

La muerte en la ciudad. Una reflexión filosófica sobre el modo actual de morir

Noelia Bueno Gómez¹

*Dormirás muchas horas todavía
sobre la orilla vieja,
y encontrarás una mañana pura
amarrada tu barca a otra ribera*

Antonio Machado

1. Introducción

La hipótesis de partida de este artículo consiste en la idea de que se puede caracterizar el modo actual y occidental de experimentar la muerte, de que existe un tipo de muerte predominante, cuyo contexto espacial es urbano, es la ciudad. Y no es poco llamar a la ciudad “contexto espacial”, porque la organización de los espacios refleja estructuras sociales, a la vez que las determina, las genera, las hace perdurar, cuestiona jerarquías; su poder clasificatorio es decisivo.

El hecho de aludir a la ciudad como espacio de una experiencia particular de la muerte parece evocar –y, de hecho, evoca– el contraste con un espacio rural en el que esa experiencia es diferente. Sin embargo, esta dicotomía no responde ya bien a la realidad y podría llamar a engaño, al menos en algunos planos y, entre ellos, el que aquí nos interesa. Desde luego, tiene sentido hablar de la ciudad como espacio y contexto característico, aunque se haya roto la dicotomía mundo urbano / mundo rural –o, más bien, se haya redibujado. Tiene sentido porque, como es obvio, no han desaparecido las ciudades, sino que más bien se han “urbanizado” las zonas rurales. De tal manera que lo que hoy contrasta con la ciudad es lo que se ha venido a denominar un espacio “rururbano”, como Lisón Tolosana denominó a las comunidades gallegas en los años 80, que se encontraban entonces en plena transición hacia modelos más urbanos (Lisón, 1986) y que hoy continúan en ese proceso.

En este trabajo emplearé la dicotomía urbano / rural, pero en otro sentido, en un sentido histórico. Aunque ya no exista un mundo que se pueda caracterizar sin más como rural, por oposición al mundo urbano, tal dicotomía ha existido en el pasado. Las comunidades que Lisón Tolosana vio en transición hacia contextos urbanos en los años 80 se pueden considerar rurales tan sólo veinte años antes, la época en la que él realizó sus primeros estudios (Lisón, 2009). En esa época perduraban en España comunidades rurales relativamente poco permeables aún a las influencias del exterior, con fuerte cohesión interna y una preponderancia de la vida colectiva. Estos rasgos

¹ A mi abuelo Jesús Bueno Blanco, que nació en un mundo rural cuando ni siquiera había empezado la transición rururbana, y que murió en la ciudad, aunque sin ocultar ni ocultarse la muerte.

contrastaban con el típico individualismo urbano del que, con plena consciencia de los cambios incipientes de su tiempo y con una rara clarividencia, Simmel fue consciente a principios del siglo XX. Fue el sociólogo alemán quien señaló que la ventaja de adquirir mayor autonomía y privacidad en la ciudad se adquiría al triste precio de la soledad (Simmel, 1903).

Tomaré como referencia del mundo urbano las ciudades actuales y, para acentuar el contraste, tomaré como referencia de mundo rural las aldeas españolas de la primera mitad del siglo XX, aunque me centraré en el primer caso. La dicotomía responde a un intento de realizar una tipología de la muerte rural-tradicional frente a una tipología de la muerte urbana-actual. El plano de la discusión será el filosófico, y así debe entenderse en cuanto a su nivel de abstracción, si bien la discusión se apoyará en estudios sociológicos y antropológicos de los que se han tomado los datos necesarios.

¿Por qué oponer y contrastar esos dos tipos de muerte, de dos épocas y dos espacios diferentes? El objetivo de este estudio comparativo es señalar vías para ahondar en la comprensión de algunos problemas estructurales que el modo actual de afrontar la muerte genera a varios niveles, personal (existencial, psicológico) y también social. Aunque no es mi objetivo aquí centrarme en los problemas éticos, de justicia social y de derecho que se plantean en torno a la atención al final de la vida, ciertamente muchos de ellos hunden sus raíces en algunos de esos problemas estructurales.

