transformación que tuvo la función del hospital desde principios del siglo XX hasta la actualidad, abarcando también al rol del saber médico y con esto la nueva postura y los diferentes discursos frente a la muerte en la sociedad occidental en el transcurso del siglo XX. Se estaría procesando en la actualidad un cambio en el abordaje de la muerte por parte de la sociedad y de la medicina, que se caracterizaría por la presencia de varios factores, entre ellos por la creación de una especialidad médica denominada Cuidados Paliativos. Esta rama de la medicina se plantea la búsqueda de una muerte humanizada. En el siguiente apartado se pondrá el énfasis en el estudio de los discursos sobre este nuevo tipo de cuidados, en los que plantea la medicina en torno a ésta y la apropiación del espacio de la formación. A su vez, se hará una exposición de la situación actual de Uruguay en cuanto a Cuidados Paliativos.

Cuidados paliativos. Aspectos socio históricos

Como ya se indicó en el ítem anterior desde fines del siglo XX se comienza a instalar en la sociedad un discurso médico que propone una muerte con dignidad y la alternativa que plantea son los Cuidados Paliativos como una especialidad médica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define qué son los Cuidados Paliativos, indicando:

Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual. Afrontar el sufrimiento supone ocuparse de problemas que no se limitan a los síntomas físicos. Los programas de asistencia paliativa utilizan el trabajo en equipo para brindar apoyo a los pacientes y a quienes les proporcionan cuidados.

Partiendo de los aportes de Nuria Trujillo (2015) los Cuidados Paliativos tienen su origen en los *hospice* en el siglo IV, especialmente aquellas instituciones cristianas que acogían a los viajeros. En la edad media estos recintos se hicieron más numerosos y pasaron a atender no solo a viajeros, sino también a indigentes y enfermos. En el renacimiento estas instituciones desaparecieron, volviendo a surgir en el siglo XIX en Irlanda y Francia, dedicados especialmente al cuidado de enfermos. Fue una enfermera y trabajadora social inglesa (Cecily Saunders) quien en 1967 fundó el primer *hospice* moderno, el St. Christopher's, el cual combinaba la compasión de los hospicios tradicionales con la medicina moderna, consiguiendo el control del dolor.

Según Trujillo (2015), en la contemporaneidad a los cuidados paliativos se les atribuye la función de la búsqueda del confort y bienestar a las personas enfermas y sus familias,

además del soporte necesario en la fase final de una enfermedad terminal. En este sentido Trujillo (2015) plantea que este tipo de cuidados ante la muerte se guían por una serie de valores o principios los cuales constituyen su base. Estos refieren a la *autonomía*, considerando a cada persona como individuo único y autónomo debiendo ser respetadas sus decisiones. La *dignidad* de la persona, en donde los cuidados se deben brindar de forma respetuosa y teniendo en cuenta los valores y creencias personales. *Calidad de vida*, mejorar y conservar la calidad de vida de la persona enferma. La *comunicación*, es fundamental no sólo entre profesionales y paciente, sino también de estos con la familia del individuo. Refiere a la interacción entre los profesionales, la persona enferma y la familia de esta. Un *enfoque interdisciplinar*, la complejidad de los cuidados paliativos requiere un enfoque interdisciplinar en el cual la comunicación y la colaboración continua son fundamentales. Y por último, un *abordaje global*, haciendo referencia al tratamiento de problemas físicos, psicosociales y espirituales. (Trujillo, 2015). En cuanto a estos pilares de los Cuidados Paliativos, la bibliografía consultada indica:

El mejor resultado se obtiene cuando se utiliza un abordaje multidisciplinario e interdisciplinario, trabajando en equipo (médicos de diferentes disciplinas, psicólogos, enfermeros, fisioterapeutas y trabajadores sociales). Cada integrante desarrolla un rol diferenciado. (Montes, 2012, p.11)

En cuanto a lo planteado hasta ahora desde la perspectiva y el discurso médico el foco se encuentra en el alivio del dolor. En este sentido se procura un abordaje multidisciplinario e interdisciplinario del dolor, no siendo ahora posible pensar en la persona solamente como un ser biológico ni a la enfermedad desde una perspectiva de causalidad lineal. En cuanto a esto Montes (2012), afirma que en el marco de los Cuidados Paliativos toma fuerza el concepto del sujeto multidimensional entendiéndolo como un sujeto bio-psico-social. Se trata entonces de la enfermedad que actúa sobre una persona

que posee una historia personal que se desarrolla en un medio social y familiar determinado y que además posee un aparato psíquico único.

