

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA

Tesis Licenciatura en Sociología

La muerte en Uruguay.

Análisis sobre las concepciones en torno a la muerte a partir del
discurso sobre eutanasia

Manuela Rivero Lara

Tutor: Pablo Hein

2020

ÍNDICE

Resumen	1
1. Introducción	2
2. Antecedentes en la temática	4
2.1 Antecedentes nacionales	5
2.2 Antecedentes internacionales	5
3. Marco teórico	7
3.1 El individuo ante la muerte	7
3.1.1 Conciencia de la propia muerte	8
3.1.2 Dolor y sufrimiento	9
3.2 La sociedad ante la muerte	11
3.2.1 Situación cultural de la vida y la muerte	12
3.2.2 “Muerte social” y consecuencias de la misma	13
3.2.3 Modelos de muerte	14
3.3 Salidas de la muerte	21
3.3.1 Suicidio, ortotanasia, distanasia, eutanasia y suicidio asistido	22
4. Base legal para el desenvolvimiento del aspecto social	24
5. Fundamentación del problema	25
5.1 Relevancia social	25
5.2 Relevancia sociológica	26
6. Construcción del problema de investigación	27
7. Preguntas y objetivos de investigación	28
8. Metodología	29
8.1 Diseño de investigación	29
8.2 Técnicas de investigación	30
8.3 Relevamiento de campo	30
9. Análisis	31
9.1. Concepción(es) y modelo(s) de muerte	32
9.1.1 ¿Como son la muerte y el proceso de muerte actualmente?	32
9.1.2 ¿Público vs privado o público y privado?	39
9.1.3 Tabú, miedo y negación de la muerte	42
9.2. Eutanasia como salida de la muerte hoy	45
9.2.1 Origen y complejización del término	45
9.2.2 Base legal en torno a la muerte y la eutanasia	51
10. Conclusiones	55
Bibliografía	63
Anexos	65

Resumen

La muerte ha sido un tema abordado históricamente de múltiples maneras a nivel individual y social. Así, el individuo ha tenido que enfrentarse a la conciencia de su propia finitud a la vez que ha debido abordar la muerte de otros individuos. Además, la sociedad también ha tenido que enfrentar la muerte de sus miembros a lo largo de la historia, y lo ha hecho de formas variadas según el momento histórico.

En la actualidad, las lógicas modernas han generado un control cada vez mayor de la vida pero también de la muerte. Ante esto, cuestionamientos respecto a las condiciones en qué dichas intervenciones se dan y en quién debe estar en la centralidad de dicho procesos, han emergido con fuerza. En ese sentido, y como parte de apropiarse de dicho proceso final, se han construido socialmente algunas salidas voluntarias a la muerte, entre ellas la eutanasia.

Como parte del contexto anterior, la presente investigación se propuso analizar a partir de los discursos sobre la eutanasia las concepciones en torno a la muerte que existen actualmente en el país. Para dicho propósito se utilizó un abordaje cualitativo, analizando la información obtenida de la realización de entrevistas semi-estructuradas de actores sociales vinculados al debate sobre el tema. Las entrevistas fueron separadas en dos subgrupos: por un lado aquellas realizadas a individuos del sector profesional, médicos, nurse, enfermeras (denominado sector salud) y por otro aquellas realizadas a políticos, activistas de movimientos sociales y profesionales del derecho (denominado sector social).

A partir de esto, se identificaron dos orientaciones, una más cercana al Modelo Moderno de muerte y otra más cercana al Modelo Neo-Moderno en términos de la tipología de Tony Walter (1994).

Palabras clave: muerte, eutanasia, medicina, actores sociales.

1. Introducción

La muerte es un tema que se ha abordado siempre desde diversas disciplinas y en diversos niveles. Abundan las reflexiones o intervenciones que refieren a ella en el área de la literatura y el arte, desde un nivel más íntimo, así como también se han realizado estudios sobre el tema desde la filosofía, antropología y algunas otras ciencias, buscando conocer la importancia del tema en la biografía de los individuos en las distintas sociedades y momentos históricos.

En dicho contexto, la sociología ha estado más bien ausente, ha aparecido en los últimos años con algunos estudios que tocan el tema ya sea de manera transversal o de manera marginal, pero aún se observa una carencia de nuestra disciplina en dicha temática. Dicha situación se constituye como una gran falta, ya que desde la significación y la representación en torno a la muerte, pasando por los rituales y estrategias vinculados a ella, atravesando la relación individual y cultural que se tiene con la misma; todos estos conceptos e ideas se constituyen como temas sociales importantes en donde la sociología puede y debe aportar sus herramientas de análisis y comprensión de tales situaciones; buscando proporcionar además herramientas para lograr un debate profundo y fundado.

Tal como sugiere Gil Villa (2011) tomando a Kastenbaum (2009), podemos afirmar además que para toda sociedad existe un determinado “sistema de muerte”:

“compuesto por diversos elementos que incluyen personas, espacios, tiempos, objetos y símbolos, que ejercen funciones sociales fundamentales relacionadas con la prevención y evitación de las causas de muerte, con el cuidado de los moribundos, de los muertos y sus cosas, y con la regulación de las relaciones entre vivos y muertos” (p: 29).

Así, dicho sistema de muerte incluye las formas individuales y colectivas de afrontar la muerte. Algunas de ellas, las que refieren sobre todo a tiempos anteriores, a épocas más tradicionales, muestran una relación en donde la muerte se afronta de una manera más “natural” y cercana; mientras que otras de ellas, las más recientes y modernas, muestran un tratamiento conflictivo del tema, adoptando estrategias tales como la negación y marginación de la muerte y su representación: los moribundos; entre otras (Gil Villa, 2011). Dichas cuestiones competen a la presente investigación y serán abordadas posteriormente.

En lo que refiere a la emergencia social del tema, la muerte ha pasado por múltiples etapas, pero en los últimos tiempos se ha presentado en la agenda pública de múltiples movimientos y organizaciones, así como también se ha producido un debate político y

normativo en torno al tema cuando comienzan a aparecer, a nivel mundial y nacional, leyes y reglamentaciones respecto al final de la vida o a elementos particulares de dichos procesos.

Con la llegada de la modernidad y el proceso de secularización creciente, muchos colectivos y movimientos sociales con perspectiva social y humanista, se han embanderado con cuestiones relativas a la defensa de los derechos humanos, de la autonomía de los individuos, la posibilidad de una vida digna, etc. Esto ha provocado la organización y movilización por parte de estos colectivos reivindicando cuestiones como la despenalización del aborto, el matrimonio igualitario, entre otras. La cuestión del final de la vida y la muerte aparece muchas veces en los debates sobre la posibilidad de legalizar la eutanasia y el suicidio asistido, concebidas como salidas a condiciones de salud pero también condiciones sociales particulares. Dicho debate puede y debe enmarcarse dentro de esta perspectiva de defensa de los derechos humanos, de demanda de reconocimiento normativo y respeto por la autonomía y decisión individual. Sin embargo, y como contracara a dicha demanda, también se han expresado constantemente resistencias, bajo argumentos de carácter ético, moral, religioso y médico.

Teniendo en cuenta dicho contexto internacional, específicamente para el caso de Uruguay, surge como cuestionamiento principal por qué en una coyuntura nacional donde se ha avanzado progresivamente en materia de derechos humanos (despenalización del aborto, ley de matrimonio igualitario, ley integral para personas trans) la eutanasia continúa estando prohibida. Sin embargo, también se integra para resolver dicha cuestión el creciente y emergente debate público y político respecto a la posibilidad de esta, a partir de la propuesta de reglamentación del tema presentada por el diputado del Partido Colorado Ope Pasquet en Febrero del presente año. Dicha propuesta aborda la cuestión específica de la eutanasia, e incluye también la posibilidad del suicidio asistido, que se constituye como otra salida buscada de la muerte. Además, se tendrán en cuenta las normativas actuales que refieren a procesos relacionados con la muerte, tomando en cuenta el contexto y proceso de su reglamentación.

La presente tesis, que se toma en gran parte del trabajo realizado como parte del Taller Central de Investigación de la Licenciatura, busca conocer, principalmente, cómo se construye la idea de muerte en aquellos actores que intervienen en los debates actuales sobre final de la vida, eutanasia y suicidio en Uruguay; y por otro, conocer los aspectos relevantes que dan lugar a los distintos marcos normativos existentes y ahondar sobre todo en las resistencias a la eutanasia: conocer los argumentos para esto y analizar los imaginarios

sociales, culturales y políticos que se encuentran de trasfondo en las diferentes posturas. Inevitablemente, se buscará también comprender la relación entre ambos aspectos.

Para realizar dicha tarea, se entrevistó a actores sociales que se constituyeron como participantes del debate público actual en torno al tema. Los mismos son profesionales del sector médico (médicos y también licenciadas en enfermería), actores sociales vinculados a la academia, al ámbito político y a organizaciones sociales. Se realizó una distinción de análisis concreta en donde se diferenció entre el personal de la salud y aquellos que no forman parte de dicho grupo. Dicha distinción está vinculada al andamiaje teórico que será abordado a continuación.

2. Antecedentes en la temática

En lo que refiere a los antecedentes sobre el tema, existe una gran y diversa producción sobre el tema de la eutanasia, pero la mayoría de ellos asociados a otras disciplinas y con un enfoque médico. En consecuencia, la producción actual sobre el tema no incluye una descripción y análisis profundo del mismo en relación a los distintos dilemas que suscita y a las concepciones de muerte que se encuentran instauradas. En este punto, la falta producción y análisis sociológico es tanto evidente como necesaria¹.

Por otro lado, y en lo que refiere particularmente a Uruguay y la región², tampoco se evidencia una gran diversidad de trabajos al respecto. Sin embargo, en los últimos años y con el progresivo avance del tema a nivel social, se han realizado algunos análisis que buscan abordarlo desde su dimensión histórico-social y cultural³.

A continuación abordaremos, en primer lugar, los antecedentes nacionales respecto al tema, para continuar en un segundo lugar con los antecedentes internacionales. En los segundos aparecen trabajos sociológicos, refiriendo dos de ellos a España y uno de ellos a Francia. Por otro lado, en nuestro país los trabajos académicos sobre el tema son escasos, prácticamente nulos.

¹ Existen trabajos desde la Antropología y la Filosofía, que han contribuido con la construcción de herramientas para abrir el debate.

² Argentina, Brasil y Chile.

³ Trabajos como “Sobre la eutanasia” (Albert Casamiglia, 1993), “Morir en nuestros días, consideraciones actuales sobre la Eutanasia” (Manuel Concha Ruíz, 2000), “Elementos políticos para el debate sobre los dilemas éticos del suicidio médicamente asistido y de la eutanasia”(Roberto Rodríguez, 2015), entre otros.

2.1 Antecedentes nacionales

Un antecedente nacional relevante para el problema de investigación es el artículo *Percepción de la muerte en el curso de la vida* de Gloria Lynch y Julieta Oddone del año 2017.

En dicho trabajo, las autoras se proponen acceder a la percepción que tienen los individuos respecto a la muerte, como evidencia de una percepción social y cultural. Para esto, buscan comprender las implicancias en términos de actitud y de consecuencias que la muerte de otros supone en el desarrollo de la propia vida de los individuos.

Así, estudian los sucesos más importantes que mencionan los individuos en el curso de su vida, y plantean que, como consecuencia de las características de la vida moderna, las principales diferencias pueden ubicarse en relación a las distintas etapas de la vida.

En lo que refiere a la muerte, explican que a medida que aumenta la edad, la misma adquiere una importancia mayor, representado por ejemplo en que en la mediana edad se puede apreciar una “*personificación de la muerte*”, ya que la pérdida de seres cercanos o queridos permite un acercamiento a la misma. Así, teniendo en cuenta las circunstancias sociales y demográficas, se nota una correspondencia en que la muerte se desplaza hacia las etapas más avanzadas de la vida, donde ya es inevitable pensar en ella y la manera de percibir la vida es teniendo en cuenta el tiempo que resta por vivir (p: 145)

2.2 Antecedentes internacionales

Como antecedente teórico relevante y que refiere a la sociología particular puede presentarse el artículo de Jesús de Miguel publicado en 1995 en España: “El último deseo: para una sociología de la muerte en España”. En el mismo se aborda la problemática de la eutanasia, pero ahondando sobre todo en cómo se plantea y se vive la muerte en la sociedad y las repercusiones que esto ha tenido. Se menciona que la muerte se toma como un tema prohibido, del que se evita hablar, y que el miedo que se vive respecto a ésta tiene una importante carga simbólica y cultural en la actualidad. A partir de esto, es que el autor plantea que tanto la vida como la muerte se medicaliza; “ambos procesos han pasado de ser un tema familiar y en manos no expertas (principalmente mujeres) a realizarse en hospitales, depender de expertos (varones) y de alta tecnología” (p: 112-113).

Afirma también que el papel y la voz de la religión en el proceso de morir se han visto desplazadas, y se ha ubicado al médico en ese lugar de “estar a cargo” del suceso, lo que ha generado que la muerte se tome como algo cada vez menos comunitario y espiritual. Además,

y en consecuencia de este conjunto de acontecimientos, se observa una privatización de la muerte y de su tratamiento: la muerte como algo individual.

Es en relación con todo lo mencionado anteriormente que introduce la idea de eutanasia, afirmando que ésta constituye, al igual que la muerte en general, un tema poco tratado por la sociedad española. Sin embargo, plantea que existe en la actualidad, sobre todo en los jóvenes, una mayor aceptación de la misma. Esto podría deberse a que estos suelen manifestar un rechazo al sufrimiento previo a la muerte, a la agonía.

Además, en su trabajo con Marga Mari-Klose (2002), profundizan en el estudio del denominado “canon de la muerte”, haciendo referencia a un cierto modelo de muerte ideal que se inscribe en la sociedad española y funciona como representación de la planificación o proyección de la muerte propia.

Otro antecedente relevante lo constituye la tesis doctoral de Ricardo Jiménez del año 2012 que será retomada en el marco teórico. Dicho trabajo refiere sobre todo a un estudio exhaustivo y profundo sobre la muerte: sobre cómo se vive y experimenta la misma en la sociedad española y cuáles son los discursos que subyacen al tema. Para realizar dicha tarea ahonda y profundiza sobre las distintas conceptualizaciones y concepciones de muerte que se vinculan a cuestiones como la religión, la medicina, la modernidad, etcétera; tomando las tipologías de otros autores y analizando los datos en relación a las mismas. A su vez, el autor menciona el suicidio y la eutanasia como dos estrategias de *dimisión de la vida* (p: 570).

Por último un antecedente interesante de introducir que proviene en cambio de la antropología es el artículo de Pascal Hintermeyer “*La relación con la muerte. Entre constantes antropológicas y especificidades contemporáneas*” del año 2010. La relevancia de dicha obra radica en que el autor aborda la cuestión de cómo se muere actualmente, las condiciones del morir y la representación de una buena muerte, en la que cuestiones como los cuidados paliativos y la eutanasia se introducen inmediatamente como aspectos importantes.

De cierta manera se aborda la importancia que constituye para los individuos modernos poder acceder a un determinado tipo de muerte asociada a condiciones particulares. Así, el vínculo de dichos individuos con la muerte se encuentra mediado por dicha concepción. A su vez, todo lo que supone lo contrario a ese “ideal” es lo que se considera una mala muerte, o una muerte a la que se teme.

Dentro del plano de la buena muerte, cuestiones como el acompañamiento, la ausencia de sufrimiento, que la misma suceda con mucha tranquilidad y, en algunos casos, de manera imprevista, son los aspectos principales. Así, y en relación con esto, figuras como la eutanasia

y el suicidio asistido aparecen como salida de situaciones no deseadas y como llegada a dichas condiciones ideales.

3. Marco teórico

3.1 El individuo ante la muerte

Como ya se introdujo, la vida humana se constituye como un desafío constante, cargado de significaciones, peligros y dilemas existenciales, los cuales el individuo ha debido enfrentar y configurar para poder sobrellevar su vida social. De esta manera, la configuración de su identidad, así como de su personalidad, se ha vinculado siempre a los diferentes contextos históricos y culturales. Esto hace de la experiencia de vivir una experiencia distinta para el individuo moderno que para aquellos quiénes desarrollaron su vida en sociedades más primitivas o antiguas.

Sin embargo, dentro de los múltiples conflictos existenciales, individuales pero también sociales que debe enfrentar el individuo, existen algunos que han sido comunes e inevitables para el ser humano de todas las épocas: uno de ellos es la conciencia de la muerte propia. Así, este siempre ha sabido que la vida no es eterna, que por el contrario es finita y que la muerte, tarde o temprano, llegará. Sin embargo, esta conciencia la ha adquirido sobre todo de la experiencia de la muerte de otros. Pero, tal como plantea Diana Cohen (2007), teniendo en cuenta que “la vida humana se constituye a partir de complejas redes de significación, la muerte ajena es una referencia constante de la muerte de uno mismo y, cada vez que se hace presente, reaviva la angustia ante el propio fin” (p: 20).

Además, no sólo los individuos deben enfrentarse a la conciencia de su propia muerte sino que las sociedades deben enfrentar la muerte de sus miembros, así como también el nacimiento de otros y la llegada de las nuevas generaciones (André, 1988). De esta manera, el nacer y el morir son procesos socioculturales además de individuales; lo que significa que constituyen desafíos a la interna del individuo así como también para el conjunto de la vida social.

Por otro lado, la relación directa del individuo con la muerte se ha visto mediada por distintos contextos sociales, culturales y legales. En un primer momento, la religión se ocupaba de calmar o al menos acompañar los cuestionamientos existenciales que los individuos tenían, ya que la misma se constituía como una *cosmovisión universal* que funcionaba de forma integrada y completa (Jiménez, 2012). En ese sentido, las experiencias y creencias vinculadas a la vida más allá de la muerte física abundaban y funcionaban como

atenuantes en la conciencia traumática que suponía la muerte de otro individuo cercano. Sin embargo, con el paso del tiempo y llegando a la actualidad, la relación del individuo con la muerte se constituye como una relación profundamente atada y mediada al poder del discurso médico y el avance científico. Esto es, que la medicalización de la sociedad ha transformado a la muerte en un hecho médico. Así, la forma en que los individuos se relacionan y afrontan la muerte, propia y ajena, ha pasado de ser únicamente una experiencia íntima, filosófica, religiosa que supone dilemas individuales, psicológicos; a una relación profundamente atravesada por la institucionalización del proceso de muerte.

3.1.1 Conciencia de la propia muerte

De esta manera, y en primer lugar, un aspecto importante de la relación que ha tenido y tiene el individuo con la muerte es el hecho de que la misma está profundamente atravesada por la conciencia de la muerte (propia y ajena). Como ya se mencionó, dicho conocimiento y conciencia son inevitables y suponen una diversidad de emociones en el individuo ya que la forma en la que este conoce y vive la muerte es siendo consciente de que eventualmente la misma, más cerca o más lejos, llegará.

Como parte del enfrentamiento existencial que ha significado siempre para el individuo, esta conciencia ha despertado miedo e incertidumbre, así como también negación y ocultamiento. La muerte se ha convertido, sobre todo en la época moderna, en un fracaso, un fracaso individual y un fracaso social. En un momento histórico en donde los límites de lo posible se han desdibujado, la muerte constituye la derrota de la razón (Bauman, 2014) y del desarrollo científico: la muerte es el fracaso de la modernidad.

Es a partir de tales implicancias de la conciencia de la propia muerte que el individuo ha buscado estrategias que le permitan sobrellevar las angustias y enfrentar las consecuencias de la muerte ajena.

Al respecto, y siguiendo con las ideas de Bauman (2014), el mismo plantea que el conocimiento de la propia muerte es una conciencia traumática y desagradable, por lo que la manera que utilizan los individuos para afrontar dicha conciencia en la actualidad es escondiéndola. Según diversos autores, las estrategias que se utilizan para esto son la “negación” y el “ocultamiento” de la muerte, las cuales no se veían presentes en épocas anteriores; y son identificadas como consecuencia de una falta de socialización de los individuos en relación a la misma (Jesús de Miguel, 1995). Esto es, los mismos ya no la

interiorizan y aceptan como solía hacerse, lo que produce un cierto *tabú de la muerte* que se refleja en todos los planos de la vida de los individuos.