Desarrollaré, por tanto, una caracterización del principal rasgo del tipo de muerte urbana contemporánea y sus manifestaciones en fenómenos particulares que apuntan a modalidades en las que cristaliza ese rasgo general y que, a su vez, conducen a nuevas características más precisas. El principal rasgo del tipo de muerte urbana, el ocultamiento, me permitirá explicar las raíces de esos otros fenómenos particulares que resultan problemáticos o producen desajustes en nuestro entorno cultural. En paralelo, ofreceré el contraste con las características propias del tipo de muerte rural tradicional, lo cual me permitirá concluir con ciertos apuntes para responder a la cuestión siguiente: ¿qué podemos aprender del tipo de muerte que hemos dejado/que estamos dejando atrás?

2. El ocultamiento

Fue Philippe Ariès quien popularizó la idea de que un nuevo tipo de muerte se estaba imponiendo desde mediados del siglo XX y quien dio en la clave de su elemento más característico: “en la ciudad todo sigue como si nadie muriese” (Ariès, 2011, pág. 626). La muerte se estaba extrayendo de la sociedad, se estaba ocultando.

Hoy nos puede resultar extraña la afirmación de que la muerte se está ocultando, al menos si tenemos en cuenta que los medios de comunicación nos ofrecen imágenes de violencia extrema y muerte a cualquier hora del día y sin previo aviso. Sin embargo, esas imágenes nos ofrecen un tipo de muerte irreal, que no es habitualmente la de

personas de nuestro entorno. El “ocultamiento de la muerte” se produce a otros niveles. Probablemente nos resulta difícil tomar consciencia de esta tendencia porque caracteriza nuestro momento presente y, por así decirlo, estamos inmersos en ella. Algo que no ocurría en 1977 cuando vio la luz la monumental obra de Philippe Ariès *El hombre ante la muerte*. En ese momento aparecía aún claro el contraste entre el tipo de muerte anterior y la que por entonces emergía. A pesar de todo, enseguida se reconocerán los fenómenos más destacados en los que se expresa ese ocultamiento hoy en día, que son, a mi modo de ver:

1. Los problemas para hablar de la muerte en las familias y los círculos de amigos: ¿se ha convertido la muerte en un tema tabú?
2. El tipo ideal de muerte predominante: la mejor muerte es considerada la que no se nos aparece, la que llega de repente tras haber vivido como si no existiera un final. En este nivel, se produce un ocultamiento de la muerte ante uno/a mismo/a.
3. La merma o desaparición del luto y la clasificación de las emociones asociadas al duelo como enfermedades, como algo anormal que debe ser tratado médicamente (Ariès, 2011, pág. 648).
4. La retirada de los moribundos y los fallecidos a hospitales y tanatorios. Tiene dos vertientes: por un lado, el cuidado tradicional se sustituye por una profesionalización de la atención de las personas y los cuerpos; por otro lado, se diseñan y construyen espacios específicos para albergar a las personas al final de su vida y para realizar los ritos funerarios.
5. La creciente tendencia a la incineración de los cuerpos, que los hace “desaparecer” y resulta difícilmente compatible con el tradicional culto a los difuntos en los cementerios.

La primera retirada de la muerte se produce cuando se reducen las repercusiones colectivas de la muerte individual. Las sociedades rurales se caracterizaban sobre todo por el estrecho vínculo entre sus miembros, el alto grado de cohesión. Un grado elevado de cooperación comunitaria era necesario para la supervivencia del grupo, puesto que el aislamiento y la escasa o nula existencia de servicios sociales hacían que la ayuda entre vecinos fuera indispensable. Un alto grado de cohesión va unido a una vivencia más colectiva de la muerte, a una percepción de cada fallecimiento individual como una pérdida que afecta a todos, puesto que la persona que desaparece deja un hueco en el grupo al que había pertenecido². Así, la mayor parte de los ritos en torno al fallecimiento de una persona eran compartidos por toda la comunidad.

Sin embargo, en la ciudad se abre con nitidez la diferencia entre un espacio público y un espacio privado, y esta dicotomía aparece también muy marcada en la organización de los ritos en honor a los difuntos. Mientras que el pueblo invadía la casa en la que se velaba a un muerto (y ésta se disponía a tal fin, retirando muebles y obstáculos para permitir el paso de la gente), algo así es impensable en la ciudad contemporánea, en la que los homenajes

² Antropólogos como Gondal (1987, 1989) subrayan la importancia de la comunidad y la dimensión social de la muerte en las zonas rurales gallegas aún en los años 80, lo cual permitiría una mayor aceptación de la misma.

públicos, generalmente breves, se distinguen de los de la familia más cercana, con la que se guarda una distancia respetuosa. Como si la muerte se hubiera retirado al ámbito de la familia, y de puertas afuera sólo quedase la breve mención del homenaje público.