Hasta aquí se ha propuesto la definición y características de los Cuidados Paliativos desde la perspectiva de la disciplina médica. En el siguiente apartado se tratará el surgimiento y la situación actual de los Cuidados Paliativos en Uruguay.

Aspectos principales de los Cuidados Paliativos en Uruguay

Según las fuentes consultadas, en la última década Uruguay ha tenido el más importante avance con respecto a la atención en medicina paliativa (Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2013). En la actualidad existen leyes específicas que plantean garantizar a la población el acceso a los Cuidados Paliativos, un Plan Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) y también se ha creado una Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos.

En primer lugar es fundamental destacar que la Organización Panamericana de la Salud, planteó como meta para el año 2015, a los países miembros, que éstos tengan desarrollados servicios de Cuidados Paliativos, los cuales debieran ofrecer un tratamiento óptimo del dolor y de los síntomas, apoyo psicosocial y, por último, leyes que garanticen el acceso a la medicación opioide. Para garantizar los derechos de los pacientes los lineamientos internacionales sugieren que se desarrollen políticas sanitarias que tengan en cuenta la asistencia en esta etapa de la vida, disponibilidad de medicación analgésica, formación profesional y trabajo en equipo por parte del sistema sanitario, (PNCP, 2013). En este aspecto queda marcado el claro componente médico y la fuerte relación que presenta esta relativamente nueva especialización médica con el dolor.

Como ya se vio en el capítulo anterior el proceso de medicalización de la sociedad uruguaya de fines del siglo XIX y principios del siglo XX se vio asociado con el denominado Primer Batllismo (Ortega, 2008). A partir de entonces fue el Estado quien se encargó de la salud de la población, y una herramienta fundamental (con la que cuenta en la actualidad) fue la legislación en salud. Desde entonces medicina y Estado fueron aliados en temas de salud. En la actualidad la medicina paliativa es proporcionada por la disciplina médica y se encuentra regulada por la legislación estatal. En este sentido la legislación

nacional en La ley 18.211 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, publicada en diciembre de 2007, plantea “Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud adecuada, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los Cuidados Paliativos” (Ley 18.211, Sistema Nacional Integrado de Salud. Cap. 1, Art. 4, Inc. B). Por otro lado, la ley 18.335, Pacientes y usuarios de los servicios de salud, publicada el 26 de agosto de 2008, en el Art. 6, sostiene que toda persona tiene derecho al acceso a una atención integral en salud, comprendiendo acciones que tengan como fin promover, proteger, recuperar, rehabilitar la salud y a los Cuidados Paliativos. A su vez los pacientes tienen derecho a una atención de calidad y proporcionada por trabajadores capacitados y habilitados por el Ministerio de Salud Pública (MSP).

Tomando los aportes del PNCP (2013), en el año 2012 se comenzó desde el Ministerio de Salud Pública, el desarrollo del Plan Nacional de Cuidados Paliativos, con el fin de garantizar la asistencia paliativa de calidad a todos los ciudadanos que la requieran. La población destinataria sería toda persona que padezca una enfermedad incurable, avanzada y progresiva, una baja respuesta a los tratamientos, síntomas múltiples y severos, impacto emocional y en la autonomía física, por último y dependiendo de la enfermedad, se tiene un pronóstico de vida limitado. Los Cuidados Paliativos proporcionarían alivio del dolor y otros síntomas, además de afirmar la vida. En este sentido la muerte es considerada como natural, no buscando de esta manera ni acelerarla ni retrasarla. Se integrarían aspectos espirituales y psicosociales del cuidado del paciente, se plantea un soporte para ayudarlos a mantener su vida tan activa tanto como les sea posible hasta la muerte. También se le brindaría un soporte a la familia de la persona enferma contribuyendo a la adaptación durante la enfermedad, pero también al duelo PNCP (2013).