Al respecto, Bauman (2014) sugiere que existe una imposibilidad para definir la muerte, porque la misma supone el fin de la percepción y se constituye como un “*otro*”, pero no cualquier otro, sino uno inimaginable, al que no podemos atribuirle sentido o significado (p: 10-11). Además, no sucede esto con la muerte en general, sino sobre todo con la muerte propia. Por más doloroso que resulte y conflictos internos que suponga, la muerte de otros sí es asequible a mi percepción e identificable; lo que no sucede con la muerte propia. Es esta última la que resulta imposible imaginar, concebir y percibir. Pero esta imposibilidad para concebir y conceptualizar la muerte no significa que no nos resulte conflictiva ni angustiante, sino que al contrario: experimentamos una conciencia inevitable, la conciencia de nuestra propia muerte y de la imposibilidad de evitarla; ¿qué más angustiante para el individuo moderno, construido en base a un sentimiento de omnipotencia producto de los avances científicos y de las características de la modernidad, que esa conciencia?

En relación directa con esto, y tal como sugiere Norbert Elias (1987), para el individuo lo relevante en su vínculo con la muerte no es lo que supone el proceso biológico en sí sino la concepción que se tiene de esta, lo que esta representa y supone, lo que significa a nivel individual y colectivo. Además, preguntas tales como ¿cómo morimos actualmente? han comenzado a emerger con mayor fuerza y, aunque muchas veces cueste enfrentarnos al intento de responderlas, muestran nuevos modelos de enfrentar la muerte.

Así, la importancia de estudiar sociológicamente dicho fenómeno y sus distintas representaciones a lo largo de la historia se encuentra en dicha diferencia fundamental: dependiendo la representación social y cultural de la muerte, la relación que el hombre mantendrá con la misma y cómo la enfrentará la sociedad.

3.1.2. Dolor y sufrimiento

Otro aspecto y concepto que interviene de forma importante en el pensamiento sobre la muerte propia es el de dolor. La idea de “dolor” supone una percepción que resulta fácilmente de identificar por todas las personas, pero en muchos casos difícil de definir específicamente. Esto es debido a que depende de la manera en que aparezca para nosotros, las características que adopta la manera en que lo vivimos y atravesamos. Así, podemos referirnos al dolor físico, emocional, psicológico, y todos referirán a cuestiones distintas y traerán consigo significados distintos.

En relación a la distinción entre sufrimiento y dolor, resulta interesante mencionar las ideas de Bayés (2003) respecto a que ambas experiencias suponen definiciones y sensaciones diferentes. Según el autor, “el sufrimiento constituye un fenómeno más amplio que el dolor” (p: 56), y que este último se constituye entonces como una parte más de todo un conjunto de características que forman parte del primero.

En lo que refiere al abordaje social y sociológico del dolor, es posible identificar que la experiencia de este está profundamente vinculada al contexto social y cultural en que esta se desarrolla. Así, por más que la mayoría de los estudios y análisis sobre el dolor están circunscriptos al modelo biomédico (García Rodríguez et. al, 2019), es preciso reconocer que tanto las formas de hacerse presente, como de ser identificado y experimentado por las personas e incluyendo también las formas sociales de abordaje del dolor; todas son características que están condicionadas por los factores culturales y sociales en donde se insertan los individuos.

Tal como expresan García Rodríguez et al (2019):

“(…) el análisis sociológico del dolor implica que se tenga en cuenta que existen expectativas culturales y sociales que asocian dolor con determinados comportamientos, afrontamientos, expresiones corporales, sentimientos, etc. En ese sentido hemos de entender que el dolor (...) es un concepto construido socialmente, en el que se generan roles y expectativas sobre cómo debe comportarse el doliente.” (p: 16).

En ese sentido, existen determinados condicionamientos sociales hacia los individuos que experimentan dolor, asociado en algunos casos a enfermedades físicas pero también a trastornos psicológicos asociados al mismo, respecto a cómo deben comportarse o enfrentar dicho dolor.

En ese sentido, lo interesante de la perspectiva planteada por García Rodríguez et al (2019) es la sugerencia de que la manera en que los individuos perciben, viven y expresan dicho dolor está profundamente atada a las formas legitimadas socialmente de hacerlo. En ese sentido, en ciertas circunstancias, sobre todo vinculadas a enfermedades físicas crónicas, puede identificarse una legitimidad social de acabar con dicho dolor, no admitiéndolo como algo normal y simplemente inevitable, sino reconociendo la importancia de evitar a los individuos atravesarlo en determinadas condiciones y hasta determinado punto.

Así, podemos interpretar que para determinadas situaciones, socialmente se admite la posibilidad de terminar con el dolor experimentado, en donde pueden aparecer opciones tales como el fin de la vida y la inducción a este.

Además, Bayes (2003) sugiere que lo importante a la hora de analizar la experiencia de dolor de los individuos está en identificar el grado de amenaza que los síntomas y proyecciones respecto al desarrollo de la enfermedad constituyen para el mismo. Así, muchas veces lo más importante es mitigar dicha amenaza con formas de paliar y minimizar el dolor, a partir de identificar aquellos síntomas que causan dolor y sufrimiento en los pacientes. En ese sentido, e identificando sus ideas principales, el autor identifica que en el caso de pacientes terminales con dolores crónicos e irreversibles, y que muchas veces no pueden mitigarse completamente, la llegada de la muerte resulta en cierto sentido inevitable y se llega a concebir la misma como una salida a dicha situación de dolor y sufrimiento.

Por otro lado, también puede verse en dicha obra la identificación de la muerte de enfermos terminales con una circunstancia en donde idealmente el dolor se encuentra ausente, ya que se concibe que una muerte dolorosa, para cualquier situación de la vida, no es lo recomendable o lo deseado por los individuos. Además, el papel de los médicos o el personal de salud para dichas situaciones es la de favorecer a dicha muerte sin sufrimientos y sin dolor. Tal como expresa Bayes (2003): “La solución que ofrecemos a los últimos años de vida define en gran medida la sociedad que tenemos. Debemos proporcionar a nuestros pacientes una muerte serena y digna, sin dolor y con tan poca angustia y ansiedad como sea posible” (p: 58).

3.2 La sociedad ante la muerte

Por más que las implicancias individuales para la muerte y las consecuencias en el abordaje social poseen una relación estrecha e indisoluble, es posible guiar el análisis de la concepción y representación de la muerte en dos niveles o separada en dos etapas: por un lado, los miedos, emociones y movilizaciones que se producen a la interna del individuo, por las consideraciones de carácter filosófico y psicológico, así como también analizar por otro lado las respuestas, los abordajes y las formas de afrontar la muerte en el plano social y cultural; vinculado sobre todo a los actores sociales que cobran especial relevancia en el manejo y “gestión” de la muerte. Así, en la época moderna la consolidación de instituciones estatales destinadas especialmente al manejo de la muerte y la gestión de los cadáveres, cobra especial relevancia para el presente trabajo.

De esta manera, las consideraciones en relación al vínculo entre sociedad y muerte, con todas las implicancias que esto supone, serán abordadas a continuación; sin olvidar que se constituye como una dimensión profundamente conectada y relacionada con las

inquietudes y conflictos que la muerte ha significado y significa para el individuo como ser humano y como ser social. De esta manera, la distinción planteada simplemente supone una organización para el análisis de los datos a abordar.

3.2.1. Situación cultural de la vida y la muerte

El desarrollo de la modernidad y el proceso de racionalización creciente que acompaña a la misma, generó en el hombre moderno una sensación de control por sobre todos los procesos de la vida social y, en consecuencia, la mejora de las condiciones de vida hasta grados indefinidos. Esta creencia viene dada por dos características heredadas de La Ilustración, la *Confianza en la Razón y la idea de Progreso* (Fernández del Riesgo, 2007, p: 185).

De esta manera, y siguiendo con las ideas de Fernández del Riesgo (2007) el racionalismo y el consecuente dominio técnico de la vida, permitió concebir dicho control incluso en lo que refiere a la autodeterminación en el final de esta. En conjunto con esto, y como suceso profundamente entrelazado, lo que se puede apreciar es un pasaje del teocentrismo hacia el antropocentrismo, que ubicaba al hombre como protagonista único de su emancipación biográfica e histórica. En simultáneo, la secularización creciente daba paso a este protagonismo humano-individual.

Todas estas transformaciones generaron un relacionamiento técnico, basado en lógicas puramente racionales y economicistas del individuo con distintos sucesos de su vida. Esto generó un gran conocimiento y variado por parte del individuo respecto a la vida y a las cuestiones que subyacen a esta, pero no un conocimiento profundo o trascendental respecto a la intimidad de su existencia. Así, la lógica individualista se extendió hasta dichas circunstancias, por lo que los individuos deben enfrentarse en soledad a temas tan angustiantes como la muerte, propia y ajena.

Además, el papel de los individuos es valorado en relación a su desarrollo en la actividad productiva, lo que provocó que la muerte de estos signifique también el cese de su capacidad de consumo y producción. Así, como la sociedad occidental tomaba y evaluaba al individuo en función a su posición en la estructura productiva, el cese de su vida significaba la desaparición de dicha estructura, pero al constituirse como mercancía, era fácilmente sustituible.

Dicha circunstancia, genera una dificultad individual pero sobre todo social para enfrentar y ayudar a aquellas personas cercanas a la muerte en su tránsito hacia la misma.

En definitiva, se evidencia una ausencia de estrategias para pensar y reflexionar sobre el final de la vida en términos éticos y existenciales, sino simplemente en términos económicos y prácticos.

Tal como sugiere Fernández del Riesgo (2007) tomando a González de Cardenal (2003), la actitud que cabe frente a la muerte es la de la desesperanza, que se expresa en su voluntad de evitar pensar en ella y vivir escondiendo la conciencia de la propia muerte. Circunstancia que se corresponde con la idea de “conquista del silencio”, en donde Gil Villa (2011) afirma que existen dos momentos para la relación social con la muerte en la actualidad, el primero en donde se procede a aislarla y negarla, y un segundo en donde se la incorpora de una forma sumamente distinta a épocas anteriores.

3.2.2. “Muerte social” y consecuencias de la misma

Por otro lado, y como consecuencia de las características de la sociedad moderna vinculadas a los procesos de prolongamiento de la vida, algunos sectores de la población se enfrentan a situaciones sociales que los ubican más cercanos a la muerte en varios sentidos. Podemos pensar aquí en aquellas personas cercanas a la muerte, es decir, aquellas personas mayores que comienzan a enfrentarse a la etapa final de sus vidas. Estos individuos, los denominados “moribundos” (Elias, 1987), se encuentren en una posición social marginal y no privilegiada. Resulta interesante hacer una consideración al respecto.

En relación a esto, también Elias (1987) aborda la idea de *muerte social*, enfocándose específicamente en aquella muerte progresiva que van sufriendo las personas mayores a medida que envejecen o se enfrentan a una enfermedad terminal y/o crónica. Así, y tal como el nombre de su obra los define, los moribundos de la sociedad atraviesan primero una *muerte social*, mucho tiempo antes de llegar a la *muerte física*. La primera de estas se referiría entonces al debilitamiento y progresiva desaparición de los vínculos de los individuos, en donde tanto a nivel social como a nivel individual se comienza a dar un aislamiento de los mismos, ya sea en casas de salud, geriátricos, hospitales. Además, existe una cierta identificación negativa con la vejez, que favorece la intención de evitar el tema, cuando supone pensar en la vejez propia pero también en la ajena. De alguna manera, así como la muerte ajena nos supone un cierto enfrentamiento con la muerte propia, lo mismo sucede con la vejez, provocando que la negación de la muerte también traiga consigo la negación de los moribundos.

Otro autor que toma la idea de *muerte social* es Jesús de Miguel (1995), quien de alguna manera retoma las ideas de Elias (1987) y las complementa con la afirmación de que este proceso de muerte social en donde las personas mayores atraviesan una profunda soledad es producto también del aumento de la esperanza de vida para las sociedades modernas; acontecimiento que antes no era común y que además permite un distanciamiento progresivo respecto de la persona moribunda. En épocas anteriores, la muerte era impredecible, usualmente llegaba en edades tempranas y no podía preverse. Hoy en día, la posibilidad de reconocer una enfermedad o una etapa de la vida acercándose al final, permitió la anticipación de la muerte biológica, dando lugar a una muerte social anticipada. Así, en la actualidad las personas mayores sufren una especie de *funeral anticipado* (p: 119).

Sin embargo, esta *muerte social* resulta muy perjudicial para los individuos, ya que su experiencia y vivencia en la sociedad ha sido siempre acompañada de otros individuos, y la construcción de su vida así como de su identidad está atada a dichos vínculos. Tal como plantea Cohen (2007), en muchos casos existe un deseo de terminar con la vida, pues el propio individuo identifica su situación de marginado y en consecuencia busca apropiarse de dicha situación. Así, no es sorprendente que el moribundo busque apropiarse de su propia muerte, como parte de hacer valer su autonomía y como consecuencia de su temor a volverse *preso de un tiempo sin tiempo* (p: 25). En este momento, salidas a dicha situación como pueden serlo el suicidio y la eutanasia se vuelven importantes, generando debates sociales en torno al tema.

En relación a este rechazo y aislamiento hacia los moribundos, Elias (1987) plantea en primer lugar que se derivan de la represión individual y social de la muerte; razón ya mencionada y que es abordada por una gran diversidad de autores. Otra razón que presenta el autor es que la sociedad moderna exige a los individuos una independencia total de los otros, la cual no es posible. De esta manera, los individuos creen que pueden organizar y desarrollar su existencia de forma aislada. Esta circunstancia actual se distancia de la idea de dependencia mutua fundamental que la vida social supone y que durante épocas anteriores los individuos eran conscientes y aceptaban.

3.2.3. Modelos de muerte

La muerte se ha visto y se ve representada entonces de distintas maneras; y la relación de los individuos con la misma ha ido modificándose y transformándose. Al respecto, diversos autores han abordado el tema, entre ellos Philippe Aries (1983) planteó una

distinción retomada por Ricardo Jiménez en su tesis doctoral (2012) entre las distintas etapas que la concepción de la muerte ha transitado.

De esta manera, Aries (1983) distingue cinco patrones en torno al tema: la *Muerte Domada*, la *Muerte Propia*, la *Muerte Lejana y Próxima*, la *Muerte del Otro* y la *Muerte Invertida*. Cada uno de estos se corresponde con un cierto período de tiempo, por lo que el estudio realizado por el autor abarca desde el siglo V, en la denominada “*temprana Edad Media*” hasta mediados del siglo XX, en donde la modernidad ya era una realidad instaurada. Sin embargo, la centralidad para el presente trabajo está en la distinción entre el primer modelo y el último, ya que las modificaciones en los modelos que siguieron al modelo de *Muerte Domada* no alcanzaron a modificar un elemento importante del mismo, aquel que refiere a tomar y percibir la muerte como un hecho de carácter social y público. Sin embargo, dicha característica desaparecerá con algunos sucesos del fines del siglo XIX. Así, lo que se da en este momento histórico determinado es una *inversión* en todas las características y en el sentido que se le da a la muerte por parte del individuo y de la sociedad, arribando así al modelo denominado *Muerte Invertida*. Las características de esta modificación se abordarán más adelante.

Por otro lado, otro constructo teórico relevante lo constituye la tipología planteada por Tony Walter⁴ y retomada también por Ricardo Jimenez (2012), que diferencia entre los modelos de Muerte Tradicional, Muerte Moderna y Muerte Neo-moderna, como parte de una visión de distintas etapas en la historia. A su vez, dicha tipología encuentra su correspondencia con algunas ideas y consideraciones de los modelos planteados por Philippe Aries, por lo que resulta importante entrelazar sus ideas.

Muerte Tradicional (Muerte Domada)

En primer lugar, el modelo de Muerte Tradicional, que se ubica hasta el comienzo del siglo XIX, es aquel en donde la experiencia de la muerte se constituye como algo próximo en el tiempo y cercano en el desarrollo de la vida social. La razón de dicha cercanía se encuentra en las altas tasas de mortalidad, que evidencian una vida breve, en donde la muerte se inscribe como un proceso natural, doloroso y consciente (Jimenez, p: 195).

Dicha cercanía con la muerte, es identificada también por Elias (1987) en su obra, en donde sugiere que en épocas anteriores la muerte se constituía como un suceso público y

⁴ Walter es un investigador británico, Doctor en Sociología y especializado en estudios sobre la muerte. Desarrolla su trabajo en la Universidad de Bath y su última obra se llama Muerte en el Mundo Moderno (Death in the modern world), disponible en: <https://www.amazon.com/-/es/Tony-Walter/dp/1526402947>

comunitario, lo que significa que la participación de otros en la muerte de un individuo era un acto naturalizado. En este contexto, rituales tales como el duelo y el luto se constituyen como la forma exteriorizada del grupo social de afrontar la muerte de un individuo, ya que dicha muerte significaba un golpe disruptivo al mismo, y los roles dentro del mismo debían ser reconstruidos tras la muerte de uno de sus miembros (Jimenez, p: 195). En ese sentido, la conceptualización de *Muerte Domada* (Aries, 1983) resulta muy cercana y conectada, ya que esta representa el abordaje familiar y comunitario de la muerte, como parte de enfrentar el desafío que la muerte de un miembro supone. Así, mediante distintos rituales para afrontarla, se intentaba “*domesticarla*” (Jiménez, p: 173).

En este modelo, el enfrentamiento con la muerte estaba profundamente vinculado a la religión, ya que esta se constituía como *la autoridad* en relación al tema. Al respecto, la idea dominante era que Dios disponía de la vida humana y del cese de la misma. Sin embargo, la religión también proporcionaba herramientas para atravesar el proceso de muerte propia y ajena, ya que mediante la idea de una vida posterior a la muerte y la existencia del “más allá” ayudaban a la construcción de un significado en torno a la misma.

De esta manera, tanto las formas individuales como sociales de enfrentar la muerte se encontraban atravesadas por el discurso religioso, ya que la Iglesia funcionaba como gran instrumento de control y mediación social en estos procesos.

En definitiva, la muerte para este momento histórico tenía como valores principales a la familia, así como también la voluntad divina. Se intentaba darle un significado a la misma, para poder sobrellevarla y enfrentarla de la mejor manera posible, ya que la misma solía ser en edades tempranas y como consecuencia de enfermedades infecciosas que acaban rápidamente con la vida.

Muerte Moderna (Muerte Invertida)

Por otro lado, Walter (1994) ubica durante el siglo XX al modelo de Muerte Moderna. Para el mismo, el proceso de modernización que trajo consigo el desarrollo tecnológico y su implementación en el ámbito médico-científico, provocaron que la medicina se consolide como *autoridad* en lo que refiere a la muerte y a los procesos asociados a ella, desplazando en consecuencia a la religión de dicho lugar (Jimenez, p: 198).

En dicho contexto, la experiencia de la muerte se encuentra atravesada por procesos controlados por dicha ciencia y resguardada en instituciones tales como los hospitales, lo que ha generado una distancia física con la misma y ha dificultado la socialización de los

individuos respecto a la misma (Jimenez, 2012). De esta manera, las transformaciones respecto al Modelo Tradicional son notorias.

Además, en este contexto, la medicina interviene tanto en la muerte como en la vida de los individuos, ya que gracias a la constante creación de nuevos soportes y nuevos descubrimientos, se logra un aumento en la esperanza de vida de la población y aparece la posibilidad de diagnosticar en etapas tempranas, dando lugar a la posibilidad de prolongar la existencia de los individuos.

En lo que refiere al enfrentamiento de la muerte, se considera que los individuos deben hacerlo en el ámbito privado de su vida: así, las expresiones públicas del duelo ya no son las convenientes, sino que se considera aceptable que los individuos atraviesen el mismo en la privacidad de sus vidas, con la cercanía de sus afectos y familiares. La esfera de la vida pública se reserva para el trabajo y las relaciones objetivas y racionales, mientras que la esfera privada refiere a las emociones, sentimientos y la construcción de la identidad de los individuos.

Así, la muerte pasa de constituirse como un proceso religioso y espiritual, a un proceso físico de cese de la vida. En ese contexto, la construcción social de la muerte se constituye en relación a las creencias instauradas por la medicina de que si logramos llevar una vida saludable, con rutinas de autocuidado, lograremos retrasar dicho proceso físico hasta edades avanzadas. Esa construcción muestra una individualización en el proceso de muerte, ya que la misma recae sobre el individuo y su decisión sobre cómo vivir su propia vida y las consecuencias de esto.