No obstante, tampoco en el seno de la familia la comunicación acerca del tema “muerte” suele ser fluida. El primero de los niveles en los que se nos plantea el ocultamiento de la muerte de una manera que puede suscitar angustia y aislamiento es lo que Philippe Ariès caracterizó muy bien como “piedad hacia el moribundo alienado” (Ariès, 2011, pág. 658) y que Kübler-Ross, la psiquiatra estadounidense pionera en detectar y abordar este problema documentó en su libro *Sobre la muerte y los moribundos*. En gran medida, y a pesar del creciente énfasis en la autonomía de los pacientes, como muestra la Ley de Autonomía del paciente en España³, a los moribundos se les oculta su situación “por piedad” en los hospitales, y especialmente a petición de sus familiares. He podido constatar este hecho en una serie de entrevistas realizadas como aproximación a este tema.

En conversaciones recientes con profesionales de la asistencia a moribundos (médicos, enfermeras, asistentes sociales, psicólogos), que trabajan tanto en hospitales como en atención domiciliaria, he podido corroborar que el personal sanitario oculta información a los pacientes acerca de su situación, por expreso deseo de las familias. De esta manera, la persona que está muriendo no es consciente de estar al final de su vida o, si lo es, a menudo incluso finge no saberlo también “por piedad” hacia su familia, para evitarles ese sufrimiento. El problema en esta actitud de ocultamiento recíproco es que la incomunicación impide el apoyo mutuo, como muestra la experiencia de Kübler-Ross en los años 60.

En este mismo nivel de ocultar la muerte “por piedad” se encuentra también el ocultamiento de la muerte a los niños. En un momento u otro, los niños preguntan por la muerte, por su significado, por su propia desaparición y la de sus seres queridos, y suelen hacerlo con inquietud o miedo. En contextos asociados a otro tipo de muerte, los niños formaban parte de los rituales y las expresiones colectivas de dolor. No se les ocultaba la visión de los difuntos en los velatorios, a los que asistían, así como a los funerales. Sin embargo, hoy en día intentamos a la desesperada separar dos campos que nos parecen antitéticos, los niños y la muerte. El hecho de que como adultos no afrontamos la idea de nuestra propia muerte (como tendencia general de nuestra sociedad) hace que las preguntas de los niños nos desborden. El breve artículo publicado en *La Vanguardia* por Clara Sanchis Mira “El niño ateo” (jueves 24 de mayo de 2007) capta muy bien este desbordamiento y la perplejidad del adulto. Perplejidad nacida del hecho de que el niño no ha aprendido todavía lo que es “tabú” y habla de la muerte abiertamente, sin prejuicios pero con preguntas y con miedo.

³ LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Este artículo remite también a otro problema asociado a la tipología actual de la muerte, explicado por Norbert Elias en su breve pero intenso *La soledad de los moribundos*: la pérdida de significado de los ritos y las narrativas compartidas en torno a la muerte, tradicionalmente vinculados a la religión y a las peculiaridades de cada cultura. En los espacios rurales tradicionales, los niños formaban parte de la misma experiencia colectiva de la muerte, y tenían los mismos medios que los adultos para canalizar la expresión del dolor o la tristeza, de igual modo que tenían esas mismas narrativas compartidas que funcionaban como referentes de sentido ante la impotencia de lo implacable.

Puede parecer, por tanto, que la primera retirada de la muerte se produce al quedar ésta recluida, de modo preponderante, al ámbito de lo privado. Sin embargo, como vemos, esta retirada va aún más allá, y ni siquiera en el seno de la familia (y los círculos de confianza) existe, por norma general, una comunicación fluida sobre este tema. Además de esto fallan los discursos compartidos que daban sentido, que “encajaban” los acontecimientos vitales y también el final. Volveré después sobre esta cuestión, al valorar cómo el discurso científico trata de suplir esta carencia.