En cuanto a lo mencionado en el párrafo anterior es posible visualizar que desde el discurso médico el foco está puesto en el dolor y su alivio, dejando en claro que el sufrimiento siempre afecta a la persona que lo padece y su entorno, en este lineamiento se expone que “El dolor se ha transformado en algo anormal que debe ser erradicado. Al quitarle la significación que poseía dentro del imaginario colectivo –que lo hacía más soportable- la tolerancia al dolor ha disminuido”. (Montes, 2012, p.20)

Desde el PNCP (2013) se hace énfasis en el hecho de que los pacientes con enfermedades al final de su vida requieren de un equipo profesional con formación específica en Cuidados Paliativos. Estos equipos se propone que estén formados por médico, enfermero, psicólogo y trabajador social.¹ Además los centros asistenciales deberían contar con unidades de Cuidados Paliativos en las cuales se brinde una atención interdisciplinaria, a través de diferentes modalidades de asistencia que garanticen adecuadas condiciones de calidad.

Por otra parte la Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos se encuentra alineada a los discursos ya expuestos sobre la temática. Dicha organización se crea en 2001, consiste en una sociedad civil que se plantea la finalidad de fomentar el estudio y la investigación científica en medicina y Cuidados Paliativos, contribuir a mejorar el nivel científico y técnico pero también las relaciones entre sus socios facilitando intercambios científicos. Busca también promover la organización de cursos de especialización y perfeccionamiento sobre Cuidados Paliativos, promover la organización de congresos y seminarios sobre temas vinculados con la disciplina. Es un objetivo también el intercambio con sociedades científicas similares de otros países, además de crear vínculos con las autoridades sanitarias de nuestro país para difundir conocimientos científicos.

¹ A pesar de que en este estudio no se abordará el papel del trabajador social en los equipos de cuidados paliativos puede ser un tema a desarrollar en futuras indagaciones.

Según esta organización la asistencia paliativa en Uruguay comienza en 1994 con la creación de la Unidad de Cuidados Paliativos del servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas. Esta unidad fue pensada como un equipo de control de síntomas y apoyo al paciente con cáncer avanzado, y a su familia en domicilio.

Según datos del PNCP (2013), en el año 2011 de la población que requería asistencia paliativa, sólo el 18% accedía a ella. Desde este plan se afirma que los Cuidados paliativos en nuestro país se han desarrollado desde 1985, pero fue a partir del año 2005, en adelante, que se crearon la mayor cantidad de equipos. Estos equipos de Cuidados Paliativos suelen tener diferentes modalidades de asistencia y de organización. Los diferentes tipos de asistencia son la domiciliaria, internación y por último la consulta externa (PNCP, 2013).

Hasta el año 2011 el 69% de las personas que recibieron asistencia paliativa accedieron a ella a través del sector privado, es decir que para entonces la cobertura era mayor desde este sector. Para el año 2012 en el país se contaba con veinticuatro instituciones que brindaban Cuidados Paliativos a sus usuarios, pero de éstas, sólo cuatro brindaban asistencia paliativa para niños.

En términos generales se podría afirmar que se ha constituido o se pretende constituir un complejo dispositivo de intervención médica en el momento de la muerte. En un momento como el actual, en donde el énfasis ha sido desplazado desde la enfermedad a la persona enferma y la salud es conceptualizada no desde la ausencia de la enfermedad, sino a partir de una perspectiva de bienestar desde el discurso médico se propone generar una relación de confianza y seguridad entre la persona que padece una enfermedad y el equipo asistencial, con el objetivo de que éste sea visualizado como reparador, además de promover la autonomía la seguridad y la autoconfianza, (Montes, 2012)

Ante lo expuesto hasta el momento es posible afirmar que la sociedad ha vivido un avance

extraordinario en lo que refiere a la enfermedad y su tratamiento. En la actualidad nos encontramos frente a una gran especialización de la disciplina médica. En este sentido Mitjavila (1998), hace referencia a la complejización que caracteriza a la medicina moderna, y en cuanto a esto la bibliografía indica:

Se trata de una complejidad de origen multidimensional, en la cual pueden identificarse como fuentes relevantes, las siguientes: (i) una importante división jerárquica del trabajo, (ii) una creciente especialización funcional de las esferas de competencia que la componen, y (iii) un conjunto de conexiones también complejas con otros aparatos institucionales, tales como los órganos de gobierno, los organismos internacionales y principales agencias estatales vinculadas a la gestión de problemas sociales. (Mitjavila, 1998, p. 16)

Con respecto a lo señalado Mitjavila (1998) señala que se trata de una complejización con bases en un saber médico diversificado respecto a la naturaleza del mismo y su organización social, entre otros aspectos. En cuanto a esto, la nueva forma de muerte medicalizada que prevalece hoy en día forma parte de esta complejización de la sociedad y de la medicina. Se trata de una medicalización que se ha ido especificando hasta el punto tal que para cada problema de salud existente, se encuentra una especialidad médica que lo atiende. Según Mitjavila (1998), la medicina moderna ha logrado establecer un campo “*médico- sanitario*”, entendido como un espacio social que se conforma por las esferas del conocimiento experto las cuales organizan los discursos y las prácticas de los agentes. Se trata de un espacio heterogéneo debido a la diversidad de competencias, agentes e intereses que lo componen, es en este sentido que se señala “Esa misma heterogeneidad significa la convivencia generalmente conflictiva de discursos y prácticas que disputan su imposición al interior del propio campo, así como en sus intersecciones y conexiones con el resto del tejido social” (Mitjavila, 1998, p.17).

Lo señalado en el párrafo anterior, queda en evidencia cuando nos enfrentamos a los

discursos que cada especialidad médica propone en defensa de su saber y su práctica en pro de la resolución de problemas fundamentales ligados a la salud. Es así por ejemplo que surgen organizaciones como las nombradas en este capítulo que buscan la conquista y la legitimación de un determinado espacio para la especialidad médica a través de sus discursos, los cuales se plantean procurar una muerte digna y humanitaria para la persona que padece una enfermedad terminal.

Capítulo III

Consideraciones finales

En este documento a través del análisis se pretendió una aproximación al estudio de los cuidados al momento de la muerte desde un punto de vista genealógico propuesto por Foucault. En este sentido se abordó el estudio socio histórico de la medicalización del momento próximo a la muerte de una persona enferma. El enfoque estuvo centrado en identificar aquellos sucesos que permitieron la medicalización del momento de morir. Se procuró un recorrido histórico por las diferentes formas que ha tenido la sociedad de enfrentar la muerte para poder comprender a través desde el análisis, cómo en la actualidad se procuran formas más medicalizadas de morir.

Se reconoció como punto de inflexión el cambio socio-cultural que atravesó la sociedad uruguaya desde fines del siglo XIX hasta las primeras décadas del siglo XX. Este cambio impactó directamente en la forma de tratar y enfrentar la muerte hasta llegar al momento actual donde se procuran formas medicalizadas de hacer frente a esta situación.

Tal como se planteó, el proceso de medicalización del momento próximo a la muerte fue la guía del análisis, en donde fue posible establecer que dicha medicalización se dio gracias a la yuxtaposición de varios factores. Se trató entonces de un cambio sociocultural que se compuso del descubrimiento del cuerpo y la salud como bienes a ser valorados, se trató de un descubrimiento en esta nueva cultura del valor del cuerpo considerándose a partir de entonces con un valor económico, se necesitaban cuerpos sanos y fuertes para la producción.

Otro factor que contribuyó a esta medicalización refirió a la secularización temprana de la sociedad uruguaya, en donde el médico desplazó al cura y a la religión en general, del momento de la enfermedad y la muerte. En esta nueva cultura, la importancia radicaba en la

salvación del cuerpo antes que la del alma. En la misma dirección, “La sustitución del dios católico por el dios salud significó también la sustitución de una moral por lo general despreciativa de lo corporal, por otra moral desconfiadora del cuerpo pero que valoraba por sobre todas las cosas su marcha “normal” y su perdurabilidad” (Barrán, 1992, p.117).