Por otro lado, se abre paso a una institucionalización de la muerte (Cohen, 2007) que es acompañada por un cierto tabú de la misma (Jesús de Miguel, 1995); procesos que son acompañados también por el ocultamiento y privatización de dicho fenómeno, al punto de que la muerte de un individuo se vuelve un acontecimiento importante e impactante en la vida de sus familiares y amigos, pero no afecta ni perturba al orden social como sí lo hacía anteriormente.

Así, tal como retoma Jimenez (2012) de Aries (1983), se aprecia una *indiferencia social* hacia la muerte de uno de sus miembros, dejándose atrás la experiencia del rito que solía acompañar la muerte y que tenía una función terapéutica para el grupo social; parte de una cultura en donde el dolor debía ser afrontado y respetado, y no negado u ocultado (Cohen, 2007).

Para esta etapa también comienzan a generarse demandas sociales vinculadas a lograr humanizar y dignificar la intervención médica en tales procesos, a la vez que la ya

mencionada “*muerte social*” que padecen algunos individuos, se hace presente: a partir del crecimiento de instituciones destinadas al cuidado de las personas cercanas a la muerte, se percibe una progresiva y creciente ruptura de sus lazos sociales y afectivos, gracias a dicha reclusión en centros de salud u hospitales para los momentos finales de su vida.

Muerte Neo-Moderna

Por último, Walter (1994) plantea el modelo de Muerte Neo-moderna, propio del último tercio del siglo XX y aún minoritario (Jimenez, p: 206). En este, la concepción de la muerte ya no se encuentra circunscripta a la religión ni a la medicina, sino que se vincula al individuo: a la concepción que este le otorgue y al control de este sobre la misma. Dicha concepción es producto del individualismo creciente propio de la época actual.

Así, la *autoridad* para este modelo la constituye el individuo, sus deseos y el respeto por el significado que él mismo le da a su propia muerte. En definitiva, la buena muerte se corresponde con la autodeterminación, y el enfrentamiento con la misma se da como un proceso profundamente psicológico.

A diferencia del modelo de Muerte Moderna, en este modelo es importante la exteriorización de las emociones respecto a la muerte de individuos cercanos, como forma de transitar el duelo de forma más armónica. De esta manera, dicha exteriorización se traduce en la existencia de múltiples grupos de autoayuda, los cuáles se han ido instalando con más fuerza en los últimos años.

Además, se plantea que producto de la gran cantidad de relaciones que entablan los individuos en la sociedad moderna, las cuales se constituyen como fragmentarias, él mismo construye múltiples identidades. En consecuencia, en lo que refiere al enfrentamiento de la muerte de un individuo, sus allegados deben recurrir a dichos grupos de acompañamiento terapéutico como forma de reconstruir sus identidades.

Como consecuencia del aumento de la esperanza de vida hasta edades aún más avanzadas, continúan también creciendo las demandas sociales respecto a la determinación del final de la propia vida. En este contexto, cuestiones como la eutanasia se vuelven debates emergentes e importantes en la vida social, como parte de lograr el deseo de que la muerte social y la muerte física coincidan y de poder poner fin a situaciones que ya no se consideran dignas. También la creación de Unidades de Cuidados Paliativos ha significado la expresión de dicho contexto social y político, como parte de una concepción integral de la vida y con el sujeto como actor principal del proceso de muerte. En relación a esto, y retomando algunas ideas de Elias (1987), dichas demandas normativas en relación al proceso de muerte pueden

tomarse como expresión de la individualización que se extiende de la vida en general al proceso de la muerte propia. Así, la movilización en busca del respeto de los derechos y autonomía de las personas para estos procesos da cuenta de un derecho general referido a optar individualmente, según nuestras creencias y convicciones personales. Tal como plantea Gil Villa (2011), “*el fin de la vida se contempla como una extensión de los derechos de intimidad*” (p:25).

Un resumen de la tipología de Walter se observa en la siguiente tabla⁵:

MODELOS DE MUERTE DE TONY WALTER			
	TRADICIONAL	MODERNA	NEO-MODERNA
Contexto corporal			
1. Muerte arquetípico	Plaga	Cáncer/Coronaria	Cáncer/SIDA
2. Trayectoria del morir	Rápida	Oculto	Prolongada
3. Esperanza de vida	40 años	70 años	80 años
4. Visión de la muerte de los otros	Frecuentemente	Raramente	Testigo del morir sin muerte
5. Condición humana	Viviendo con la muerte	Muerte controlada	Viviendo con el morir
6. Muerte típica	Niños	Ancianos	Ancianos
7. Nacimiento social	Sigue nacimiento físico	Al nacimiento físico	Precede al nacimiento físico
Muerte social	Sigue muerte física	Precede muerte física	A la muerte física
8. Muerte atípica	Viejo (venerado)	Joven (sin sentido)	Joven (sin sentido)
Contexto social			
9. Estructura social	Comunidad	Pública vs. Privado	Privado y público entrelazado
10. Envoltorio de la persona	Pertenencia social	Identidad	Identidades
Fundada en	Comunidad	Familia	Relaciones
Muerte = pérdida de	Posición social	Identidad	Identidades
Tarea después de la muerte	Reconstrucción roles	Reconstrucción identidad	Reconstrucción identidades
Hacerlo a través de	Luto (lamento)	Pena, aflicción	Trabajo de aflicción

⁵ Extraído de la tesis doctoral de Ricardo Jimenez (2012).

	TRADICIONAL	MODERNA	NEO-MODERNA
<p style="text-align: center;">Autoridad</p> <p>11. Autoridad</p> <p>Conocido a través de</p> <p>12. Institución</p> <p>13. Significado</p> <p>14. Religión</p>	<p>Dios/Tradición "La Voluntad de Dios"</p> <p>Clero (hombres)</p> <p>Iglesia</p> <p>Dado</p> <p>Dado</p>	<p>Experto médico "Órdenes de los doctores"</p> <p>Doctores (hombres)</p> <p>Hospital</p> <p>Abolido (en público)</p> <p>Elección de iglesia</p>	<p>Uno mismo "Yo hice mi camino"</p> <p>Consejeros (mujeres)</p> <p>Casa/hospicio</p> <p>Creado interpersonalmente</p> <p>Espiritualidad interna</p>
<p style="text-align: center;">Enfrentando una muerte</p> <p>15. Valor mostrado en</p> <p>16. Estrategia</p> <p>17. Apoyo laico</p> <p>18. Vigilancia por</p> <p>Vigilancia de</p>	<p>Oración, súplica</p> <p>Ritual</p> <p>Vecinos/pacientes</p> <p>Sacerdote/vecino</p> <p>Alma/conducta</p>	<p>Silencio</p> <p>Soledad emocional</p> <p>Familia nuclear</p> <p>Cuerpo/conducta</p> <p>Cuerpo/conducta</p>	<p>Hablar</p> <p>Expresada</p> <p>Grupos de autoayuda</p> <p>Consejero</p> <p>Sensaciones</p>
<p style="text-align: center;">El "viaje"</p> <p>19. Viajero</p> <p>20. Muerte</p> <p>21. Modo de transporte</p> <p>22. Funeral</p> <p>Organizado por</p>	<p>Dios/Tradición "La Voluntad de Dios"</p> <p>Clero (hombres)</p> <p>Iglesia</p> <p>Dado</p> <p>Dado</p>	<p>Experto médico "Órdenes de los doctores"</p> <p>Doctores (hombres)</p> <p>Hospital</p> <p>Abolido (en público)</p> <p>Elección de iglesia</p>	<p>Uno mismo "Yo hice mi camino"</p> <p>Consejeros (mujeres)</p> <p>Casa/hospicio</p> <p>Creado interpersonalmente</p> <p>Espiritualidad interna</p>
<p style="text-align: center;">Valores</p> <p>23. Valores</p> <p>24. El peor pecado</p> <p>25. La mejor muerte</p>	<p>Respeto</p> <p>No creer</p> <p>Consciente/Listo para encontrarse con el creador</p>	<p>Salud/Privacidad/Dignidad/Combatividad/Indepen.</p> <p>Intrusión</p> <p>Inconsciente/Repentina/Sin molestar a otros</p>	<p>Emoción/Crecimiento/Elección/Autonomía/Control</p> <p>Aislamiento/Negación</p> <p>Consciente/Preciosa/Mi camino/Fin de negocio</p>
DISCURSO DOMINANTE	RELIGIOSO	CIENTÍFICO-MÉDICO	PSICOLÓGICO

3.3 Salidas de la muerte

Frente a los múltiples dilemas mencionados respecto a la vida, las personas se han interrogado constantemente sobre el sentido de su propia existencia. Tal como fue mencionado, y como consecuencia de la inevitable asimilación de la muerte propia, se han generado intentos de poder dominar y participar activamente en la planificación y proyección de dicho momento. La razón en esto radica en que un papel activo en la propia muerte se constituye como una forma de darle un significado en relación con el desarrollo de la propia vida, como parte de incorporar la muerte en nuestra biografía y reivindicar que existe un derecho a elegir de qué manera hacerlo (Cohen, 2007).

Además, la consolidación de la ciencia médica como actor principal en los procesos de muerte, trajo consigo las consecuencias de los avances tecnológicos y el desarrollo de la ciencia. Así, la relación con la muerte, pero sobre todo con la vida, se modificó: muchas enfermedades (casi todas) pasaron de ser mortales a crónicas (Cohen, p: 18-19), esto es, se desdibujó la distinción entre algo que puede llevarnos a la muerte de aquello con lo que podemos vivir, ya que se vió como la ciencia permitía prolongar la vida, gracias a nuevos soportes. Esta situación le otorgó a la ciencia médica un papel determinante, en el discurso y en la práctica, ya que de cierta manera se concebía a los médicos como quiénes pueden manejar la vida ajena, al punto de decidir si prolongarla o interrumpirla.

Pero frente a esto, la sociedad se vio en muchos casos frente a individuos que pese a existir la posibilidad de prolongar su vida, no querían optar por dicha opción. Así, la idea del moribundo y de la muerte debían ser revisadas, ya que esta última no era siempre tomada como una amenaza y algo a lo que se temía, sino que algunos individuos lograban tomarla como la posibilidad de apropiarse de la propia vida y muerte, de hacer valer su autonomía y su voluntad propia, por fuera de las imposiciones sociales y culturales.

En consecuencia, los individuos se plantean algunas salidas, que elegiremos llamar sociales, a dichas situaciones. Dentro de las mismas, podemos distinguir entre las denominadas salidas naturales y salidas buscadas. Las primeras han existido siempre y han adoptado distintas características en relación al tiempo histórico en que se han instalado, pero han sido siempre inevitables. Por otro lado, las salidas buscadas han generado controversias y múltiples dilemas, por lo que se han vuelto objeto de debate público con el correr de los años.

3.3.1 Suicidio, ortotanasia, distanasia, eutanasia y suicidio asistido

En primer lugar, y en lo que refiere a las salidas concretas actuales de la muerte, a eutanasia y el suicidio asistido aparecen en este tiempo histórico con gran fuerza, como salidas a la muerte social, y como apertura hacia la muerte física; como salida al dolor espiritual y emocional así como también físico. Así, ambas salidas están vinculadas a poner fin a un cierto tipo de dolor o a la propia vida.

En lo que refiere a la significación de salidas como el suicidio y la eutanasia, Ricardo Jimenez (2012) plantea una distinción entre ambas que ubica al suicidio dentro de una concepción de *la muerte como deserción* (p: 570) y de la eutanasia como *la muerte como descanso prohibido* (p: 580). En relación a esta última idea, puede asociarse con la idea que retoma Hintermeyer (2010) respecto a que existe una determinada concepción de la muerte asociada a la paz y el descanso.

Además, otros conceptos como *ortotanasia* y *distanasia* han aparecido en el último tiempo, para referir a determinadas situaciones vinculadas también con el final de la vida. En lo que refiere a la primera, la misma refiere a una actuación adecuada de parte de quienes acompañan el proceso de muerte de una persona, pueden ser médicos, enfermeros; y refiere al empleo de técnicas y sustancias que contribuyan a que el pasaje hacia la muerte sea lo más *digno* posible. Además, no supone el adelantamiento de dicha circunstancia. Por otro lado, la distanasia se ubica como lo contrario a la eutanasia, en donde se puede observar un prolongamiento innecesario de la vida de la persona, como parte de un cierto encarnizamiento terapéutico.⁶

En relación al suicidio, el mismo ha significado siempre una cierta trasgresión al orden establecido y por dicha razón ha sido condenado de múltiples maneras; simbólicas y sociales pero también legales. Así, la condena religiosa ha estado siempre acompañada de la condena legal: el suicidio ha estado condenado por ley desde la Edad Media y hasta hace poco tiempo (Cohen, 2007).

En lo que refiere a los argumentos religiosos que condenan al suicidio, los mismos se vinculan con la idea de que Dios es quién dispone de la vida humana, y que hay que respetar dicho papel. Así, el individuo que interviene en dicho proceso y dispone de la vida, tanto de la propia como la ajena, está desafiando dicha voluntad divina (Cohen, 2007).

⁶ Información extraída de: <https://es.slideshare.net/wilmerzapatalarrahon/eutanasia-ortotanasia-y-distanasia>, <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/eutanasiaOrtotanasiaDistanasia.htm>

A su vez, existen razones de carácter secular que lo niegan y juzgan; entre ellas la idea de que el acto suicida va en contra del instinto de autopreservación, el egoísmo que supone someter a los seres queridos al sufrimiento y consecuencias que genera que un individuo opté por el suicidio, así como también las consecuencias sociales de ello (Cohen, 2007).

Por otro lado, el suicidio puede tomarse como una expresión de libertad, o la búsqueda de esta, por parte del individuo que busca decidir sobre su propia muerte y, en muchos casos, como fin de sus propias dolencias.

Desde un abordaje sociológico del suicidio, Durkheim (1897) fue quién por primera vez enfocó el análisis de las causas de este en factores sociales, identificando mediante las tasas del mismo que no eran simplemente factores personales y privados los que influían en dichas decisiones. Así, la sociología comenzó a intervenir en el tema a partir de sus planteamientos, sugerencias y múltiples estudios sobre el mismo.

En lo que refiere específicamente a la eutanasia, y al contexto social y cultural en que emerge la misma, María Ángeles Durán (2004) menciona que esta se vuelve un tema importante y que genera un debate amplio a partir de cuestiones como la secularización, específicamente del hecho de que la sociedad en conjunto deje de adherir y considerarse perteneciente a una religión específica o a cualquiera de ellas, y que comience a centrar cada vez más su interés en la defensa de la autonomía personal en cualquier etapa de la vida, manifestada sobre todo por diversos movimientos sociales; aspectos que ya fueron mencionados anteriormente.

En lo que refiere a su conceptualización, el significado etimológico de la misma proviene de los términos griegos *eu*, que significa bueno, y *thanatos*, que significa muerte: *buena muerte* (Cohen, 2007). Sin embargo, el término se fue complejizando con el paso del tiempo y nuevas condiciones sociales asociadas al proceso de morir. Dentro de dicha complejización, aspectos como el encarnizamiento terapéutico que integra al médico como parte determinante del proceso de muerte, y las reflexiones sobre las condiciones dignas de prolongar la vida de las personas, intervienen con gran fuerza. A su vez, en lo que refiere a la distinción entre suicidio asistido y eutanasia, el primero refiere a la acción del propio individuo para acabar con su vida pero con medios que le fueron proporcionados por otra persona, en muchos casos un médico (suicidio médicamente asistido). Para el caso de la segunda, el médico es quien desarrolla la acción de acelerar la muerte de una persona, a partir de un pedido expreso de esta.

Como parte de una caracterización más específica de la eutanasia actualmente, Cohen (2007) retoma la distinción entre eutanasia pasiva y eutanasia activa. Así, la primera de ellas refiere al hecho de inducir a la muerte sin intervenir directamente, esto es, por ejemplo, sin aplicar tratamientos que prolonguen la vida de la persona. Por otro lado, la segunda de ellas refiere a la aplicación de medidas que efectivamente lleven a la muerte de la persona. Esto es, la eutanasia pasiva se corresponde con la *omisión* y la eutanasia activa con *acción* (p: 253).

En lo que refiere a la situación normativa de la eutanasia, la aceptación moral y ética de la misma se da, en la mayoría de los casos, para la denominada eutanasia pasiva y no así para la activa: muchos países, la mayoría, cuentan con leyes que permiten al paciente (o a sus familiares) negarse a tratamientos en determinadas etapas de irreversibilidad de la vida. Sin embargo, son pocos (pero cada vez más) los países que permiten la eutanasia activa.

Para el caso de Uruguay, la *eutanasia pasiva* se puede ver representada en la Ley de Voluntades Anticipadas (2009) que permite al paciente expresar con anterioridad la voluntad de no recibir tratamientos si se encontrase en una situación de enfermedad crónica, irreversible y en edad avanzada⁷. Así, por más que pueda ser considerada por algunos como restrictiva, se corresponde con dicha concepción de eutanasia.

Por otro lado, la idea de eutanasia puede identificarse también con la idea de *canon de la muerte social* (Jesús de Miguel y Marga Mari-Klose, 2000), ya que mediante la misma se busca de alguna manera acceder a esa “muerte ideal”, en donde el sufrimiento, el dolor, la soledad y los conflictos que acarrea la muerte pueden evitarse si conseguimos planificar o acercarnos a la muerte de esa manera. Aquí la conceptualización planteada por Jimenez (2012) respecto a que la misma se constituye como un *descanso*, también puede asociarse a la representación de dicho canon.

4. Base legal para el desenvolvimiento del aspecto social

En relación a la situación normativa y la base político-legal en nuestro país vinculada al tema, contamos con varios aspectos a tener en cuenta, ya que a la hora de analizar la situación social de la muerte, los condicionamientos normativos resultan importantes ya que son expresión directa de las opiniones y percepciones sociales respecto al tema, a la vez que moldean y orientan las mismas

⁷ Disponible en: legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp2061156.htm#:~:text=Artículo%201º,afectar%20la%20salud%20de%20terceros.

En primer lugar, en lo que refiere al final de la vida, ya fue mencionada la existencia de la Ley de Voluntades Anticipadas del año 2009. Dicha ley introduce la posibilidad de manifestar por anticipado el deseo de no recibir determinados tratamientos en situaciones específicas, por lo que se asocia con la concepción de “*eutanasia pasiva*” (Cohen, 2007).

En ese sentido, la misma trata de alguna manera la problemática de la muerte propia, ya que permite pensar la misma por anticipado, aunque esté circunscrita a determinadas exigencias y características y no sea una decisión completa y únicamente del individuo.

Por otro lado, contamos en nuestro Código Penal con la figura del *Homicidio Piadoso*, el cual plantea: *Los Jueces tiene la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima.* (Artículo 37, *Del homicidio piadoso*).⁸

Dicho artículo se puede identificar como una cierta apertura a situaciones tales como suicidio asistido o eutanasia por mencionar la posibilidad de exonerar de castigo en situaciones tales; siempre que sea en determinadas circunstancias y a partir de la perspectiva del juez a cargo del respectivo caso.

En última instancia, resulta importante mencionar la propuesta de Ley del diputado Ope Pasquet respecto a la posibilidad de legalizar la eutanasia y el suicidio medicamente asistido⁹. La misma se configura como la apertura en el debate público y político/legal respecto al tema en nuestro país, y permitió una progresiva apertura a construir opiniones sobre la eutanasia, a la vez que permitió acceder a las diversas concepciones de la muerte y analizar la situación de la misma a nivel nacional.