Que la propia muerte se oculta incluso ante uno mismo (el segundo punto que he mencionado) se puede observar en el tipo de “muerte ideal” que predomina en nuestro tiempo: aquella que llega de modo repentino, sin señales de aviso; la muerte, por tanto, acorde a un modo de vivir que ha transcurrido como si no fuésemos a morir. Frente a ésta, tradicionalmente se ha esperado una muerte que deja tiempo para “prepararse” y despedirse (Gondal, 1987, pág. 22), que permite hacer balance, asimilar la situación y afrontarla⁴. Una muerte, por tanto, que como la Dama del Alba en la célebre obra de teatro de Alejandro Casona, se anuncia y se deja ver.

La “piedad” se dirige, entonces, hacia el “moribundo alienado”, había señalado Ariès. Ocultamiento mutuo, primero, por tanto, en el seno de los círculos privados, y ocultamiento ante uno mismo, segundo, lo cual convierte la propia circunstancia en algo ajeno.

Si por un lado es interesante observar cómo el tipo y la intensidad de las relaciones sociales (recordando el contraste de Simmel entre contextos rurales y urbanos) afectan de un modo especial al modo de experimentar y afrontar o ignorar la muerte, es asimismo relevante valorar cómo lo hacen la clasificación disciplinar y la espacial. Se trata de los puntos 3 y 4.

Toda catalogación implica un intento de control. Esto es lo común a ambas cuestiones, la clasificación científica de determinados sentimientos y emociones como enfermedades que pueden tratarse médicamente y el diseño

⁴ Señala Gondal que “en el caso de los urbanos no creyentes son varias las razones, a nuestro juicio determinantes, de la actitud contraria: la eliminación del mundo del más allá de su esfera de expectativas convierte en absurda la preparación” (Gondal, 1987, pág. 22. La traducción es mía). Me parece que se trata más del intento de eliminación de la muerte, a través de la clasificación y el intento de control, y no tanto del “más allá”.

específico de espacios en el contexto urbano.

El predominio total de la praxis científico-tecnológica en nuestros días hace que se aplique también al tratamiento de los moribundos y ciertas emociones que pueden aparecer en torno al tema de la muerte. La medicalización o tendencia a tratar mediante procedimientos médicos cada vez más circunstancias o momentos de la vida que no necesariamente se habían clasificado hasta ahora como enfermedades, debe comprenderse, desde mi punto de vista, como un caso más de una circunstancia que define nuestro momento histórico y que podría llegar a considerarse su diferencia específica: la implantación masiva de la tecnociencia y su racionalidad inherente. Aplicada al caso de la atención a las personas que están al final de la vida, así como a quienes padecen la angustia o la tristeza de concebir su propia muerte o llorar la de otros, la invasión tecnocientífica significa medicalización. La medicina es la manera mediante la cual la tecnociencia opera en nuestros yoes corporeizados y psicologizados. Comprenderla así sirve para replantear muchos de los problemas éticos que se presentan en la atención a las personas moribundas.

Aunque es cierto, como señala Stefano Rodotà, que los hospitales para moribundos existían desde mucho antes de la época actual (Rodotà, 2010, pág. 293), esto no implica, a diferencia de lo que defiende el autor, que la atención hospitalaria en aquel momento fuese equivalente a una atención medicalizada como la actual. Lo que define la medicalización es la clasificación científica (ya no se muere de “muerte natural”, sino que hay una enfermedad clasificable que causa el deceso) y la intervención activa –mediante determinados instrumentos tecnológicos. Y esto no era así en los hospicios tradicionales, en los que la atención que primaba era de otro tipo, era *cuidado*. Es el mismo tipo de atención que se procuraba a los enfermos y los moribundos en los contextos rurales tradicionales.

La dinámica del cuidado no responde a la racionalidad tecnocientífica de la clasificación y la intervención. El cuidado responde más a una relación entre cuidador y paciente en la que se *atiende* para procurar comodidad y bienestar, más que tratar de intervenir para *arreglar* algo que no funciona bien⁵. El cuidado, aunque se puede asociar a una relación paternalista (un paradigma de la relación de cuidado es la atención a los niños pequeños), no es incompatible con un respeto por la autonomía de las personas cuidadas. Ha sido la tradición feminista la que ha reivindicado el cuidado y ha discutido sobre sus funciones tras la emancipación de la mujer y en sociedades de bienestar con sus servicios más o menos en crisis (Rodotà, 2010, pág. 254; Tronto, 1993; Held, 1996).