La medicalización de la sociedad también fue posible gracias al avance científico y técnico de la propia profesión médica, ganando cada vez más legitimidad y con esta obtuvo la denominada autoridad cultural. Esta importancia creciente del saber médico refirió al aspecto cultural de la sociedad uruguaya, es decir a través del binomio poder- saber, la medicina fue atravesando todos los aspectos de la vida de las personas desde el nacimiento hasta la muerte, se apoderó de todos los ciclos vitales del ser humano. Sin embargo este empoderamiento del saber médico fue posible gracias a un Estado que iba en la misma dirección. El Estado fue un aliado de la medicalización, creando una serie de leyes y reglamentos que garantizaron la atención sanitaria a toda la población, además de la creación de hospitales en todo el país. En este sentido, “El discurso médico del novecientos se enmarcó dentro de la construcción del Estado moderno, simplemente porque nació dentro de ella y de un proyecto de dominación y disciplinamiento de las clases populares” (Barrán, 1992, p.174).

En el siglo XX comienza a manifestarse la necesidad del bienestar corporal, en donde la asistencia médica a la enfermedad es la preocupación central, y el hospital se convierte en la principal institución en tratar la enfermedad y la muerte, transformándose también el rol del médico. En cuanto a esto la profesión y el agente médico conquistan una mayor cantidad de espacios en la vida social y el hospital se transforma en el principal lugar de desarrollo de la hegemonía médica y de la muerte moderna. En este sentido es posible concluir que la medicalización es factible de ser considerada un fenómeno muy importante del siglo XX, debido a que instauró en la sociedad cambios acerca de la enfermedad y el bienestar.

Los discursos médicos también presentaron cambios a lo largo del siglo XX, con las transiciones demográficas que atravesó la sociedad uruguaya: se pasó de un discurso que procuraba la cura de las enfermedades de principios de siglo, a uno a favor de la prevención a través de una medicina social a mediados del siglo XX. Por último con el cambio de perfil de las enfermedades que afectaban a la población a fines de siglo XX (cáncer y enfermedades cardio-vasculares) se implementa por parte de la sociedad y de la disciplina médica discursos direccionados a la implementación de acciones que procuren una muerte digna y sin dolor. Para esto se propone una nueva especialización de la disciplina médica, esta refiere a la medicina paliativa a través de los denominados Cuidados Paliativos.

En la actualidad los discursos procuran la dignidad de la persona a través de la implementación de acciones que estén dirigidas a que el ser humano tenga una mejor manera de morir. El discurso médico a través de la medicina paliativa propone la humanización de la práctica, la cual se la puede definir en los siguientes términos:

La humanización de la práctica se basa en la resonancia afectiva de la empatía que supone actuar luego de haberse colocado en el lugar del otro y de haber percibido lo que el otro siente. Implica la participación de los sentimientos, de la subjetividad. (Montes, 2015, p.16)

El discurso médico se encuentra dirigido hacia una acción de compromiso con el otro, una acción comprometida hacia y a favor del bienestar del otro. Entendiendo a la persona que padece una enfermedad crónica o terminal como un sujeto no solamente biológico, sino como un sujeto multidimensional que es portador de una historia personal, y que además se desarrolla en un medio social y familiar. En este sentido el énfasis es desplazado de la enfermedad a la persona que la padece y en la ya mencionada búsqueda de la dignidad ante el inevitable momento de morir. En este sentido la bibliografía consultada nos trae una aproximación a la definición de dignidad en el nuevo contexto de intervención ante la muerte:

Lo digno es aquello que se merece, también algo de calidad aceptable. Si unimos estos conceptos a la idea de la muerte, la buena muerte viene a representar aquel tipo de experiencia de calidad aceptable, y que se merece; la buena muerte es aquella experiencia dignificante y que se espera como resultado en los cuidados paliativos. (Urrutia, 2015, p.92)