5. Fundamentación del problema

5.1. Relevancia social

En lo que refiere a la relevancia social del tema abordado, la misma radica en que, a lo largo de todo el mundo, una diversidad de individuos, colectivos de la sociedad civil y académica, profesionales (médicos y no médicos), han manifestado su voluntad de reflexionar, discutir y profundizar sobre el tema de la muerte y de las decisiones vinculadas a esta. De esta manera, en muchos países y sociedades, se ha planteado la posibilidad de alcanzar una propuesta normativa en relación al final de la vida que permita dar determinadas

⁸ Extraído de

<https://www.impo.com.uy/bases/codigo-penal/9155-1933/37#:~:text=Art%C3%ADculo%2037,s%C3%BAplicas%20reiteradas%20de%20la%20v%C3%ADctima.>

⁹ Disponible en:

<https://www.smu.org.uy/wpsmu/wp-content/uploads/2020/05/EUTANASIAPROYECTODELEY.pdf>

garantías y cierta apertura a temas como la eutanasia y el suicidio asistido. Así, como dichas propuestas han recibido múltiples resistencias, resulta interesante e importante que la discusión sea lo más amplia y abarcativa posible, teniendo en cuenta las posturas de todas las partes involucradas. Además, al referirse a un tema tan íntimo y profundo como la muerte, es preciso que la sociedad entera se abra a una reflexión y discusión sobre la temática.

Si tenemos en cuenta específicamente la eutanasia y el suicidio asistido, es necesario dar lugar a la realización de investigaciones que busquen ahondar en las razones para la prohibición de ambos así como también las recientes incorporaciones en materia legal al respecto, teniendo en cuenta que a nivel mundial se ha vuelto un tema importante y creciente; y a la vez que a nivel nacional la presentación de una propuesta concreta que busca legislar respecto al tema abre el contexto perfecto para la emergencia de trabajos que profundicen en ella.

En ese sentido, la eutanasia fue legalizada por primera vez en Holanda en el año 2002. A partir de ahí, algunos países como Bélgica en el mismo año y Luxemburgo en el año 2009 acompañaron esta situación con sus propias leyes sobre el tema. Por su parte, en algunos Estados de EEUU también se encuentra legalizada, en algunos casos de forma más restrictiva refiriendo exclusivamente al suicidio asistido y en otros agregando la posibilidad de eutanasia. En el año 2016, Canadá también creó una ley de eutanasia, y recientemente en el año 2017 el Estado de Victoria en Australia también amplió su marco legal respecto al tema. Por último, en América Latina, Colombia es el primer país en crear una ley que permita la eutanasia, la cuál fue aprobada en el año 2018.¹⁰

5.2 Relevancia sociológica

En relación a la relevancia sociológica, y tal como fue mencionado anteriormente, el presente tema se constituye como una problemática sociológica teniendo en cuenta que existen diferentes posturas específicamente en relación a la eutanasia, posturas contrarias y que remiten a determinadas concepciones sociales, culturales de la muerte, de la posición social de la medicina como ciencia que moldea y estructura no sólo nuestra vida y nuestra muerte sino la manera que atravesamos y concebimos ambos procesos, así como también el desarrollo entre medio de ambos; entre otras cosas.

La sociología debe encargarse de ahondar en los imaginarios y estructuras que se encuentran de fondo en dichos argumentos y que se hacen evidente en los discursos de los

¹⁰ Por información más detallada sobre el tema, ver Tabla en Anexo.

actores involucrados en el debate. Así, es notoria la importancia de estudiar la situación social de la muerte y las salidas a esta que la sociedad construye a nivel nacional. Además, como ya se mencionó, su ausencia es evidente, por lo que debe comprometerse en participar del tema y proporcionar investigaciones que se constituyan como herramientas para la profundización del tema.

6. Construcción del problema de investigación

Teniendo en cuenta que, como ya fue mencionado, el debate y las demandas sobre eutanasia se han ido construyendo recientemente en nuestro país, y que puede concebirse a la misma como una salida de la muerte que nuestra sociedad ha estado construyendo y discutiendo, resulta importante ahondar en las concepciones de la muerte que conviven o dominan actualmente a nivel social, cultural y político-legal. De esta manera, dichas concepciones ayudarían a comprender en qué se está basando y a que refiere la discusión sobre la eutanasia en Uruguay. Para esto, principalmente los andamiajes teóricos de Walter (1994) y Aries (1983) serán tomados en cuenta a la hora de analizar los discursos, ya que permitirán analizar la complejidad del fenómeno de la muerte con mayor profundidad gracias a su análisis en diversas conceptualizaciones y dimensiones.

En ese sentido, resulta importante mencionar que el propósito de la investigación es profundizar respecto a una construcción de la muerte cuando la misma es buscada y autodeterminada, a diferencia de las salidas naturales. Esto es, la eutanasia, el suicidio y el suicidio asistido se constituyen como salidas en donde se interviene en el proceso de vida de una persona, lo que refiere a concepciones de la muerte particulares. Así, ya sea por intervención propia o de un tercero (médico), las mismas provocan debates sociales y profesionales, y se constituyen como objeto de estudio por sus diversas implicancias simbólicas; sociales y culturales.

Así, y teniendo en cuenta que los entrevistados son reflejo de dichas construcciones sociales y culturales sobre el tema, a la vez que contribuyen, por su posición en la estructura y por su intervención pública en el tema, a construir ideas y moldear representaciones, la investigación se centra en los discursos y opiniones de los actores que se encuentran interviniendo y generando opinión en dicho debate actual.

Como ya fue mencionado, esos actores actualmente son: profesionales del sector médico, miembros de la sociedad académica y política y miembros de organizaciones sociales que expresan opinión sobre el tema y buscan insertarse en el debate.

En ese sentido, y con el objetivo de rastrear dichas concepciones de muerte que los actores tienen, se tomó la decisión de conformar dos subgrupos. La conformación de estos se hizo en base a la profesión de los mismos y el área de inserción social, laboral y/o política. En este sentido, podemos distinguir en, por un lado, las entrevistas (y por ende los discursos) que refieren a actores que provienen de una inserción profesional y sociocultural en el ámbito de la salud y, por otro, aquellas entrevistas que provienen de otros ámbitos: político, jurídico, organizaciones sociales, etcétera. Llamaremos sector salud al primero de los grupos y sector social¹¹ al segundo.

La importancia de realizar dicha distinción se encuentra en que en el desarrollo del debate público sobre el tema la posición médica y afines puede identificarse desde una posición de *autoridad* (en términos de Walter y para un Modelo de Muerte Moderna) que puede opinar sobre el tema y formar opinión. En ese sentido, y por otro lado, se espera que los discursos de los demás actores se acerquen a un Modelo de Muerte Neo-moderno en donde los individuos son quienes deben ubicarse en el centro de la discusión.

En definitiva, consideramos que existirá una heterogeneidad en los discursos de un grupo y del otro, esperándose que los mismos estén, para el caso del sector salud, apoyados en lo clínico-médico y más cercanos al Modelo Moderno de Walter, y, para el caso del sector social, en el individuo y el respeto por sus decisiones, más cercano a un Modelo Neo-moderno. En relación a las diferencias internas en cada grupo, consideramos que, dada la cultural social y de trabajo, se van a generar discursos homogéneos o al menos esperamos encontrar homogeneidades.

7. Preguntas y objetivos de investigación

¿Qué concepción, o concepciones, sobre la muerte se identifica en el discurso de los actores principales en el debate sobre la eutanasia en Uruguay actualmente?

¿Qué relación con la muerte a nivel social y cultural es identificada en el discurso de los entrevistados?

¿Puede identificarse en los discursos un modelo de muerte específico o en cambio se aprecia la coexistencia de varios de ellos?

¿De qué manera influye en los discursos el marco normativo actual en esas concepciones?

¹¹ No se logró construir un mejor término para denominar a dicho grupo.

¿Pueden identificarse diferencias y similitudes entre los discursos de los profesionales del sector de la salud de aquellas que no lo son? ¿Cuáles son? ¿Y dentro de los mismos profesionales del sector de la salud?

Objetivo general:

Conocer y comprender mediante los discursos que se construyen en torno a la eutanasia (a partir de los actores centrales en el debate actual), concepción(es) y construcciones sociales en torno a la muerte, para el nuevo contexto socio-político actual.

Objetivos específicos:

Identificar las concepciones o modelos de muerte que tienen los actores sociales que intervienen en el tema.

Comprender la relación social y cultural con la muerte para la sociedad uruguaya desde los discursos de los entrevistados.

Analizar e identificar la existencia de modelos únicos de muerte o si conviven características de varios de ellos.

Identificar las representaciones sociales sobre las salidas de la muerte (mediante el discurso que se construye sobre eutanasia).

8. Metodología

8.1 Diseño de investigación

Para abordar la problemática planteada se definió como necesario y pertinente un enfoque cualitativo. Las razones de esto se ubican, teniendo en cuenta a de Souza Minayo (2010) y a los planteamientos del filósofo Dilthey (1949) que ésta retoma, en la idea de que la realidad social y los fenómenos que se entretajan en ella sólo pueden conocerse y abordarse intersubjetivamente y no desde relaciones causales o leyes generales tal como plantea la corriente positivista. En definitiva, se refiere a una perspectiva epistemológica en particular, donde lo importante es conocer los significados de las acciones que realizamos y que se realizan en sociedad. Tal como de Souza Minayo (2010) lo plantea basándose en las ideas de Weber (1994) esta actitud epistemológica se enfoca en “mostrar que el mundo no es algo deducible, sino una realidad concreta y vívida, desbordante de significados producidos intersubjetivamente” (p: 252). Una perspectiva cualitativa permite conocer desde la

comprensión al fenómeno que se investiga, y para la presente investigación, esto resulta de vital y principal importancia. Además, la subjetividad cobra especial relevancia, las construcciones que en esta se albergan y como se expresan en el accionar de los individuos en la cotidianeidad. Para el presente trabajo, es importante acceder a la subjetividad que se expresa en los y las entrevistadas, y que permite acceder a una concepción de muerte determinada y una actitud ante la muerte ya sea favorable como desfavorable.

8.2. Técnicas de investigación

La técnica seleccionada para la investigación fue la de entrevista. La razón de esto se encuentra en que, tal como nombra Alonso (1999) respecto a las ideas de Jean-Baptiste Fages (1990) la entrevista en el caso de la investigación, y a diferencia de las entrevistas de tipo clínico o terapéutico, la primera pretende acceder a la construcción de sentido de un grupo social determinado, del cual el individuo entrevistado es parte. La entrevista permite realizar esto mediante el acceso a la subjetividad individual de los sujetos que remite al sentido social de aquel grupo en cuestión. En nuestro caso, los entrevistados funcionan como representación de dichos grupos (sector salud y sector no salud).

Además, Alonso (1999) plantea luego basándose en las ideas de Greele (1990) que “*el empleo de la entrevista presupone que el objeto temático de la investigación (...) será analizado a través de la experiencia que de él poseen un cierto número de individuos que a la vez son parte y producto de la acción estudiada (...)*” (p: 229).

En lo que refiere al tipo de entrevista, se optó por realizar entrevistas semi estructuradas, con la intención de realizar determinadas preguntas específicas pero con una apertura suficiente para que los/as entrevistados/as puedan expresarse y exponer su perspectiva de manera amplia. Esto permitirá que los discursos no se vean limitados simplemente a las preguntas pautadas, sino que puedan desarrollarse con libertad. De todas maneras, el papel como investigadora consiste en orientar la charla de manera que las dimensiones y preguntas planteadas en la investigación puedan ser efectivamente abordadas, pero buscando generar el espacio para que nuevas consideraciones puedan aparecer y expresarse.

8.3 Relevamiento de campo

En lo que refiere a la información específica sobre las personas entrevistadas y los grupos, a la interna de ambos grupos (sector salud y sector social) se aprecia una heterogeneidad en áreas en que desarrollan su trabajo y formación. Por más que para el caso

del sector de salud las cercanías tal vez sean mayores por su formación de base, las especialidades en las que se formaron o incluso la profesión (médicos, licenciadas en enfermería) los establecimientos donde trabajan contribuyen a un acercamiento diferencial al tema.

Para el caso del otro grupo, las distancias son aún mayores, pero todos se constituyen como actores sociales que de una u otra manera se vinculan al debate actual del tema.

Así, e identificando específicamente las características de la muestra teórica¹², fueron tomados en cuenta médicos de áreas como medicina legal, oncología, neurología, cuidados paliativos, neonatología, pediatría, fisiatría, licenciadas en enfermería, siendo un total de 10. Para el caso del sector social, se realizaron entrevistas a doctores en Derecho, militantes del tema y miembros de organizaciones sociales y miembros de la sociedad política, siendo un total de 6.¹³

9. Análisis

A la hora de abordar los discursos respecto a la muerte que los y las entrevistadas construyen y explicitan, fue preciso analizar detenidamente las entrevistas y los discursos que emergen de ellas. Teniendo en cuenta que el trabajo de campo y en específico la pauta de entrevista estuvo orientada hacia la eutanasia y las barreras en torno a la misma (como consecuencia del momento sociocultural y político en relación con el tema), debimos tomar las concepciones y opiniones sobre esta como forma de rastrear las concepciones de muerte en los discursos. A su vez, la eutanasia se constituye como una forma de enfrentar y abordar la muerte, y se introduce como visagra entre los distintos Modelos de Muerte, por lo que su análisis resulta interesante y profundamente importante a la hora de analizar los discursos sobre la muerte.

Para realizar dicha tarea, las características planteadas por Walter (1994) para los distintos tipos de muerte, son importantes, por lo que el análisis de los discursos debe hacerse tomando en cuenta a las mismas. De esta manera, podremos conocer las posturas y posiciones respecto a la salida para la muerte que la sociedad uruguaya ha ido construyendo en este último tiempo pública y legalmente (aún no registrada y aprobada como ley, pero sí con una propuesta concreta planteada), a la vez que podemos identificar las concepciones de muerte que están de fondo a eso.

¹² No estrictamente en los términos de Glasser y Strauss (1967)

¹³ Para información más específica, ver Tabla en Anexo

9.1 Concepción(es) y modelo(s) de muerte

Para el primer punto, abordaremos las concepciones sobre la muerte que emergen de los discursos, abordando las distintas características de las mismas y analizando sus implicancias. Para realizar dicha tarea utilizaremos los distintos modelos y características de Walter (1994), ya que dicho andamiaje teórico nos permitirá un acercamiento a las posibles diferencias o similitudes en las concepciones de muerte de los distintos grupos (sector salud y sector social).

9.1.1. ¿Cómo son la muerte y el proceso de muerte actualmente? ¿Cómo deben serlo?

Como primera consideración importante podemos plantearnos el hecho de que, en el caso del sector salud, la concepción sobre la muerte está circunscripta al control de la misma: esto es, la muerte se concibe, en cierta manera, como un proceso controlado por la medicina, que le compete a esta por sus conocimientos y cercanía respecto a ella. Estas apreciaciones no se ven de forma explícita en los discursos, sino que corresponden más bien a un análisis sobre el trasfondo de los argumentos e ideas que introducen los y las entrevistadas.

Así, las representaciones que los profesionales del sector salud muestran respecto a la muerte en sus discursos se vinculan con aquella muerte la cual la medicina puede (y debe) ayudar a transitar, la muerte vinculada a procesos de enfermedades crónicas, terminales, degenerativas; procesos en donde la medicina puede intervenir y en donde la persona puede pensar y reflexionar sobre su muerte, y no se reflexiona sobre casos agudos o repentinos. En ese sentido, y tomando el Modelo Moderno de la tipología de Walter (1994), los aspectos en relación al *contexto corporal* han hecho de la muerte moderna un proceso controlado y abordado por la medicina y la tecnología relacionada a esta. Además, y en relación al mismo Modelo pero respecto a la dimensión de *autoridad*, la ciencia médica es la encargada de desempeñar este papel y cuenta con dicha posición social. Así, tal como sugiere Walter (1994), la muerte es conocida a través de los médicos, de los doctores y se vive en los hospitales.

Como parte de dicha construcción en torno a la muerte, mediada por el control y manejo de la misma, los entrevistados del sector salud muestran en sus discursos la creencia de que por su profesión son ellos quienes deben encargarse de favorecer un determinado ideal de muerte. Su papel está en contribuir a alcanzar ese ideal: sin dolor, acompañado, etcétera.

En ese sentido y para dicho subgrupo, la concepción respecto al dolor y sufrimiento que se menciona por parte de los entrevistados puede identificarse a partir del modelo

biomédico de dolor (Bayes en García Rodríguez, 2019). Así, por más que no se menciona de forma explícita, en la mayoría de los casos el dolor que plantean o del que hablan es aquel que puede paliarse o acabarse con la aplicación de tratamientos médicos o el uso de medicación específica. En ese sentido, la reflexión sobre el dolor también refiere al dolor físico, por más que en algunos casos se menciona el dolor espiritual y emocional pero muchas veces como consecuencia o asociado al dolor físico.

De esta manera, en el discurso médico se identifica dicha concepción respecto al dolor, además de explicitar continuamente la necesidad de que los profesionales del sector acompañen todos los procesos, ya que en el caso de la muerte, la misma se constituye como un acontecimiento que le corresponde y le compete, por más que lo haga en distintos sentidos. Además, la idea de que la formación médica debe dirigirse a dicho rol de acompañar también aparece como una necesidad y un deber:

“En, de todas formas estoy totalmente de acuerdo, eh, y esto ya se enseña hace muchos años en la Facultad de Medicina, es que el médico eh, tiene varios roles ¿no? En muy poquitos casos cura, en muchos casos trata síntomas y en otros casos debe ayudar al bien morir. Y bueno, bien morir significa sin dolor, ¿no? Sin sufrimiento, en condiciones dignas (E 9, sector salud)

“Es lo- está como enrabado de lo mismo ¿no? Eh, los que salimos formados para salvar vidas, eh, cuando empezamos a ver que eso en realidad no es para nada, en si nuestro fin, nuestro fin es, curar cuando se puede bueno, eh, siempre estar ahí presente y apoyar en, en el momento de, de un tratamiento, ¿no? Y, y por supuesto ayudar a un buen final ¿no? Como que, es más que nada el acompañamiento de esa persona en el proceso de, de enfermedad o lo que le toque vivir. Pero, es, eso de curar no, porque vos podrás curar una cantidad de pacientes, una cantidad de personas se van a curar, y esta otra cantidad que no se van a curar los tenes que acompañar.” (E 7, sector salud)

Respecto a dicha apertura hacia la muerte, otra cita muestra un discurso similar a los anteriores:

“es un tema más filosófico que se ha empezado a, a, a, a estar un poco más efervescente sobre el tapete en los últimos años, mi impresiona a mi, yo no estoy en una especialidad que esté tan cercana a la muerte, a mi me impresiona digo por lo que uno ve, por los, las, los cursos que se dictan, por ejemplo en la Academia Nacional de Medicina ha tomado el tema de la muerte en los últimos años, digo, lo han hecho como, como formación general para médicos, me impresiona que la muerte se está empezando a poner sobre la- digo, en cuanto a hablar de calidad de muerte, ¿no? Digo la muerte es algo que existió toda la vida y va a seguir existiendo y nosotros no podemos modificar. Lo que si puedo modificar como es el proceso para llegar a el...” (E 9)

Todas estas ideas muestran cómo el Modelo Moderno de muerte dibuja y moldea estas concepciones, ya que en dichos discursos todo lo que se piensa y concibe en torno a la muerte está atravesado por el tratamiento sanitario del tema y al papel del médico en dichos procesos. Así, la idea de que la *autoridad social* se encuentra en los expertos médicos se reafirma constantemente, por más que en los discursos también pueden identificarse ideas propias de un acercamiento al Modelo Neo-moderno, en donde la idea de generar y acompañar un ideal de muerte asociado a la dignidad y a la autonomía, con el paciente en el centro de dicho proceso, se hacen presentes.