⁵ Los denominados “cuidados paliativos” tratan de responder a esta demanda concreta en las situaciones de final de vida. El Ministerio de Sanidad español definió en 2009 los cuidados paliativos, tomando como referencia el documento del *National Consensus Project for Quality Palliative Care*, como “la asistencia integral del paciente en situación avanzada, progresiva de su enfermedad”. Y añade “El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. Es primordial el control del dolor y otros síntomas y la provisión de apoyo psicológico, social y espiritual” (Ministerio de Sanidad, 2009, pág. 20). Al revisar los estándares y recomendaciones del Ministerio de Sanidad para las unidades de cuidados paliativos, aparece claramente la distinción entre cuidados paliativos y “cuidados curativos” (Ministerio de Sanidad, 2009, pág. 32). En los cuidados paliativos aparece la conciencia de que la curación puede no ser posible. Sin embargo, las condiciones particulares de la hospitalización difícilmente pueden dejar de reproducir la lógica tecnocientífica a la que me he referido, y sigue en pie la cuestión de si realmente se puede conseguir un “cuidado integral” profesionalizado (que incluya, por ejemplo, afecto), en el sentido en el que lo explico. Desde luego, los cuidados paliativos lo intentan.

La profesionalización no se ha limitado al ámbito del tratamiento de los moribundos y sus familias, sino que también ha alcanzado al de los cuerpos y la organización de los funerales. Esta profesionalización va vinculada a un desplazamiento físico del lugar en el que se produce el servicio, de igual modo que ocurría con las personas al final de la vida y los hospitales.

En contextos tradicionales rurales tanto el fallecimiento como los ritos fúnebres se realizaban en los mismos lugares en que transcurría la vida cotidiana. Y es muy representativa esta prueba de la presencia cotidiana de la muerte, que contrasta con la circunstancia actual de apartamiento. Las personas morían en casa, se velaban en casa y se llevaban a la iglesia para los funerales. La misma casa en la que se vivía, se comía, se dormía y en la que nacían los niños. La misma iglesia en la que se celebraban las misas dominicales, las bodas, los bautizos, etc. Sin embargo hoy en día asistimos a “una paradoja como es la ocultación de la muerte a consecuencia de su desaparición de la cotidianidad, de la vida de todos los días, el fin de una gestión de la misma inmersa en el flujo de las demás relaciones sociales” (Rodotà, 2010, pág. 294).

Llevar a los muertos a unos espacios especiales para ello, delegar en profesionales la organización de tales espacios y de los ritos, todo eso permite “sacar” a la muerte de la ciudad y clasificar la atención, para así dibujar una apariencia de control –apariencia de control que cada cultura ha sabido diseñar de un modo diferente ante un hecho de por sí incontrolable e irremediable.

Los espacios diseñados para albergar a los cadáveres y recibir allí a las familias y allegados, los tanatorios, empezaron a proliferar en los años 70 en nuestro país. Muchos de estos edificios se encuentran a las afueras de las ciudades, en un intento por “sacar” de ellas lo que no queremos ver delante, y en respuesta a las protestas de los vecinos que no quieren un tanatorio cerca⁶. Un ejemplo muy gráfico de lo que ocurre cuando es necesario construir un tanatorio en un espacio urbanizado es el tanatorio de León, descrito en una guía de urbanismo como una obra arquitectónica que pretende dar respuesta a la consideración de la muerte como tema tabú. Se presenta como un edificio innovador en el que los nuevos espacios dan cabida a las nuevas demandas: mayor intimidad para las familias, vistas al cielo como metáfora, etc. Sin embargo, a pesar de que pretende responder a una supuesta demanda social de cambiar el modo de afrontar la muerte, en la que tratarla como tabú es algo que ha quedado atrás, el propio edificio está construido como un ataúd enterrado bajo tierra. Es decir, lo más oculto posible desde el exterior:

“Jordi Badía y Josep Val han analizado este edificio como una pieza completamente sumergida, que juega a pasar desapercibida arquitectónica y significativamente, una necesidad del guión impuesta por una quizá algo inadecuada elección del terreno para su instalación. [...] Desde el comienzo de la propuesta, la

⁶ Thomas (1983, pág. 424) dedica un apartado de su obra, ya clásica, a la cuestión de la urbanización y los cementerios, y constata la tendencia a extraer los cementerios, en este caso, de las ciudades, en las que anteriormente habían ocupado un lugar central.

integración de un tanatorio escondido en una zona residencial suponía todo un reto para los arquitectos. [...] La entrada se esconde gracias a unos abedules [...]” (BAAS Arquitectes, 2011, pág. 68).