Bibliografía

- Ariés, P. (1975). Historia de la muerte en occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días. Barcelona, 2000. Editorial: Acantilado.
- Barrán, JP (1989). Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo 1: La cultura bárbara. Montevideo, Uruguay. Ediciones de la Banda oriental
- Barrán, JP: (1992). Historia de la sensibilidad en Uruguay. Tomo 2. El disciplinamiento (1860 – 1920). Montevideo, Uruguay. Ediciones de la Banda Oriental.
- Foucault, M. (1979). El nacimiento de la Biopolítica: Curso en el Collège de France: 1978-1979. 1ª ed. Buenos Aires, Argentina. Fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (1990). La vida de los hombres infames. Madrid, España. Las Ediciones de La Piqueta.
- Foucault, M. (1992). Nietzsche, La Genealogía, La Historia. Valencia, España. Editorial: PRE- TEXTOS.
- Foucault, M. (2002). Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. Buenos Aires. Editorial: Siglo XXI
- Mieres, G. (1995). El sector salud. 75 años del mismo diagnóstico. Sindicato Médico del Uruguay. Comisión de Publicaciones. Montevideo, Uruguay
- Mitjavila, M. (1998). El saber médico y la medicalización del espacio social. Documento de trabajo N 33. Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo.
- Montes, MJ. Retamoso, I. Vázquez, C. (2012). El dolor: un abordaje interdisciplinario. Montevideo, Uruguay. Zona editorial.

- Ortega, E. (2008). El servicio social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. Montevideo. Editorial Trilce.
- Pellegrino, A. (2003). Caracterización demográfica del Uruguay. Programa de Población. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República.
- Tomasina, F. González Ortuya, P. Carraco, A. (2011) El cuidado humano: Reflexiones (inter) disciplinarias. Montevideo. Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR.
- Trujillo, N. (2015). Cuidados paliativos. Madrid, España. Editorial: Dextra.
- Urrutia, C. (2015). Proceso de terminalidad y muerte: experiencias y significados en usuarios (as) con cáncer, sus familiares y el equipo de salud en el modelo de cuidados paliativos de clínica familia. Departamento de Antropología. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Santiago de Chile.
- Varela, J., Álvarez- Uría, F. (1997). Genealogía y sociología. Materiales para repensar la modernidad. Buenos Aires. Ediciones El cielo por asalto.

Fuentes

- IMPO, Ley 18.335. De pacientes y usuarios de los servicios de salud. Última consulta 06/01/2019. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>
- IMPO. Ley 9202. Ley Orgánica de Salud Pública. Última consulta 20/06/2019. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/9202-1934>
- Ministerio de Salud Pública, Plan Nacional de Cuidados Paliativos, 2013. Área de enfermedades Crónicas no transmisibles- DPES-DIGESA. Última consulta 06/01/2019. Disponible en : <http://www.msp.gub.uy/programa/plan-nacional-cuidados-paliativos-versi%C3%B3n-setiembre-2013>
- Parlamento, 2007 Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiamiento. Última consulta 06/01/2019. Disponible en <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp8651820.htm>
- Pellegrino, A. Cabella, W. Paredes, M. Pollero, R. Varela, C. (s/f). De una transición a otra: la dinámica demográfica del Uruguay en el siglo XX. Última consulta 23/06/2019. Disponible en: https://eva.fcs.edu.uy/pluginfile.php/112197/mod_resource/content/1/Din%C3%A1mica%20demogr%C3%A1fica_Uruguay%20siglo%20XX%20-%20PELLEGRINO%20y%20OTROS.pdf

- Organización Mundial de la Salud. Cuidados Paliativos. Última consulta 06/01/2019.
Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/es/>
- Sociedad Uruguaya de Medicina y Cuidados Paliativos. Última consulta 20/01/2019.
Disponible en: <https://paliativos.uy/>
- El afrontamiento de la muerte a través de la historia. Ana Urmenta. Última consulta 04/06/2019. Disponible en:
https://issuu.com/formacionaxarquia/docs/el_afrontamiento_de_la_muerte_a_traves_de_la_histo