A su vez, y en estrecha relación con lo anterior, se cree que la manera de realizar dicho acompañamiento y abordar la muerte desde esa concepción de dignidad y buen morir, es a través y a partir de los **cuidados paliativos**, es decir, a partir de una especialidad de la medicina:

“Entonces los cuidados paliativos se han convertido en el gran argumento para decir "no hay necesidad, de legislar sobre eutanasia, eh, porque se puede lograr una muerte digna si nosotros damos los cuidados paliativos correctos", ¿ta? Que están recién implementándose y hay lugares en dónde se implementan bien pero es clarísimo que en el Uruguay, en la mayoría, eh, centros dónde puede morir una persona o de la capacitación del médico de familia que lo está atendiendo, este, estén los elementos necesarios para cuidados paliativos correctos porque hay una resistencia, este, eh, a, a, este, a la, a, a incorporar la morfina, se importa poca morfina en relación a todas las necesidades que hay, este, son muchas batallas (E 8, sector salud)

“Es que en realidad el- en el- el cuidado paliativo yo creo que es la esencia de, de todas as profesiones de, de la salud en donde cuidados personas. Si, eh, el cuidado paliativo es es, la, la humanización de, de la medicina, que muchas veces lo que pasa es, así como no aceptamos la muerte, eh, nos, nos robotizamos a, a bueno a que el otro, es un cuerpo ¿no?” (E 11, sector salud)

Así, se identifica una cercanía entre los cuidados paliativos y la muerte, una cercanía más aceptada desde lo espiritual, lo emocional y lo ético, al menos en quienes expresan su apertura a estos. Dicha concepción, se menciona como atravesada por creencias religiosas o aspectos vinculados a lo que puede existir después de la muerte física, aspecto que puede identificarse con el ideal de *la mejor muerte* en el caso de un Modelo Tradicional, ya que en el mismo el pasaje hacia la misma tiene el significado de acercarnos a aquello que viene después:

(Hablando sobre el final de la vida) “Rechazo o... o un imaginario de que hay otra cosa ¿ta? De que hay otra cosa. Nadie lo habla eso, ¿qué es lo que hay?, ¿el alma?, ¿qué es lo que queda ahí?, ¿qué es lo que te daría miedo de entrar a tu casa? ¿lo verías?” (E7, sector salud)

Además, se considera que los cuidados paliativos son necesarios porque suponen un tratamiento del dolor y el sufrimiento en el momento del final de la vida, por lo que la concepción de muerte de los entrevistados que trabajan en esta disciplina está circunscripta a la concepción de los cuidados paliativos, al menos lo que refiere a una muerte deseada o que se encuadra dentro de la idea de armonía, tranquilidad y dignidad:

“los cuidados paliativos son fundamentales para el desarrollo del de muchos procesos de final de la vida de las personas pero son complementarios porque la cuidados paliativos es el cuidado del sufrimiento, del dolor y del acompañamiento en todo el sentido, en el sentido médico, en el sentido psicológico, social, lo que sea, este de la persona ante una situación terminal pero también está la persona que no quiere cuidados paliativos, que quiere definir su muerte en un momento determinado y de una forma determinada, y esa persona hoy no tiene la posibilidad de la eutanasia” (E 3, sector salud)

“En realidad, hoy en día con la posibilidad de cuidados paliativos, el seguir los cuidados hasta el final, este, garantizar el tratar los síntomas por más que sean refractarios y todo lo demás, digo, da tranquilidad a los pacientes” (E 10, sector salud)

De esta manera, los cuidados paliativos funcionan como el puente que une la profesión médica y la muerte en este momento, más específicamente el tránsito amigable de la vida hacia la muerte, sin sufrimiento, sin agonía, en profundo acompañamiento, etcétera: ese acercamiento a un tipo de muerte ideal o esperada. Así, la referencia a la necesidad de implementar cada vez más cuidados paliativos y extenderlo a más profesionales, evidencia esa idea respecto a la muerte. En ese sentido, se resalta su importancia a la vez que se reconoce la falta de formación sobre el tema de la muerte pero sobre todo, del dolor:

“De día a día son todos los pacientes que se están muriendo, muertos de dolor porque no hay alguien que sepa manejar el dolor, porque se mueren solos porque no se tendió una red y no se habla con el hijo hace treinta y cuatro años, y, eso es lo que pasa hoy, eso tenemos que atender hoy, eso es un derecho humano que no está cubierto. ¿Podemos hablar de la eutanasia? Bárbaro, puedo eh confrontar a quién quieras porque estoy convencida que el camino es otro y que ampliar los derechos humanos pasa por otro lado, no por la eutanasia” (E 6, sector salud)

A su vez, los discursos en torno a la importancia y relevancia de los cuidados paliativos, como ya pudo apreciarse, muestran un deseo de acercamiento hacia un determinado tipo de muerte, lo que sería “la mejor muerte” en términos de la tipología de Walter (1994), en donde se deja entrever que el espíritu de los cuidados paliativos es una

muerte consciente, propio de un Modelo Neo-moderno de muerte, acompañada de una reflexión y revisión sobre la vida. Esta última idea se conecta también con algunas otras concepciones que aparecen en varios discursos, también del sector salud, en donde se plantea que el final de la vida es una parte del transcurso de la propia vida, como una fase más de esta. Por esta razón, muchas veces la muerte deseada es aquella que se corresponde con la vida vivida, es decir, se desea mantener los *valores* de esta aún en el momento de la muerte:

“Este, nada, me parece que el encare e el encare más más más libe más liberal desde el punto de vista filosófico es este que podamos definir nuestra propia muerte como el proceso final de la vida, como decidimos que carajo hacer cada día con nuestra vida ” (E 3, sector salud)

“En los momentos finales de la vida todos se van a cuestionar: ¿qué hice? ¿Qué deje? ¿No? ¿Hacia dónde voy? ¿Cómo me van a recordar? Entonces todo eso lo que tenemos que tratar que la persona deje, ¿no? Y que los demás le demuestren que van a estar bien, eh, una vez que no esté” (E 10, sector salud)

En correspondencia con dicho ideal de muerte, y como ya fue mencionado, los discursos evidencian la idealización de determinadas características para poder lograr la mejor muerte para los individuos. Dichas características puede decirse que funcionan como un cierto canon de la muerte, en el sentido de Jesús de Miguel y Marga Mari-Klose (2000).

Así, de forma más bien general se construye una idea de la muerte como un momento íntimo y trascendente en la vida individual del ser humano a nivel general. De ahí el argumento que se expone en algunos discursos de que debe garantizarse el acceso a un determinado “tipo” de muerte, que parece ser compartido en cierta medida por el personal de salud y la sociedad: la idea de una muerte sin dolor, sin sufrimiento, nunca en soledad:

“Este, es cierto que cuando uno muere uno, es en todo ¿no? O sea, uno miedo a lo desconocido y cada uno lo soluciona por su religión o, obviamente que existe, generalmente cuando no hay un ser querido, por más horrible que sea uno siempre le queda algo que lo ata y que l- sigue para adelante. Pero cuando uno va a morir, eh, el tema, el tema es, es, es único, es un momento único en la vida, es muy íntimo y que requiere el máximo respeto” (E 10, sector salud)

“(…) pasa en los profesionales de la salud que están en contacto continuo también... Y sabes sobre todo, que también sale en algunos estudios que hicimos nosotros, es la, la- no solamente el miedo a la muerte, más que nada la muerte en soledad, que la persona no se muera sola porque... Toda esa carga de los otros de dejarla sola en el momento de, de la muerte, es una cosa curiosa pero es así, ¿ta? También está como muy institucionalizada la muerte ¿no? Yo me acuerdo de cuando era chica eh de haber ido a algún velorio en una casa, eso ya no se hace... Está muy institucionalizada, y,

y muchas, muchas de las familias, acá y en cualquier lado eh, este, te dicen "no quiero que se muera en mi casa, sino ¿cómo voy a entrar? ¿Cómo voy a entrar si muere acá?". (E 7, sector salud)

Retomando la última cita, y como punto a abordar a continuación, dentro de “*la mejor muerte*” se abordan no sólo las condiciones de la misma, sino los lugares en donde debe desarrollarse, o es deseable lo haga. Estas consideraciones se pueden ver en el discurso de uno de los entrevistados que forma parte del sector salud. Así, para dicho discurso puede observarse una distancia con el Modelo Moderno de muerte, en donde la institución que se identifica como la autoridad a la que le compete este proceso lo constituyen los hospitales;

“Mira, re retirar un tratamiento, cuando no... cuando el efecto que podría dar no es deseado, es casi una obligación ética siempre, o sea incluso puede haber una persona que este en un cti que digas eh no tiene que estar más en un cti, y hay que sacarlo y decir buen pero capaz que se muere, si que se muera pero no tiene o sea un cti es cuando una persona tiene descompensado algún sistema vital y que requiere un tratamiento intensivo para recuperarlo, si la persona tiene una enfermedad crónica irreversible este avanzada no tiene por qué estar ahí porque es ya es irreversible y por lo tanto este n no es el lugar para morir e el cti excepto en una enfermedad aguda pero una enfermedad crónica que no se tendría que morir hasta en un cti que es para otra cosa” (E 1, sector salud)

Sin embargo, en otros discursos del mismo sector salud puede entreverse una correspondencia con dicho modelo, ya que implícitamente se sugiere que el hospital y sus instalaciones es, o debería ser, el lugar en donde es más confortable morir:

“(Sobre cuidados paliativos) (...) había muchas falta de información, mucha falta de información sobre alguno de estos temas, ¿qué son, qué hacen, hasta dónde llegamos? ¿Qué podemos hacer? Eh la las funciones, lo que implican estar en una unidad de cuidados paliativos donde todos tus aspectos bio psico sociales, culturales, emocionales puedan estar este involucrados, donde te podamos atender a vos y a tu entorno y a tu familia, a tu cuidador principal, el vecino, el tío, el coso, buscarlos, una red, generar un vínculo con alguien para que ese paciente no se muera solo y tome las mejores decisiones informado, hasta donde le de y hasta donde se pueda ir con ese paciente.” (E 6, sector salud)

Por otro lado, y a nivel general, existen distancias entre los discursos de ambos subgrupos, aunque menores a lo esperado, ya que en el caso del sector social los discursos se alejan un poco del Modelo Moderno y se acercan al Modelo Neo-moderno de muerte: mientras que, como ya se mencionó y enfatizó, el discurso del sector salud está atravesado por la *autoridad médica*, con dicha ciencia en el centro de las concepciones, representaciones y posturas; en el caso del segundo grupo puede apreciarse un acercamiento al individuo como

autoridad, como protagonista del proceso y las decisiones sobre su vida y cuerpo. Además, en algunos casos se identifica que la consolidación de la medicina como autoridad es algo que se ha ido modificando y debe hacerlo:

“M, y después la otra es quieras o no hay un tema cultural con los médicos, es infumable. Los tipos son dioses. Se sienten como dioses y actúan como dioses. Eh, ellos tienen la capacidad de darte la vida, de con- alargar tu vida, de quitarte tu vida, y ese poder... El poder tod- el poder corrompe, entonces esa sensación de poder, de "no, no, defecto lo decido yo". Eh, bueno, si ta pero el paciente tiene derechos. Y, un poco justamente en toda la humanización del trato de la medicina, los derechos del paciente, va un poco en la misma línea, ¿no? Bueno que el paciente pueda decidir, no tenga que ser el médico el que le diga cuando si o cuando no” (E 2, sector social)

“En la reflexión sobre la vida y las ciencias de la salud es esencial en este tipo de de de debates que hacen a a lo más íntimo de las personas porque en definitiva acá lo que hay es la intimidad y el valor de la dignidad también en la muerte (...) Acá lo que es eh central es entender el el tema de la autonomía de la persona, este pero la autonomía de la persona que la vemos en muchas cosas, en el momento de la muerte esa autonomía a veces este porque no la asumimos, o porque no nos animamos a asumirlo, este dejamos que la asuman otros, si lo hacemos conscientemente estamos de acuerdo que así sea está bien” (E 4, sector social)

Más allá de lo extenso de la cita, la idea que construye la entrevistada en su discurso a continuación resulta de gran importancia:

“(Sobre la cultura occidental) Eh, entonces esa construcción del saber, más la ideología y la escala de valores con relación a la apropiación del cuerpo, ha hecho muy difícil que, eh, cuando se empieza a trabajar sobre, a mediados del siglo XX, este, y toda la segunda mitad del siglo XX, en la construcción de, los nuevos sujetos de derecho, en acuerdos, de todos los gobiernos que integran las asambleas de las Naciones Unidas, es decir, eh, un intento de cambio de la cultura occidental con relación a los derechos integrales de las personas, este, cambiar la tutela para pasar a, a garantizar el ejercicio de derechos, este, eso cuesta mucho, muchísimo, porque está tan- no solamente arraigado en esas corporaciones médicas y en las corporaciones religiosas sino que eso ha trascendido a la sociedad. (...) Y eso es muy difícil de cambiar entonces, si no hay sujetos y sujetas organizadas para luchar por la apropiación del cuerpo, la reapropiación del, del, como un derecho de cada sujeto, eh, eh, digamos se encuentra con esas barreras, que son muy grandes, entonces cuando uno quiere hablar por ejemplo de la interrupción voluntaria del embarazo, y por supuesto, de decidir, eh, con el fin de la vida, desde un pu- voluntariamente, este, aparecen todas las restricciones de esa, por un lado la cultura médica, la corporación como tal, que como alguien va a decidir sobre un cuerpo que en realidad soy yo él que tiene que decidir, eh, eh, las de las- las religiosas, por supuesto, porque, eh, hay una- yo creo que es como excusa, eh, en el ordenamiento de la escala de valores pero el tema de la vida, este, parece que también fuera una cuestión confesional, eh, y, eh, pero que en el fondo tiene eso, el tema de la libertad de optar sobre el cuerpo.” (E 8, sector social)

Al respecto, otra entrevistada también expresa:

“Y, y lo que empezó a instaurar, ya sea, obviamente recogiendo la normativa internacional, es, eh, dejar de lado como estaban diciendo recién el paternalismo médico, y empezar a consagrar el derecho al- (no se entiende la palabra) a la autonomía del paciente, del usuario; el usuario decide sobre su propia vida y sobre su propia salud, sobre su propio cuerpo. Eh, lo cual es un gran desafío para los médicos, para sobre todo los que tienen formación eh ya desde hace unos años atrás que, que- y yo creo que también digo lo vemos en la cotidiana de los hospitales, incluso los jóvenes están formados para salvar vidas (...) entonces les cuesta entender, digo, hemos tenido casos prácticos miles, de, de situaciones en las que están ante una vida joven que, como un caso de los testigos de jehová ¿no? Que profesan una, una convicción y una cosa tan fuerte que tienen su, sus creencias (palabra no se entiende) y que por ejemplo quizás, eh, corre peligro vidas solamente por el tema de no, no dar lugar a una transfusión de sangre y que le cuesta entender más allá de que los últimos años ya han empezado a formarse en bio ética, eh, que una persona pueda decidir incluso, eh, en una situación tan drástica ¿no?” (E 15, sector social)

9.1.2 *¿Público vs privado o público y privado?*

En lo que refiere a quién está y debe estar en el centro de las decisiones a la vez de cómo se aborda y acompaña situaciones que refieren al final de la vida o las circunstancias en las que se llega a la muerte, los discursos, incluso a la interna del grupo del sector salud, resultan variados y con distintos enfoques respecto al tema.

En las referencias respecto a la *estructura social* dominante, podemos identificar en cierto sentido características del Modelo Moderno de muerte, el cual supone una distinción entre las esferas público y privado en la vida de los individuos. Para el caso específico de la muerte, Walter (1994) sugiere que dicha distinción se vuelve un poco difusa, ya que se mezclan las características racionales, atravesadas por lo científico-médico propias de la esfera pública, por un lado, y los aspectos emocionales y sentimentales propios de la esfera privada, que se traducen en la soledad con la que atravesamos actualmente la muerte o las angustias vinculadas a ella, por otro.

En relación a la construcción de los discursos, los profesionales del sector médico muestran esa ambigüedad que presenta aspectos conjugados de ambas dimensiones de la vida social. Así, por un lado, muestran la necesidad de controlar, asistir y proporcionar determinadas condiciones, tanto para salvaguardar la vida como facilitar la muerte; propio de certeza racional que busca influir en la muerte constantemente y tomarla como objeto meramente instrumental y como hecho científico-médico, y por otro, se evidencia la ausencia de soportes y estructuras institucionales relacionados con el proceso psíquico y emocional

que supone el proceso de muerte; consecuencia de un modelo en donde todas esas situaciones afectivas, sentimentales, identitarias, son identificadas como parte de la esfera privada del individuo. Así, nos encontramos ante una especie de *silencio* respecto a la muerte y una soledad emocional en relación al enfrentamiento de la misma.

Además, tal como sugiere Walter (1994) y como consecuencia de lo nombrado anteriormente, el proceso de muerte se da en instituciones como los hospitales, adoptando características particulares de dicha institución, y en donde el individuo se vuelve un objeto en el que la medicina interviene constantemente, viéndose profundamente desenlazado de su identidad. En consecuencia, el abordaje de la muerte se da en todas sus expresiones, manifestaciones y situaciones particulares que adquiere relacionadas con lo físico, y no así con los aspectos psico-emocionales que enfrentan los individuos y sus familiares. Por un lado, en los discursos se ve una concepción profundamente atada a esto, y por otro, también se ve una identificación del vacío de la medicina en dicha área, la de acompañar los factores emocionales además de los físicos. Así, se plantea su reconocimiento a la vez que se la explicita como una necesidad. A su vez, los discursos que muestran esta última postura, la identifican con el desarrollo de los cuidados paliativos;

“El tema de, del, de la tecnología que permite prolongar la vida, eh, yo creo que, en momentos uno asiste o ve o conoce casos o, que tienen que ver un poco, a veces con el encarnamiento-encarnamiento terapéutico ¿no? Yo creo que a veces habría que hacer un parate y poder decir "bueno ¿este paciente que pronóstico real tiene?". Y cuando hablamos de real no es solo el respirar, sino el respirar y, eh, vivir y bueno viendo la vida no solamente como el que respira, come y duerme, sino como la vida como un acto, un evento de interrelación. Es también muy difícil ¿no? Depende de dónde esté inserto esa persona, de cuáles sean sus creencias, cuáles sean las creencias de la familia, digo esto es ideal como para hablarlo con un intensivista, pero es una realidad de que la medicina con los avances tecnológicos muchas veces, a veces, eh, no te permite ver bien el límite de hasta donde llegamos, y yo creo que a ese lugar seguramente, eh, actúen distinto en función de como sea esa realidad.” (E 9, sector salud)

“Y sabes sobre todo, que también sale en algunos estudios que hicimos nosotros, es la, la- no solamente el miedo a la muerte, más que nada la muerte en soledad, que la persona no se muera sola porque... Toda esa carga de los otros de dejarla sola en el momento de, de la muerte, es una cosa curiosa pero es así, ¿ta? También está como muy institucionalizada la muerte ¿no? Yo me acuerdo de cuando era chica eh de haber ido a algún velorio en una casa, eso ya no se hace... Está muy institucionalizada, y, y muchas, muchas de las familias, acá y en cualquier lado eh, este, te dicen "no quiero que se muera en mi casa, sino ¿cómo voy a entrar? ¿Cómo voy a entrar si muere acá?" (E 7, sector salud)

Respecto a dichos dilemas y conflictos que supone pensar en el morir y en cómo abordarlo, una cita a continuación:

“Eh, ¿cuál es la manera de morir? Si vos no quieres sufrir, y realmente sentís que este es el momento, entonces claro ahí se plantean todas las distintas, eh, por algo hay asociaciones mundiales como es el Exit, como, como, digo, que vos te asocias y tenes la posibilidad de acceder a una eutanasia ¿no? De decir bueno, no quiero vivir más, pero hay personas que no, que no están deprimidas, que no están, eh, pasando por una situación realmente de, de sufrimiento físico, de dolor, que tienen los síntomas controlados, y lo piden ¿no? Pero claro es muy difícil, eh, en una sociedad como la nuestra poder también decir bueno... ¿Cómo lo regulas no? Es como que se te plantean todas esas dudas, ¿cómo se regula eso? En, en una sociedad en la cual a veces cuesta tanto aceptar también la muerte ¿no? (...) Porque rig- eh, es difícil ¿no? Decir bueno, la persona quiere morir, cómo, ¿cómo lo hacemos no? (E 11, sector salud)