Finalmente, la incineración, como último rasgo del ocultamiento de la muerte, supone la desaparición física total del cuerpo difunto. Tomada por sí sola, la incineración no es sintomática de un ocultamiento de la muerte. Muchas culturas han tenido la cremación entre sus ritos fúnebres sin por ello extraer de su cotidianidad a la muerte. Pero unida al resto de los rasgos mencionados dibuja un panorama general de varios fenómenos que se explican por la tendencia general subyacente.

3. Los problemas

En esta tercera parte apuntaré algunas de las pistas que nos da esta comparación rápida en cuanto al replanteamiento y abordaje de ciertos problemas generados por el tipo de muerte que predomina hoy, así como el hecho de ver los rasgos mencionados como casos particulares de una tendencia general a ocultar la muerte.

Está claro que ninguna organización social ha logrado hasta ahora eliminar todas las angustias y las tensiones estructurales entre sus miembros, y así ocurre también con la nuestra, en el caso concreto de la muerte como en muchos otros. Es muy importante estudiar esos problemas en las dimensiones adecuadas; aunque conocer el origen de esas tensiones no sea una solución para quienes las padecen, al menos se estará en el camino de paliarlas o de afrontarlas al nivel preciso. En otras palabras, aunque cada uno tenga que lidiar en su plaza con, por ejemplo, la sensación de fracaso endémica a una determinada organización del trabajo, o la frustración de no poder hablar con la propia familia acerca de una situación de final de vida, ser conscientes de que la soledad de los moribundos es probablemente el precio a pagar por tratar de aislar la muerte de nuestras vidas, y que este rasgo constituye un proceso de origen social, estructural, y no meramente una cuestión personal, individual, nos puede poner en la pista de una manera mejor de abordarlo.

La primera de las tensiones estructurales generada por esta manera de afrontar la muerte en la ciudad es la que provoca la incomunicación. Aquello que no se comparte, que se vive en soledad, se magnifica. Es la *hybris* de la desconexión con el mundo compartido a la que se refirió también Hannah Arendt cuando criticaba el desmesurado agrandamiento de la subjetividad de la vida moderna⁷.

Tendencia a ocultar la muerte y soledad son la pescadilla que se muerde la cola. De los temas tabú no se habla, o estos se retuercen y complican con eufemismos y huidizas alusiones; cuando son temas ineludibles, el no

⁷ “Si el pensamiento se repliega sobre sí mismo y encuentra en la propia alma su único objeto, se convierte en reflexión, y adquiere, en la medida en que siga siendo racional, una apariencia de poder ilimitado al aislarse, precisamente, del mundo; al perder interés por él, levanta una barrera protectora ante un único objeto ‘interesante’: la propia interioridad. En el aislamiento resultante de la reflexión, el pensamiento se vuelve ilimitado, pues ya no le molesta nada del exterior ni se le exigen actos cuyas consecuencias imponen límites incluso a los espíritus más libres. La autonomía del ser humano se vuelve tiranía de las posibilidades, contra la cual rebota toda realidad” (H. Arendt, 2000, pág. 30).

compartirlos nos deja en la tesitura de tener que abordarlos en soledad o tratar de hacer caso omiso de ellos. A la vez, cuando los engranajes de una vida social compartida a varios niveles –privados y públicos– no están engrasados, es muy difícil compartir temas difíciles y serios, lo cual agranda el agujero del ocultamiento.