“(Sobre la diferencia entre quienes se forman en Cuidados Paliativos y quienes no) Entonces el que ya está interesado en cuidados paliativos tiene este chip, eh y bueno, somos unos cuantos, y esperamos seguir machacando, machacando, machacando para, para que salga, para que esto esté en la facultad desde el inicio, para que los médicos entiendan que la gente también se mueran. Y está bueno que sepan como tratar un paciente eh que, que tiene dolor, que tiene falta de aire, que, que no tiene redes, que se muere solo. Bueno, ¿lo mandamos a la tapera sin luz y sin agua en la que vivía en, en Chapicuy? Y no, tenes que hac- no podés. Tenés que buscar alguna otra manera. Bueno la institucionalizas, le buscas un, un primo lejano que se pueda hacer cargo, hablas con el hombre a ver que quiere hacer de la vida. Bueno, eso no está considerado en la medicina actual. "Está de alta señor, sirvase las recetas, ¿tiene plata? Ah no se" ¿Cómo las levanta? No las levanta. Si vos no te metes en esa otra área, la vivis muy lejos de los cuidados paliativos y de la Ley de decisiones Anticipadas pero podés opinar de la eutanasia ¿no?” (E 6, sector salud)

Por otro lado, como expresión además de las cercanías en este punto entre ambos grupos, uno de los discursos del sector social expresa:

“(Sobre los avances que significó la Ley de Voluntades Anticipadas) Sin dudas. Sin duda, sin duda porque se metió en un tema que es quién decide si yo quiero eh... llevar mi enfermedad de una forma u otra estoy hablando de como por eso digo que esta ley tiene algunas limitaciones en el sentido que tiene hipótesis en las cuáles tu podés que que sea una enfermedad terminal, incurable, irreversible, este y no comprende otras patologías que quizás pueden llevar a que las personas también quieran este terminar con su vida este pero no encuadren dentro de esas. Pero sin lugar a dudas que fue meterse en este lo que es la vida de la persona y que sea, y la muerte ¿no? La vida y la muerte como un todo, y que la decisión sea la persona la que tiene, estando hoy perfectamente quizás sano o creyendo que está sano, preverlo para el futuro como quiere porque puede pensar puede suponerse puede pasar que pierda el conocimiento entonces ¿qué hace esta ley? Te hace pensar que eso te puede pasar y que tu lo tenes que decidir para que no lo decidan otros, y también prevé que

otros lo puedan decidir por ti. Y da las garantías, porque te establece como es del punto de vista de la forma que tu puedes dar tu tu... Entonces son cosas impensables, para lo que era antes, es el la la transformación que se da en materia de derechos humanos y que vamos en en planos que antes no nos cuestionamos, resolvían siempre los otros ¿no?” (E 4, sector social)

En definitiva, para el Modelo Moderno de muerte las consecuencias están en que los procesos de duelo o de enfrentar la muerte de un individuo, recae únicamente en el entorno cercano, en la familia, ya que la misma no constituye una pérdida para la sociedad. Esta idea también se hace presente en los discursos, donde la importancia de la familia en el proceso, de las opiniones y deseos de esta, influyen de manera determinante en el accionar respecto a un paciente:

“Si hay algo que sabemos que puede caerle mal, hacerle mal o que puede ser contraproducente con determinada medicación que nosotros damos o que le puede caer psicológicamente afectar a a ese paciente tratamos de, que muchas veces no es el paciente es la familia, tratamos de hablar con ellos y de que esos mundos no choquen y tratar de llevarlos lo más eh armónico posible digamos. (...)Mañana nos encontramos en una situación capaz mucho más complicada pero es un proceso y tenés todas las herramientas para que es- en ese proceso el paciente y la familia puedan tomar las decisiones que quieran tomar” (E 6, sector salud)

“[Respecto a legislar sobre salidas tales como la eutanasia] Esto no puede ser una ley que obligue o rechace, tiene que ser una ley que, eh, regule o le de un marco pero el proceso es personal de cada uno. Tiene que ser personal de cada uno, de paciente y estoy hablando cada uno como unidad ¿no? Paciente, familia, entorno, eh, ¿no? Médico, eh... Bueno, a mi me parece que sí, que debería ser así. ¿No? Que exista la posibilidad de hacerlo adecuadamente en la mayor garantía para todos. Para cada uno de los integrantes digo” (E 9, sector salud)

En relación con lo anterior y como un aspecto a resaltar que atraviesa la mayoría de los puntos de análisis, es el hecho de que en los discursos provenientes del sector salud puede verse la constante referencia a la centralidad actual que el paciente ha cobrado y la importancia de su autonomía y el respeto de esta, pero a la vez, al momento de reflexionar y plantear opinión, se sigue evidenciando la importancia de la visión clínico-médica, donde el papel del médico y los argumentos permeados por la misma son siempre los que predominan y guían la decisión y postura.

9.1.3 Tabú, miedo y negación de la muerte

En lo que refiere al *enfrentamiento de la muerte* (Walter, 1994), una coincidencia general entre ambos subgrupos es la situación actual respecto al ocultamiento o negación

sobre la muerte, lo que se traduce en una ausencia de debate y reflexión sobre el tema en todos los planos. En este punto, entre ambos subgrupos existen más que nada coincidencias, ya que es un aspecto que ambos identifican. Sin embargo, en algunos casos, se mencionan diversas situaciones sociales-legales actuales que han intentado abrir el debate sobre el tema y que se configuran como voluntad social y política para discutir sobre el tema; como pueden ser la Ley de Voluntades Anticipadas y otras.

En ese sentido se menciona la existencia de un cierto “tabú” respecto a la muerte, materializado y expresado sobre todo en el miedo y las resistencias a pensar sobre ella, pensándolo a nivel individual, íntimo y personal, aunque también cultural. Ese tabú se expresa a nivel cultural y social, en la formación y el trabajo de los médicos de nuestro país, y en la legislación actual sobre el tema:

“La educación médica en Uruguay está apuntando a médicos que curen, no, va está apuntando y apuntó siempre a ese formato de la medicina, la medicina cura. ¿Y si no? Bueno acompaña. ¿Y si no? Bueno, estamos, le sostiene la mano, lo ayuda a irse mejor, ¿ta? Si no cura, acompaña. Y eso, ese concepto, no está en la medicina de Uruguay.” (E 6, sector salud)

“Y a veces no estamos preparados, porque no nos formaron para eso, ¿no? No nos formaron para, eh, aceptar la muerte, como un proceso normal de la vida, y, y bueno y poder también, eh, lidiar con eso porque cuando vos hablas de la muerte, eh, se te representa tu propia muerte ¿no?” (E 11, sector salud)

“Si uno no habla del final de la vida porque al uruguayo no le gusta hablar del final de la vida, y digo uruguayo, te digo uruguayo, argentino, chileno, brasilero, ninguno le gusta hablar del final de la vida, no es que otras culturas se pasen hablando del final de la vida pero lo aceptan distinto. Entonces, yo creo que hay que hablar más bien de de, cuando hablamos en medicina e informando a la población si hablamos de final de la vida, un elemento para hablar es la eutanasia, para debatir, sabiendo que en Uruguay no- no es legal, sabiendo las limitaciones que tiene y sabiendo exactamente que es la eutanasia, separarla bien de lo que es la sedoanalgesia, del confort, de la muerte digna, todas esas otras opciones que hay” (E 5, sector salud)

Como parte de los discursos que evidencian el reconocimiento de un tabú o negación de la muerte, otra entrevistada introduce:

“Pero claro es muy difícil, eh, en una sociedad como la nuestra poder también decir bueno... ¿Cómo lo regulas no? Es como que se te plantean todas esas dudas, ¿cómo se regula eso? En, en una sociedad en la cual a veces cuesta tanto aceptar también la muerte ¿no?” (E 11, sector salud)

“Si pero... eh abordar eh algo tan íntimo como el final de la vida cuando tu estás enfermo y ya la vida no te permite seguir viviendo ya es mucho más complicado y creo que hay mucho temor,

mucho miedo a la muerte. (...) Hay que sacar los tabúes son temas que que hay que tratar, lo que pasa que el impacto de estos temas es que como no se tratan, no se analizan, mucha de las cosas que te dije no te animas a a, la gente no se anima a abordarlas, este y eso oscurece...” (E 4, sector social)

“(...)la sociedad la sociedad general eh, en las eh en la cultura eh dominante que tiene que ver mucho con el catolicismo eh la muerte es un tabú, no se habla de la muerte, se evita la muerte, no existe, eh eh la inmortalidad bueno todo ¿no? La juventud eterna, todas esas cosas que tienen que ver mucho con con lo del catolicismo, este, de alguna forma generan que sea un tema tabú entonces la sociedad no, la sociedad en abstracto ¿no?, las personas socialmente, no hablan mucho de la muerte, no no está bueno, no es una cosa que, es una cosa que intimida que, ta uno no piensa generalmente en eso, pero nosotros como médicos o o o abriendo un poco más la cancha como personal de salud, estamos diariamente enfrentados a la muerte; enfrentados en el sentido, no enfrentados eh vivimos dilemas éticos que tienen que ver con la vida y con la muerte.” (E 3, sector salud)

En este último discurso, puede verse dicha idea de que la concepción de la muerte que el personal de salud posee está cierta y profundamente atravesada por el vínculo (cercanía, dominio y control) sobre la misma.

Por otro lado, y también asociada a esa negación, aparece la idea de vejez en uno de los discursos analizados. En correspondencia con las ideas de Elias (1987), se identifica la marginación de las personas mayores, la ausencia de acompañamiento y el aislamiento social, pero sobre todo la negación desde el área profesional, desde los propios médicos y el personal sanitario. Tal como sugiere la entrevistada, existe una estructura social y profesional que ubica a quienes trabajan con las personas mayores en una posición social menos privilegiada que otras especialidades:

“Pero como todo lo que tiene que ver en medicina con el final de la vida o con los viejos, ¿ta?, es de cuarta ¿ta? Acá los- lo- perdona que lo diga así eh, pero vos tenes un médico cardiólogo, cirujano y tiene un status pero el médico o los profes- u otros profesionales que dan cuidados paliativos o geriatría son de cuarta. ¿Por qué? Porque hay un imaginario social de que el viejo no sirve, de que el viejo gasta, de que las personas que están al final de la vida gastan demasiado y eso hay que cortarlo y hay que darle a los otros, ¿ta? Este, está estigmatizada este, esa población y bueno, por supuesto que detrás de la población caen los profesionales que estamos en eso. Este, la especialidad de geriatría o de cuidados paliativos no ganan lo mismo que la especialidad de cardiología, de cirugía, de nefrología o de otras, ¿ta? Este, de- dentro de la colectividad de profesionales eso lo ves también” (E7, sector salud)

9.2 Eutanasia como salida de la muerte hoy: representaciones y barreras frente a la misma

Teniendo en cuenta que las concepciones en torno a la eutanasia tienen como origen y base determinadas concepciones sobre la muerte, el análisis de los discursos sobre la primera están permeados por referencias a la segunda. Por lo tanto, aspectos que fueron mencionados en los primeros puntos serán retomados nuevamente, intentando abordarlos específicamente desde la salida de la muerte que la sociedad uruguaya está construyendo y debatiendo: la eutanasia. Sin embargo, es preciso señalar que las concepciones sobre la eutanasia nos permitirán ver la dimensión de valores en términos de la tipología de Walter (1994).

9.2.1 Origen y complejización del término

Para comenzar a abordar el análisis sobre la eutanasia en Uruguay, y analizando los discursos de los y las entrevistadas, una primer y constante referencia es la construcción etimológica del término y su progresiva complejización; complejización asociada a la tecnologización y medicalización del fenómeno, que ha generado que la conceptualización actual de la misma esté atravesada por situaciones particulares circunscriptas al ámbito sanitario. Este aspecto aparece sobre todo en los discursos provenientes del sector salud. Así, tal como planteó Diana Cohen (2007) y los entrevistados/as introducen:

“e eutanasia quiere decir muchas cosas, que si vos me decís: eutanasia etimológicamente es buena muerte.” (E 6, sector salud)

“la palabra esa que es la eutanasia ¿no? Es... Viene del, del griego que es el buen morir, ¿no?” (E 11, sector salud)

“el término eutanasia que es de origen griego ¿no es verdad? "Eu" significa, algo así como, bueno... o normal. (Pausa pensativa). Eutrófico por ejemplo es un niño que tiene sus medidas, trofos es crecimiento, que está dentro de los parámetros, normales. Eutanasia, "thanos" es muerte, sería, algo así como "buena muerte" (E 12, sector salud).

En relación a la complejización del término, puede apreciarse una identificación de las transformaciones en las condiciones de vida y el contexto corporal de la vida actual (Walter, 1994): a diferencia de otros momentos históricos en donde la existencia era más breve y la muerte una circunstancia más cercana en el tiempo (Muerte Tradicional), hoy en día, gracias a los avances tecnológicos y las condiciones sanitarias, se ha dado un gran aumento en la esperanza de vida lo que significa que la muerte ha quedado circunscripta, en

la mayoría de los casos, a las etapas más avanzadas de la vida (Muerte Moderna y Neo-moderna). Esta circunstancia influye en la conceptualización de la eutanasia y, por ende, de la muerte:

“Como hablábamos de la eutanasia, la eutanasia bueno nace en Grecia, nace con, eh, con los griegos, ¿por qué? Porque en ese momento morían más personas jóvenes de lo que nacían, porque es la realidad, entonces el darle el buen morir al otro, era lo, lo normal. Vos tenías que aliviar ese sufrimiento de una persona de treinta años donde el promedio de vida era treinta años. Que hoy eso es impensable, porque con treinta años hoy te morís por un accidente de tránsito o te morís porque tenes un cáncer, mayormente otras patologías, ya las crónicas o, o tenes una enfermedad crónica ¿no?” (E 11, sector salud).

Por otro lado, para el caso de los discursos del sector salud, puede identificarse una valorización negativa de la eutanasia ya desde el momento de pensar en como definirla. En este sentido, es importante mencionar que se aprecia una conceptualización de la eutanasia en su expresión activa, esto es, con la inducción de la muerte de una persona. Esta puntualización es importante ya que dicha idea se ve a lo largo de todos los discursos y para ambos grupos: al mencionar y abordar la eutanasia se hace referencia a la *eutanasia activa*.

En ese sentido y para este caso, es que se encuentra su valorización negativa o resistencias:

“Eh, eutanasia en sí como palabra en sí, quiere decir bien morir, ¿ta? Y obviamente que nos tenemos que ocupar de bien morir. Pero eutanasia hoy en día, eh, quedó para el término de... o sea indicar algo que mate a un paciente, a pedido expreso del paciente obviamente.” (E 10, sector salud).

“¿Quién de nosotros no quiere bien morir, no? A quién se nos, digo si te preguntan, querés una muerte pacífica, tranquila, pero no hablamos de eso ¿no?” (E 11, sector salud).

En este sentido, y siguiendo con el mismo subgrupo, también se introduce la idea de *intencionalidad*, en donde se sugieren otras intervenciones de carácter similar o que también refieren al final de la vida pero se diferencian de la eutanasia por la intención que esta última supone. Acá, y en relación a esas alternativas que se plantean, puede observarse como la *autoridad médica* provoca que la visión de dicha intervención esté atada al papel del médico en el proceso y a las consideraciones de este, y no en relación a las condiciones de vida o a las voluntades del paciente: lo importante es el vínculo de la medicina y el conocimiento de esta en relación a dicha posibilidad;

“Es la intención, la intención de la eutanasia es matar a alguien. Nunca voy a estar de acuerdo con eso, nunca. ¿Ta? Y, nuestro espíritu filosófico de cuidados paliativos es respetar la vida y respetar la muerte.” (E 6, sector salud)

“Que en realidad la eutanasia implica un acto activo de terminar la vida de un paciente, no así la sedoanalgesia terminal, ¿ta?” (E 5, sector salud)

“Y... eh yo creo que es el, la voluntad de terminar con la vida ¿no? Conscientemente. Es eso, la voluntad de terminar con la vida.” (E 7, sector salud)

“Eh porque yo puedo saber que a través de una sedación por ejemplo voy a acortar... el lapso vivencial ¿no es verdad? Y no por eso voy a dejar de actuar si la persona está sufriendo. (Pausa) Es de dónde te paras, de dónde paras para pedir, ¿no es verdad? Un acto de ese tipo y de dónde te paras para realizarlo” (E 12, sector salud)

Como parte de esta idea, la cita sobre el discurso de otra entrevistada resulta importante, más allá de su extensión:

“Los cuidados paliativos te van a dar la respuesta a, al, al sufrimiento, al tratamiento del síntoma que tengan desde ese momento y te, te, por supuesto, te van a ofrecer la sedación paliativa. En un momento que, que esté indicado, indicado ¿no? Y quieras o no, para algunos autores es una eutanasia. Porque vos sabes que esa persona, eh, con esos medicamentos que le- no son letales, porque no los van a matar, pero no va a despertar, ¿no? Entonces éticamente, eh, lo estás haciendo por un bien mayor, que es evitarle sufrimiento. Entonces está- va a estar éticamente aceptado. Que no es lo que pasa cuando vos decidís sobre una persona, que bueno, hasta acá ¿no? vive y después bueno, se le coloca algo para, eh, fármacos como se hacía antiguamente que, que sabes perfectamente que lo van a, que lo van a matar ¿no?” (E 11, sector salud)

“(...) el tema es la intencionalidad. ¿La intención es terminar con esa vida o la intención es, eh, el no sufrimiento y que la muerte ocurra en forma natural? Este, el terminar con la vida está legalmente, eh, sancionado, es homicidio. Podrá ser piadoso, podrá ser perdonado. Pero es homicidio. Y los códigos, el Código de Ética también, también lo, lo, lo considera una medida anti ética. No somos, no estamos autorizados para ocasionar la muerte. La muerte tiene que sobrevenir naturalmente. Lo que sí estamos autorizados a que sobrevenga sin sufrimientos. Ahora a veces está lo que se llama, eh, el doble efecto. Es decir, tratando de que venga sin sufrimiento podemos adelantar la muerte, sin quererlo. Eso a veces pasa.” (E 14, sector salud).

En relación con dicho énfasis respecto a la intención de la eutanasia, también resulta interesante analizar como la autoridad médica está siempre presente en los procesos cotidianos y en aquellas situaciones que refieren a la vida; esto es, la idea de que la medicina siempre considera que debe ocuparse de dichos procesos, mientras que para el caso de la muerte, los discursos se vuelven más difusos y con contradicciones en algunos casos. Así,

basándose en una construcción de la eutanasia en relación a la acción de *matar*, uno de los entrevistados plantea:

“Y para que exista eutanasia tiene que existir la voluntad de matar. Es decir, la voluntad de interrumpir la vida del otro. Que en el concepto médico, ya parándonos en el otro extremo extremo de la omnipotencia; es decir porque una de las omnipotencias en medicina es, eh, yo lo curo, yo tengo el poder ¿no es verdad? Pero esto sería decir yo tengo el poder también de ponerle final. Y desde el punto de vista deontológico médico... A mi como médico eso me resulta muy difícil de aceptar, ¿si?”
(E 12, sector salud)

Como puede apreciarse en las citas y a través de la construcción de los discursos de este subgrupo, existe una aprobación ética de algunas intervenciones al final de la vida tales como la sedoanalgesia, y no así para el caso de la eutanasia. Esta idea puede asociarse con la legalidad de unas y la ilegalidad de otras, ya que existe en el Código de Ética Médica, el cual construye y determina la profesión médica, un apartado que aborda específicamente los dilemas éticos que supone la eutanasia y ubica a la misma como una prohibición:

“Y, y a su vez decís bueno, pero si hay una, una sedación paliativa, que vas a lograr el fin, con un, con una, un, una determinante ética, eh, que no, que no es mala, ¿no? Por qué no se hace eso y en si hay sociedades que optaron por un suicidio médicamente asistido ¿no? Es como, esa línea, que es finita finita y, y, y, y bueno y te pasas para un lado u otro con mucha facilidad.” (E 11, sector salud)

Además, para esta situación los condicionamientos legales y normativos influyen en las concepciones y representación sobre la eutanasia, ya que en la mayoría de los discursos los mismos son mencionados constantemente.

De manera transversal a todos los discursos puede apreciarse una clara referencia al Modelo Moderno de muerte, en lo que refiere a lo que constituye la muerte, y a la manera de transitarla (“*El viaje*” en términos de Walter), esto es: la muerte como un suceso natural pero el cual debe ser acompañado y facilitado por la tecnología y la medicina (por constituirse como la *autoridad* para dicho modelo). Estas ideas, ya abordadas en el primer punto de análisis, se hacen más presentes que nunca frente al tema de la eutanasia, ya que para poder realizar la misma tanto la implementación de tecnología como la aplicación de drogas son necesarias.

Por otro lado, también se identifica en algunos discursos una referencia a valores propios de un Modelo Neo-Moderno de muerte, esto es, haciendo énfasis en la autonomía del individuo, en la posibilidad de elección respecto a la muerte propia, y a un acercamiento consciente y armonioso con la muerte, a diferencia del Modelo Moderno dónde se negaba a la

misma y se buscaba arribar a ella de la manera menos consciente posible. En este sentido y para el caso de la eutanasia, la correspondencia se ubica en que la concepción de esta muestra una visión de la muerte más cercana al Modelo Neo-Moderno, con una referencia constante a las características mencionadas: autonomía, derecho a decidir, la posibilidad de acceder a una muerte “digna”, entre otras cosas.

Una consideración a realizar en ese sentido es que para el caso del sector social los discursos muestran un acercamiento a dicho modelo, mientras que en el caso del sector salud, en algunos discursos, y en los menos, se muestra una apertura a este pero en menos cercanía. A continuación una cita extensa que proviene de los discursos de una de las entrevistadas permite reconocer esta diferencia:

“Si en el caso de personas que están en coma y le adelantamos (...) la muerte con, le adelantamos el proceso, lo cual el Código no lo permitiría pero, acá no importa. Entonces evidentemente es necesario un cambio, pero claro, lo que pasa es que, primero es entendible lo que dice la gente de cuidados paliativos, de "no, no, esperen... Que esto no sirva como excusa para no tener cuidados paliativos". Si, por supuesto, por eso es que tiene que haber una ley integral que incluya las dos cosas. No es uno u otro, son las dos opciones, que la persona elija. Tiene que tener la libertad de poder elegir, somos adultos, no nos pueden tratar como niños. M, y después la otra es quieras o no hay un tema cultural con los médicos, es infumable. Los tipos son dioses. Se sienten como dioses y actúan como dioses. Eh, ellos tienen la capacidad de darte la vida, de con- alargar tu vida, de quitarte tu vida, y ese poder... El poder tod- el poder corrompe, entonces esa sensación de poder, de "no, no, defecto lo decido yo". Eh, bueno, si ta pero el paciente tiene derechos. Y, un poco justamente en toda la humanización del trato de la medicina, los derechos del paciente, va un poco en la misma línea, ¿no? Bueno que el paciente pueda decidir, no tenga que ser el médico el que le diga cuando si o cuando no.” (E 2, sector social)

“(...) para mi lo que es fundamental es que si seamos conscientes de que bueno yo no quiero decidir decidí tu, pero eh siempre pensando de que el que decide es la persona, porque nos hemos cuestionado quizás dónde nos van a enterrar, o cómo queremos que sea quizás eh el momento de nuestra muerte, el velorio, y bueno eso hay hasta... obras de teatro habladas sobre sobre esto desde tiempos inmemoriales pero ahora estamos en otro eh en otras circunstancias que llevan a que ese tránsito hacia la muerte la pensemos, de ahí leyes como la de Voluntades Anticipadas” (E 4, sector social)

Aquí otra cita extensa pero que se expresa con énfasis en dichas ideas:

“(...)hay, ahora como que se empezó a engendrar una cosa que vos, tamos creando la "Comisión Nacional en pro de una muerte digna" todavía muy bajo ruido, pero ta en algún momento vamos a emerger, vamos digo porque yo estoy yendo a las reuniones pero yo lo que quiero es sacar o sea que los m que no sean los médicos los que hablen de esto, que sean la le la sociedad civil y tenes que organizarla, este, porque justamente si realmente le le el encare es desde la perspectiva de

derechos, tiene que ser la sociedad civil organizada, no puede ser ni el Colegio Médico, ni el Sindicato Médico, que obviamente tienen que dar su, su visión. El Colegio de Psicólogos tiene que dar su visión... La sociología tendrá su visión, o muchas visiones, pero el punto acá es la persona y la decisión en su muerte. Este por eso es que me parece que hay que crear como MYSU, hizo muchas cosas para que la sociedad civil se empoderara con la interrupción del embarazo, obviamente que nosotros tenemos cosas para decir, como médico como corp como corporación en el buen sentido, ta, este como colectivo, pero no no tenes que ser la voz cantante del proceso, lo mismo pasa con todos los temas básicamente de la agenda de derecho, porque también eh lo de la Ley Integral para Personas Trans tiene mucho que ver con salud y con la medicina, particularmente en armonización o en eh bueno el cambio de sexo, cuando así cuando así sucede pero no tenes que no o sea más allá tenes una opinión en tu área pero no es, lo central, lo central es el derecho de las personas entonces es la sociedad civil organizada la que tiene que encararlo. Eh lo mismo con, con el cannabis, nosotros tenemos mucho para decir del cannabis en cuanto a la medicina cannábica pero en cuanto a la recreación y eso es un derecho de las personas yo que se, todo lo que tiene que ver con agenda de derechos surge de la sociedad civil organizada” (E 3, sector salud)

A propósito del discurso de E3, es preciso mencionar su distanciamiento con la predominante homogeneidad a la interna del sector salud: esto es, dicho entrevistado muestra un distanciamiento con el grupo en general ya que su discurso se construye más cercano al Modelo Neo-Moderno de muerte. En ese sentido, más allá de que su visión continúa estando atravesada por su profesión y sus opiniones se construyen en relación a la cercanía con la muerte, el mismo muestra una apertura respecto a ubicar al individuo en el centro de todos estos procesos. Así, dicha característica es mencionada explícitamente por el entrevistado pero también se ve presente por el énfasis en el individuo remarcado a lo largo de todo su discurso. De esta manera, dentro de las cercanías en los discursos dentro del sector salud, el caso de este entrevistado se distancia bastante, y muestra una postura más parecida a la del otro subgrupo.

Sin embargo, hay discursos que se construyen en el intermedio entre un modelo y otro, en donde pueden identificarse, a la hora de abordar las concepciones de eutanasia y así las de muerte, características vinculadas a la *autoridad médica* y no tanto a la *autoridad personal*, pero que muestran una cierta apertura hacia el modelo que representa esta última:

“Eh y en cuanto a la eutanasia, claro cuando yo te digo "la voluntad de terminar con lavida", eso también suicidio, atentar contra la vida, pero en una situación de terminalidad o de irreversibilidad de una enfermedad que te causa sufrimiento, que te causa dolor, donde no hay tratamientos que prolonguen o mejoren la calidad de vida, eh es una cosa a pensarse ¿no?, a cuestionarse...” (E 7, sector salud)

A partir de la cita anterior, y como parte de un entramado que se ve representado en varios discursos de los entrevistados, es la condición de irreversibilidad o terminalidad; esto es, las condiciones de situaciones de enfermedad crónicas e irreversibles hace de la eutanasia un concepto distinto al de suicidio. Así, en el caso de la eutanasia, su circunstancia está relacionada con una condición física que se ha intentado curar y tratar por la medicina y no se ha logrado. La muerte y la concepción de esta aparece en este caso como una expresión del fracaso de la medicina, de la ciencia, de la tecnología moderna.

9.2.2. Base legal en torno a la muerte y la eutanasia

Como último punto de análisis, y como otra idea importante que atraviesa los discursos en torno a la eutanasia, resulta importante abordar la referencia y reflexión en torno al marco legal y normativo actual en relación a la muerte y la eutanasia. La relevancia de esto está en considerar que la discusión respecto a la base legal y jurídica supone también un impacto social, esto es, en la forma y las herramientas que utiliza la sociedad para abordar y discutir el tema. En este caso, la forma de abordar la muerte y la eutanasia se ve atravesada por aspectos legales, aspectos que dan cuenta a la vez que estructuran la situación social del tema.

De esta manera, tanto en los discursos del sector salud como los del sector social existe una coincidencia en la importancia que se le da en el discurso y en la construcción de la opinión sobre el tema a los aspectos vinculados al terreno legal, aunque desde distintas ópticas y con énfasis diferentes. Sin embargo, lo importante de este apartado de análisis está en señalar y evidenciar la constante referencia al terreno jurídico y normativo, como parte de no dejar afuera dichos argumentos e ideas.

A nivel general, pueden identificarse dos miradas matizadas, una para cada subgrupo: en lo que refiere al sector salud puede verse una referencia al terreno legal y al marco normativo como uno de los factores que determinan y condicionan la opinión sobre la eutanasia; esto es, que los aspectos legales son los que moldean dichas concepciones y representaciones y se utilizan como referencia a la hora de abordar el tema. Por otro lado, en lo que respecta al sector social, se ve una referencia en el sentido contrario: a partir de los discursos de los y las entrevistadas de este subgrupo se identifica que, más allá de que se reconoce y valora el marco normativo actual, se explicita la necesidad de que dichos ordenamientos acompañen y se correspondan con las demandas sociales y culturales, ya sea en relación a la eutanasia o a la muerte en general.

De esta manera, puede apreciarse una importancia a los aspectos legales y normativos en ambos subgrupos pero en distintos sentidos: por un lado, para el caso del sector salud, la referencia al marco legal se da en forma de estructura que guía las opiniones y consideraciones respecto a salidas tales como la eutanasia (más precisamente su valoración negativa), y por otro, para el caso del sector social, las referencias al marco legal se dan en el sentido de como este funciona y debe funcionar en pro de favorecer las voluntades individuales y colectivas de la sociedad.

Para el caso del sector salud, por un lado, las referencias al concepto de eutanasia muestran una constante referencia a su ilegalidad y prohibición: esto es, estructuran su discurso en base a la consideración de la ausencia de esta en el marco legal actual. Así, puede notarse una cierta resistencia o control en lo que refiere a la opinión sobre el tema, muchas veces buscando acoplarse a un discurso éticamente correcto. Además, se contrapone a la misma con otras intervenciones que se enmarcan dentro de ese discurso, identificándose una posición desfavorable respecto a la misma por considerar que su ilegalidad o prohibición son referencia de sus características negativas. La cita extensa a continuación evidencia dicha construcción del discurso;

“Eh yo creo que eh estamos poniendo la carreta adelante de los bueyes con el tema de la eutanasia porque eh por más que que la eutanasia no está permitida en Uruguay, no se puede hacer, es ilegal, hay otros países que está legalizada pero acá no eh acá hay tantas otras cosas que faltan antes de llegar a ese extremo mayúsculo de de de la eutanasia que estamos poniendo, estamos yendo a a extremos que nos falta llenar todo lo del medio y seguramente los pacientes que lleguen a esos extremos o que pidan esos extremos sean los menos ¿ta? Hoy son los menos con con las pocas cosas que tenemos eh estamos seguros que entre la Ley de Voluntades Anticipadas y la posibilidad de darle eso a los pacientes, el tener un buen servicio de cuidados paliativos que pueda contener a ese paciente y a esa familia en en en los momentos más complicados de la vida eh eso es el noventa y cinco por ciento, siempre va a haber un cinco por ciento que va a estar fuera de de de lo de lo estándar digamos pero estamos seguros que si e.stán esas dos cosas instaladas, que una ya está que es la Ley de de Voluntades Anticipadas, no está muy, no se recorre mucho en los hospitales o los médicos no todos hacen cuidados paliativos y y tienen esa herramienta a mano que que se puede utilizar y que eso si está aprobado que se puede hacer, y eso no quiere decir matar a nadie, eso no quiere decir darle el cóctel o adelantar ninguna muerte” (E 6, sector salud)

Otra referencia en el discurso, en este caso sobre la posibilidad de eutanasia y el Código de Ética Médica muestra esta resistencia:

“Y, el Código de Ética Médica marca muy fuerte ese punto, eh es bien claro, eh... Yo creo que obviamente si va a haber un debate, el Código de Ética Médica va a tener que también debatir- o sea no el Código de Ética Médica, si el Colegio Médico que es quien lleva a cargo el eh la quien llevó y

quien lleva el Código de Ética en cierta forma digamos que es su responsabilidad, deberán reeditarlos a ver si sigue con esa postura frente a al- un cambio legislativo que se necesitaría para poder además generar eutanasia porque eh ese punto no lo podemos olvidar este, y eventualmente... habría que generar ahí si el debate entre los colegas porque no, hoy en día estamos amparados a no hacer eutanasia, más allá de amparados estamos... eh no tenemos permitido hacer eutanasia, legalmente. Y además hay un Código de Ética que nos ampara, un Código de Ética que surge de los médicos, entonces... No se si eso cambiará, porque el debate para mi en ese punto tendría que ser amplio. Y el Código de Ética surge del Colegio Médico que es fiel ref- es reflejo de los médicos uruguayos porque todos estamos colegiados entonces, ¿puede haber un cambio? Si, pero creo que hay que debatirlo y reconsiderar en el Código de Ética Médica, porque eso está muy fuertemente arraigado” (E 5, sector salud)

En la siguiente cita también se muestra la distancia entre intervenciones con respaldo ético y legal de otras como la eutanasia:

“Y, y bueno, en, en cuanto a lo que es la eutanasia... me parece que, bueno vos podés, en, en si la eutanasia no la podes solicitar porque no está, legalmente permitida. Pero podes dejar estipulado que si en algún momento, bueno, no podes responder por vos mismo, claro que, que no te prolonguen el sufrimiento ¿no? Después va a depender del profesional que tenga, eh, y bueno y del familiar ¿no? Que vos hayas depositado esa, esa voluntad también para que, para que se cumpla ¿no?” (E 11, sector salud)

Al igual que para el caso del sector salud, y como parte de una reflexión bastante recurrente los discursos, para el caso del sector social la construcción respecto a la eutanasia también se ve profundamente atravesada por el marco normativo actual. Así, mientras en el caso del sector salud las referencias al terreno legal eran constantes, pero desde un enfoque médico y vinculado a los respaldos y condicionamientos de este para el ejercicio de la profesión, en este caso el factor médico no se encuentra tan presente y son otros los conceptos que intervienen.

Además, podemos encontrar discursos profundamente atravesados por conceptos como “dignidad humana”, resaltando también la importancia del respeto por las decisiones individuales, conceptos e ideas más cercanas a los *valores* y *autoridad* del Modelo Neo-Moderno de muerte. Para este caso, la reflexión normativa es determinante:

“(...)en la reflexión sobre la vida y las ciencias de la salud es esencial en este tipo de debates que hacen a lo más íntimo de las personas porque en definitiva acá lo que hay es la intimidad y el valor de la dignidad también en la muerte. Este así que la bioética es una herramienta fundamental para ayudar a que si hay una solución jurídica o se da algún tipo de... de regulación en lo que refiere a lo jurídico del final de la vida sea desde la observancia de los principios bioéticos, por ejemplo el

respeto a la dignidad humana, la autonomía y el consentimiento informado, la no vulnerabilidad (...)
(E 4, sector social)

A su vez, y conectándose con ciertas ideas de la cita anterior, algunos otros discursos del sector social se ven atravesados por los ordenamientos jurídicos y el terreno legal existente, ya que a la hora de definir la eutanasia y sus implicancias, hay una constante referencia a dichos aspectos legales;

“Pero el tema de la eutanasia activa, ahí si ya porque involucra otros aspectos, es todo un tema también de, figuras del derecho como el suicidio asistido que chocarían contra eso que habría que reformularlas o... Bueno, es un poco como, como viene” (E 16, sector social)

“y bueno el tema de eutanasia activa es uno de los temas... Es un dilema ético importante que, hasta hoy, o sea lo que venían a ser las normas que se han sancionado en los últimos años es también culminar con lo que nosotros decimos, a nivel de los abogados, el vacío legal... ¿No? La no regulación, ¿ta? Y también se generaron otras ¿no?” (E 15, sector social)

De esta manera, y tomando en cuenta discursos de otros entrevistados de distintas profesiones, para el caso de este subgrupo las referencias a dicho contexto son mayoritarias. Así, otra de las entrevistadas introduce en su discurso una reflexión sobre la importancia del terreno legal actual, pero diferenciando en la valoración respecto, por un lado, a la formulación y alcance las leyes actuales, y por otro, la implementación y reglamentación de las mismas. Así, para la misma, su conceptualización y representación de la eutanasia se encuentra circunscripta a las posibilidad de generar una ley que la habilite, a la vez que la relaciona con los avances político legales en relación a la extensión de los derechos individuales y colectivos;

“Este, pero, eh, eso yo n- digo, todo es- esa estructura la tenes que pensar que si querés, este, eh, que se apruebe una ley, cambiarle la cabeza a quienes tienen que aprobarla, este, y, eh, y después trabajar para que se sepa que ese derecho se tiene, como hicimos las feministas, este que, que, que viajamos por todo el país durante AÑOS, este, discutiendo el tema del derecho a la interrupción del embarazo, y cambiando cabezas de mujeres también, este... Es eh, sin eso no está fácil, este, realmente poder, eh... Ir cambiando el sentido común de la gente, ¿no?” (E 8, sector social)

Además, también existe en este subgrupo (sector social) una tendencia general hacia la necesidad de legislar respecto a la muerte y a los procesos vinculados a ella, como parte también de un Modelo en dónde es importante continuar con la ampliación de los derechos de los individuos, en relación con el contexto normativo actual:

“Pero, es como todo, las normas tienen que ir adecuándose y transformándose y entiendo que en estos temas hay un poco un vacío legal. Hay un vacío legal, que ningún vacío lo llenas a las patadas, los vacíos que mejor se llenan son aquellos que se discuten y nada mejor que la reflexión bio ética sobre estos temas” (E 4, sector social)

“Y fue medio como bueno, se viene llevando adelante toda una agenda de derechos, de ampliar un poco las libertades individuales, toda aquella frase de “mi libertad termina dónde empieza la de los demás”, mal eh aplicada, ¿qué otra cosa se puede hacer? Y me dio la sensación de que Uruguay estaba en una situación bastante eh factible de poder conseguir un cambio en el tema eutanasia (...) Y, culturalmente también tenes que adaptarte a los cambios... Entonces, cualquier eh, opción de vida que, no joda a los demás, que cada uno sea libre de hacer lo que quiera mientras no joda a otro, debería estar eh, permitido” (E 2, sector social)

En lo que refiere específicamente a la normativa abordada, la Ley de Voluntades Anticipadas es un elemento que se aborda continuamente. En relación a la posición respecto a la misma, la mayoría de los entrevistados (sector salud y sector social) realizan una valoración positiva de la creación e implementación de la ley, en lo que refiere a su apertura a la reflexión sobre temas como la muerte. A su vez, en la referencia a la eutanasia, muchos entrevistados la introducen como forma de diferenciarla de intervenciones como esta, ya que la misma puede ubicarse en correspondencia con el concepto de *eutanasia pasiva*, mientras que se identifica, a nivel general, una concepción de la eutanasia con una actitud activa, propia de la caracterización de acción (*eutanasia activa*).

10. Conclusiones

A la hora de plantear las conclusiones del presente trabajo de investigación, es importante recordar que el mismo se planteó como objetivo general poder comprender, a partir de los discursos sobre eutanasia, las concepciones sobre la muerte que expresan actores centrales en el debate sobre el tema en Uruguay.

Al respecto, una primera consideración general es la que refiere a la distancia entre los subgrupos (sector salud y sector social). Tal como se esperaba, y como un adelanto, se encontraron distancias importantes entre los mismos en relación a distintos aspectos referidos a la concepción de la muerte. Dichas diferencias serán abordadas a lo largo de este apartado.

Otro hallazgo, menos previsto y menos marcado, es aquel que refiere a la homogeneidad que se presenta a la interna de los subgrupos. Por un lado, en el caso del sector salud la homogeneidad es mayor, mientras que dentro del sector social la postura general se

construye en cercanía pero los elementos y aspectos a los que se les da importancia a la hora de construir opiniones son muchas veces distintos.

Como tercer y última conclusión general, que considera a su vez las dos anteriores, es preciso señalar que la sociedad se encuentra recibiendo dos discursos en torno a la muerte, a partir de la discusión en torno a la eutanasia, cada uno de ellos expresado en los subgrupos. Por un lado, se identifica un discurso en torno a la muerte más profundamente vinculado al poder médico y científico, que hace del debate de la eutanasia una discusión generada únicamente en términos médicos y planteada entre el colectivo médico (propia del sector salud y cercana al Modelo Moderno de Walter). Por otro lado, se aprecia una discusión y reflexión en torno a la eutanasia y la muerte poniendo el foco en la extensión de los derechos individuales de los pacientes, la necesidad de respetar su autonomía en todo momento y abrir la puerta a pensar y generar herramientas para facilitar el acceso a dichas condiciones (reconocido en el sector social y más cercana al Modelo Neo-Moderno).

En lo que refiere a las concepciones en torno a la muerte, las diferencias entre los grupos son significativas. Por un lado, los y las entrevistadas del sector salud muestran una concepción de esta atravesada por la *autoridad médica*, donde el énfasis está en el papel del médico en dicho proceso. Así, la muerte se concibe como aquella en donde la medicina interviene, y debe hacerlo, una visión que también se vincula con el control de dicha ciencia en todos los procesos: el control de la muerte como extensión del control de la vida.

Sumado a lo anterior, todas las ideas y reflexiones en torno al ideal de muerte o de abordaje de la misma, se vinculan con intervenciones científico-médicas, esto es, una idea de muerte profundamente vinculada a procesos médicos, desarrollados en hospitales y en manos de personal sanitario capacitado. En ese sentido, en todos los discursos de este subgrupo, la muerte está siempre asociada a la medicina, dejando por fuera opiniones o posturas en donde se piense en la muerte por fuera del control científico de la misma. Así, por un lado se concibe que a la medicina como ciencia y como profesión le compete un proceso tal como la muerte, y por otro, que la muerte está circunscripta a la intervención y “acompañamiento” médico, es decir, que debe vivirse a través y a partir de esta.

De esta manera, la visión de este subgrupo muestra un modelo social, representado a partir del Modelo Moderno de muerte (Walter, 1994), en donde la medicina y el personal médico se encuentra en una situación de poder, ubicando a la muerte como un proceso que se concibe social y culturalmente a través de esta, de sus intervenciones y de sus concepciones. Esto es, que la concepción y experiencia de la muerte es captada y construida a partir de los sistemas expertos médicos, aspecto que se ve claramente en los discursos de este subgrupo.

Además, otra característica de dicho modelo que también puede rastrearse en los discursos es aquella que identifica el *silencio* y negación que existe en relación a la muerte. Así, tomando las ideas de Bauman (2014), una consecuencia de esto es que la muerte de la que resulta difícil hablar y abordar es la propia, como parte de no lograr representarla o concebir. Así, la postura y reflexión en torno a la misma refiere siempre a la muerte de otros individuos. En este sentido, y en relación a los discursos de los entrevistados de este subgrupo, la reflexión siempre refiere a otros, a la muerte de los pacientes, de los enfermos, y no a una reflexión sobre la muerte propia.

Por otro lado, el sector social muestra una postura más centrada en la *autoridad personal e individual*. Esto es, en el caso de este subgrupo, la concepción de la muerte integra conceptos relacionados con la extensión de las libertades y derechos de las personas, mostrando un acercamiento al Modelo Neo-Moderno de muerte (Walter, 1994). Así, lo importante y el eje de la discusión debe estar en la persona que atraviesa dicho proceso, y las reflexiones en torno a intervenciones de otra índole no son centrales o mencionadas con fuerza. Lo importante es la decisión individual y personal, con el eje en *uno mismo* y con un significado construido *interpersonalmente* (Walter, 1994). Para este grupo, la tendencia general está en poder apropiarnos del proceso de muerte y vivirlo de forma más amigable y vinculado a nuestro proceso de vida. Sin embargo, esta tendencia se ve más que nada expresada en términos de deseo, ya que también se reconoce una cierta *soledad emocional* (propia de un Modelo Moderno de muerte) en relación al abordaje y enfrentamiento de la muerte en la actualidad.

Además, y como consecuencia de un modelo centrado en uno mismo y los deseos personales, también se percibe un abordaje individualizado de la misma. Esto es que, tal como introducía Fernández del Riesgo (2007), producto de la extrema racionalización e individualización propias de la lógica moderna, el conocimiento del individuo respecto a la vida es inmenso pero los dilemas existenciales tales como la muerte deben enfrentarse en profunda soledad. En consecuencia, la muerte se vive como un problema de cada individuo, que este debe resolver y enfrentar, encontrando la manera de hacerlo de manera rápida y “eficiente”, en una sociedad que ya no genera espacios sociales y colectivos para atravesar el duelo por la muerte de otros y otras. Esta circunstancia es reconocida en los discursos de los y las entrevistadas, además de expresarse de forma implícita a través de su concepción respecto a quién está en el centro de la decisión. Sin embargo, también existe una reflexión acerca de la necesidad de reflexionar y abordar la muerte como sociedad, intentando sacarla de su lugar de *silencio* y ocultamiento. Además, a diferencia de los discursos provenientes del sector

salud, en este subgrupo la reflexión sobre la muerte (analizada y rastreada a partir de las concepciones en torno a la eutanasia), admite reflexiones en primera persona, esto es: respecto a la muerte propia.

Analizando dichas distancias podemos ver que las concepciones en torno a la muerte en los discursos del sector salud muestran una relación ciertamente “conflictiva” con la misma. Esto es, que a la hora de pensar en ella se la concibe en términos médicos, presentándose como un desafío y representando aquella circunstancia y situación que la medicina, aún con la omnipotencia con la que se ha construido social y científicamente, no puede evitar. Así, podemos notar que la aceptación de la muerte parece más difícil, por más que en el discurso se especifique su inevitabilidad.

Para el caso del sector social, el abordaje respecto a la muerte demuestra en cierto sentido una aceptación mayor respecto a la misma, sobre todo en la apertura a pensarla como un proceso íntimo, individual pero también al especificar la necesidad de naturalizar el término y la situación asociada al mismo. Además, en quienes muestran una postura favorable a intervenciones tales como la eutanasia, que aceleran dicha condición, se demuestra una aceptación mayor de la circunstancia de muerte: al considerarse que esta debe ser una opción para el individuo, se está mostrando una apertura a la muerte como una posibilidad y una circunstancia que no solamente “nos pasa” sino en la que podemos incidir y decidir. Por su parte, en el caso del sector salud se menciona que la muerte debe aceptarse, pero aún se muestran dudas respecto a determinado tipo de intervenciones (tales como la eutanasia) que pueda acelerarla. Así, se muestra que entre la profesión médica o la inserción en dicho ámbito y la muerte existen distintos dilemas y conflictos que impiden verla como una posibilidad y un derecho del individuo respecto a apropiarse de su propia vida y su propio cuerpo.

Por otra parte, y asociado a la cercanía del sector salud con el Modelo Moderno de muerte, la concepción que se identifica en los discursos de este subgrupo respecto al dolor es aquella que refiere al dolor físico sobre todo, demostrando que aquello que se intenta calmar y ayudar a transitar son aquellas dolencias e inquietudes que refieren a aspectos de ese tipo, propios de un modelo biomédico del dolor. A su vez, dichas concepciones sobre el dolor pueden rastrearse a través de los discursos y argumentos respecto a los cuidados paliativos, en donde se hace constante referencia a las dolencias físicas, por más que se mencionan dolores de otra índole (espiritual, anímico).

Otro hallazgo, más allá de que no marca grandes distancias entre los dos subgrupos, es la que refiere a la *estructura social* que se manifiesta en el abordaje de la muerte a nivel

social. En este sentido, podemos diferenciar por un lado los aspectos que son identificados y que se entretajan en los discursos de los y las entrevistados propios de un Modelo Moderno de muerte, con la esfera de la vida privada separada de la esfera pública; y, por otro, la progresiva y creciente apertura que muestra un cierto acercamiento a las características de un Modelo Neo-Moderno en donde esta distancia entre las esferas se desdibuja. De esta manera, en los discursos se identifica una situación actual en donde la muerte recae en el individuo y su entorno, su familia, ubicándose así como parte de la separación vida privada/pública, refiriéndose esta primera a todos aquellos aspectos emocionales, afectivos, y la segunda a los aspectos referidos al trabajo, a la objetividad y la racionalidad. Por otro lado, se expresa un deseo de generar espacios y construir herramientas que permitan un abordaje institucional así como también una expansión de la experiencia de la muerte por fuera de la esfera privada. Así, por más que, sobre todo en el caso del sector salud, se sigue pensando en la muerte dentro de un espacio hospitalizado y mediado por la medicina, se busca un acercamiento y abordaje integral de la misma, dejando atrás el modelo desde el cual el paciente debe tomarse como un objeto, desprovisto de su identidad y deseos, simplemente tratando sus síntomas.

En lo que refiere a la eutanasia y las opiniones específicas sobre la misma, las distancias entre los subgrupos también resultan importantes. Es importante mencionar además que las concepciones en torno a esta dan cuenta de todos los aspectos y conclusiones mencionadas anteriormente, ya que a través de las opiniones en torno a la misma pudieron ser rastreadas las concepciones de muerte de los y las entrevistados. De esta manera, las consideraciones finales respecto a la eutanasia se conforman como una extensión y profundización de las ideas planteadas anteriormente.

Al respecto, las distancias entre el sector salud como aquel subgrupo que mantiene un acercamiento con el Modelo Moderno de muerte, por un lado, y el sector social como aquel que se acerca al Modelo Neo-Moderno, por otro, pueden apreciarse en las concepciones y opiniones sobre la eutanasia, pero a partir de otros elementos y/o dimensiones mencionadas por Walter (1994).

En ese sentido, en el caso del sector salud las opiniones sobre la eutanasia muestran una referencia a una idea de muerte en términos de esta como proceso natural, donde el eje de dicho proceso se encuentra en el cuerpo y en el cese de funcionamiento del mismo en su dimensión física y científica. Además, se piensa en dicho proceso como un proceso *medicalizado*, en donde la tecnología y las múltiples medicinas asociadas a esta funcionan como el *modo de transporte* (Walter, 1994) desde la vida hacia la muerte (característica extendida del Modelo Moderno de muerte de Walter).

Por otro lado, en los discursos sobre eutanasia provenientes del sector social puede rastrearse una visión con tendencia hacia el Modelo Neo-Moderno, en donde el eje del proceso de muerte se encuentra en la reflexión interna, psíquica, del individuo y a pensar la misma en términos de voluntad, de deseo, de elección. Así, puede identificarse una gran importancia a reflexionar sobre la muerte pensando a la misma como un proceso más de la vida; más precisamente como el final de esta. En consecuencia, pensar en la muerte, y en la posibilidad de elegir cómo arribar a ella, es concebido como un proceso del individuo consigo mismo.

En última instancia, las reflexiones en torno a la eutanasia muestran una constante referencia al terreno legal actual con el que cuenta Uruguay, sobre todo en los discursos que marcan resistencias, aspecto que puede tomarse como un acercamiento a la eutanasia desde su ilegalidad y prohibición. Esto es, puede apreciarse la influencia del marco normativo en la concepción tanto de la muerte como de la eutanasia, expresada sobre todo en términos de respetar los aspectos legales que existen actualmente. Esta característica también puede tomarse como una construcción de un discurso éticamente correcto, es decir, que los y las entrevistadas buscan construir un discurso y opiniones que no los alejen de la normativa actual, como parte de mostrar su respeto a la misma. Sumado a esto, en el caso de los discursos del sector salud la referencia legal refiere a un respaldo para la profesión médica y el personal sanitario, es decir, para ellos mismos. En el caso del sector social, la referencia a los aspectos legales se encuentra más cercana a la sociedad y a la importancia de que los aspectos jurídicos respalden a la vez que moldeen la discusión y situación social del tema.

Además, y como parte de dicha reflexión anterior también, las consideraciones respecto a los aspectos legales son expresión de la construcción del término eutanasia, evidenciando que la referencia al término se ubica dentro de la denominada *eutanasia activa*: al expresar constantemente la inexistencia de eutanasia en nuestro marco legal, y diferenciandola de intervenciones que refieren al final de la vida pero que tienen un respaldo ético y legal para la profesión, expresan una postura determinada y asociada a las consideraciones mencionadas en el párrafo anterior.

En definitiva, y a modo de conclusión general del trabajo, podemos reconocer en los discursos dos inclinaciones que ya fueron mencionadas: por un lado, desde el sector salud, una visión en dónde la medicina se encuentra en el centro; aspecto que se evidencia en la importancia de la visión clínica y médica de la vida y la muerte, de los dolores, de la intervención del personal sanitario en procesos tales como la muerte, en la necesidad de formar parte de dicho proceso y en una concepción de la muerte profundamente atada al

modelo biomédico. Así, el eje de la reflexión y la discusión lo constituye la ciencia y las personas que la llevan a cabo para este caso: los médicos. Estas consideraciones expresan características propias del Modelo Moderno de muerte de Walter, ya mencionado anteriormente.

Por otro lado, en lo que refiere al sector social, se percibe un énfasis en la persona, en el individuo que se encuentra o encontrará atravesando el proceso ya sea de una enfermedad que le limite e impida desarrollar su vida plenamente o el mismo proceso de muerte. De esta manera, por más que se aborde la concepción y representación de la muerte desde una opción institucionalizada y mediada por la medicina como lo es la eutanasia, la reflexión en torno a la primera se da más allá de únicamente consideraciones médicas, tecnológicas y clínicas. En este sentido, los y las entrevistadas introducen conceptos relativos a la dignidad, autonomía y el respeto por las decisiones individuales, como parte de una visión que hace al individuo dueño de su vida y de las decisiones sobre todos los aspectos: su cuerpo, su muerte, etcétera. De esta manera, las distancias con el sector salud resultan notorias, aunque existan en los discursos algunos puntos de coincidencia, como fue abordado anteriormente en el presente apartado.

En definitiva, la eutanasia funciona entonces como un punto visagra entre dos de los modelos de muerte de Walter (1994): por un lado, el poder médico representado en el énfasis sobre el papel y lugar de este en el proceso, aspecto que es tenido en cuenta y resaltado por el sector salud y propio del Modelo Moderno; y por otro, la decisión individual y el respeto por la autonomía del paciente, abordado por el sector social y característico del Modelo Neo-Moderno.

A nivel social estas consideraciones significan, como ya se introdujo, la consolidación de dos discursos en torno a la muerte. A modo de hipótesis, y como material a abordar en futuras investigaciones, podemos plantearnos que la información recabada y el análisis de la misma dan cuenta de una situación en la que la sociedad recibe y decodifica dos mensajes: por un lado, el que continúa ubicando la muerte como un suceso profundamente vinculado a la tecnología y a las consideraciones que una ciencia emite y configura respecto a ella; la medicina. Para este modelo la discusión en torno a la muerte, y la eutanasia, continúa siendo una discusión entre y para los profesionales, ubicada en torno a saberes expertos. Esto podría significar que la muerte continúe siendo un tema reprimido individual y culturalmente, un tema del que deben encargarse determinados individuos y determinadas instituciones, un problema que debe resolverse en la esfera privada de la vida individual, como forma de esconder lo que provoca.

Como retórica, también se encuentra construyéndose un discurso centrado en el individuo y el poder de decisión de este en torno a su vida, su cuerpo y también su muerte. De esta manera, dicho discurso busca que la reflexión sobre la muerte se construya como debate social e individual, abordado en todas sus dimensiones. En cierta forma, se plantea la necesidad de devolverle a este acontecimiento su importancia en la construcción de la vida individual y social, sacándola del ocultamiento y privatización. Esto estaría mostrando una resignificación de la muerte y de su importancia.

De esta manera, es preciso continuar investigando y analizando las discusiones públicas y políticas respecto a la muerte o a procesos vinculados a la misma, como forma de (re)conocer las representaciones que existen a nivel social sobre el tema y las características que presentan los discursos referidos al mismo. La progresiva problematización y abordaje académico del tema proporcionarán herramientas para un debate más profundo, complejo y completo.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso, LE (1999). *Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa* en “Métodos y Técnicas cualitativas de investigación Social”. Madrid.

André, G. (1988). *Las sociedades y el fenómeno de la muerte humana: Montevideo ayer y hoy*. Tesis de grado. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Uruguay

Bauman, Z (2006). *Miedo líquido: la sociedad contemporánea y sus temores*. Polity Press, Cambridge, Reino Unido.

Bauman, Z (2014). *Mortalidad, inmortalidad y otras estrategias de vida*. Ediciones Siquitur. Madrid.

Becker, E (1973). *La negación de la muerte*. Estados Unidos.

Cohen, D (2007). *Por Mano Propia: Estudio sobre las prácticas suicidas*. Bs. As. Argentina

de Miguel, J. (1995). *El último deseo: para una Sociología de la muerte en España*. P.109-156 Revista Española de Investigaciones Sociológicas. Universidad de Barcelona y University of California, San Diego.

de Souza Minayo, M. (2010). *Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa*. Lanús

Durán, M (2004). *La calidad de muerte como componente de la calidad de vida*. P. 9-32. Revista Española de Investigaciones Sociológicas. N° 106. España.

Durkheim, E (1987). *El suicidio*. Francia.

Elias, Norbert (1987). *La soledad de los moribundos*. Primer edición en español. ECE. España.

Fernández del Riesgo, M (2007). *Antropología de la muerte*. Editorial Síntesis. Madrid.

García, M., Biedma, L y Serrano, R. (2019). *Percepciones sociales del dolor.* Opiniones y Actitudes N° 77. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid

Gil Villa, F. (2011). *La derrota social de la muerte.* Abada: Madrid, España.

González, N (2000). *El estudio de la muerte como fenómeno social. La reflexión metodológica y el trabajo epidemiológico.* Estudios Sociológicos, vol. XVIII, núm. 3. p. 677-694. El Colegio de México, A.C. Distrito Federal, México.

Kenneth Zola, I (1972). *La medicina como institución de control social.* Publicado en el libro “Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina” de Carmen de la Cuesta. Medellín, Colombia.

Lynch, G. y Oddone, J (2017). *Percepción de la muerte en el curso de la vida: Un estudio del papel de la muerte en los cambios y eventos biográficos.* P. 129-150. Revista de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Uruguay.

Hintermeyer, P (2010). *La relación con la muerte. Entre constantes antropológicas y especificidades contemporáneas.* Universidad de Estrasburgo. Francia.

Jiménez, R. (2012). *¿De la muerte (de)negada a la muerte reivindicada? Análisis de la muerte en la sociedad española actual: muerte sufrida, muerte vivida y discursos sobre la muerte.* Tesis doctoral. Universidad de Valladolid. España

Mari-Klose, M. y de Miguel, J (2000). *El canon de la muerte.* P. 115-143. Revista Política y Sociedad. España

Pfeiffer, M (2008). *Decisiones al final de la vida. Retiro del soporte vital.* Argentina.

Piperberg, Michelle (2015). *La persona y el debate bioético sobre el final de la vida.* Tesis de Doctorado. Universidad de Barcelona. España.

Serrano, R y Heredia, A (2018). *Actitudes de los españoles ante la eutanasia y suicidio médico asistido.* P 103-120. Revista Española de Investigaciones Sociológicas. España.

ANEXOS

Tabla N°1

TABLA			
SITUACIÓN LEGAL DE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO EN EL MUNDO			
PAÍS	SITUACIÓN LEGAL		AÑO
	EUTANASIA	SUICIDIO ASISTIDO	
Países Bajos	✓	✓	2002
Bélgica	✓	✓	2002
Luxemburgo	✓	✓	2009
Canadá		✓	2016
Victoria (Australia)	✓		2017
Suiza		✓	Desde 1940
10 Estados EEUU		✓	Desde 1994
Colombia	✓		2018

Elaboración propia en base a datos obtenidos de <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/04/eutanasia-y-suicidio-asistido-conceptos-generales-y-situacion-legal.pdf> y <https://derechoamorir.org/eutanasia-mundo/>

Tabla N°2: Relevamiento de campo

SOCIEDAD ACADÉMICA		
	SECTOR SALUD	SECTOR NO SALUD
1	Medicina Legal	
2		Militante del tema
3	Neurólogo	
4		Doctora en Derechos Humanos
5	Oncólogo	
6	Oncóloga	
7	Licenciada en Enfermería. Directora Maestría en Cuidados Paliativos (UCU).	
8		Ex senadora por el Frente Amplio militante del tema.
9	Fisiatra	
10	Pediatra Neonatóloga, Máster en Bioética	
11	Licenciada en Enfermería	
12	Pediatra, Bio ética	
13		Presidenta Asociación Tenemos ELA Uruguay
14	Médico Forense	
15		Doctora en Derecho y Ciencias Sociales
16		Doctor en Derecho
TOTAL	10	6