En segundo lugar, debe decirse que la actitud contemporánea de ocultarse la muerte a uno mismo es la antítesis de la posición filosófica y existencial de Heidegger, quien defendió que nadie puede morir la muerte de otro y que en el fondo la muerte es lo más propio de cada uno; la posición moral derivada es que cada uno para ser sí mismo debería hacerse cargo de su propia muerte⁸. Aunque no encuentro tensiones estructurales en la actitud de ocultarse la muerte a uno mismo *per se*, al contrario de lo que ocurre en el caso de la conexión entre la incomunicación y el aislamiento, el problema radica en que tal auto-ocultamiento puede dar lugar precisamente a las dificultades en la comunicación con otros sobre este tema. Sin embargo, parece más claro que el problema ocurra a la inversa: lo que no se habla con otros tampoco se aprende a hablarlo con uno mismo. Aun así, cualquier refugio o consuelo no violento es legítimo, y así lo es también decidir vivir la vida lo más posible al margen de la muerte, negándose a reflexionar o asumir el propio final para evitar el sufrimiento de tener que hacerse cargo de la propia finitud. En cualquier caso, lo ideal sería que esta decisión fuese deliberada y reflexiva, no asumida a priori debido a que la tendencia social y cultural en la que se vive así lo determina.

Con todo, definiendo –y no puedo extenderme aquí todo lo requerido en su justificación– que pensar sobre la propia muerte y asumirla implica vivir la vida de una manera diferente, porque se asume la dimensión de la caducidad, lo cual nos da la justa medida de nuestro lugar en el mundo y nos ayuda con las prioridades. Más aún, definiendo que la época del final de la vida ofrece una perspectiva privilegiada tanto para uno mismo como para los otros, y esto sólo es posible si se ha hecho el ejercicio previo de asumir la muerte. Privilegiada porque sólo al final de las cosas podemos reconstruir su historia y darles sentido; a partir de esta idea podrían ponerse en marcha, tomando el relevo de Kübler-Ross, talleres inter-generacionales de testimonio, con el fin de recoger las historias de vida de personas que deseen dejar un legado significativo y hacer balance con sus pasados. Ésta sería una forma de combatir el aislamiento y favorecer el diálogo social sobre la muerte pero, como digo, requiere del segundo requisito, algo a lo que, muy legítimamente, mucha gente puede no estar dispuesta.

Sobre la catalogación tecnocientífica y profesional de la atención médica y el tratamiento de los cuerpos, he de decir que sí provoca ciertas tensiones no presentes en el tipo de muerte rural al que vengo haciendo referencia. Emplearé un ejemplo muy gráfico para expresarlo. Ocurrió durante el transcurso de una entrevista que he podido realizar a un hombre ingresado en un hospital, en un área de geriatría en la que se atendía a pacientes de largo ingreso. En la cama de al lado estaba ingresada una anciana que rondaba la centena de años, con un Alzheimer bastante avanzado aunque con momentos de lucidez. La señora gritaba y rezaba a voces y con verdadera angustia reflejada en sus ojos decía a quien quería escucharla que tenía miedo de ir al infierno. Era un miedo atroz que la

⁸ Para una revisión actualizada de las filosofías existencialistas sobre el tema de la muerte, véase Schumacher (2011).

atenazaba y la hacía retorcerse en su cama, y hasta tratar de tirarse de ella. Me acerqué a ella intentando tranquilizarla, y cuando le ponía una mano en el hombro, entró una enfermera para ajustarle la medicación. Entonces le gritó a la enfermera, insultándola e increpándola. La enfermera se volvió hacia la señora con evidente desprecio. Yo le pregunté a la anciana por qué le reñía así a la enfermera, si estaba allí para cuidarla, si todos allí la atendían cuidadosamente. La señora no dudó en su respuesta: porque aquí no me quiere nadie.

La verdadera angustia que atenazaba los últimos días de vida de la anciana, a la que su único hijo no iba a visitar, era la de sentirse aislada, sola y no querida. La señora esperaba que la quisieran, esperaba cuidados. Y la enfermera respondió con gesto de asco: no, claro que no la quiero, dijo, no tengo ninguna obligación de quererla. Lo que el hospital podía proporcionarle no era compañía, integración social ni cariño. Era una atención medicalizada, basada en la intervención tecnocientífica.

Por supuesto, en la muerte rural tradicional, las relaciones que predominaban en la atención a los moribundos y enfermos eran de cuidado –o su contrario, de des-cuidado, pero siguiendo esta lógica- y si había intervención médica era mínima, rara. Esto provocaba de hecho otro tipo de tensiones en las que no voy a entrar aquí, y generaba otros problemas que hoy hemos solucionado, como el nada desdeñable problema de controlar el dolor, el del control de la higiene y también la baja esperanza de vida.

El problema que se nos plantea hoy en día es el de que la atención medicalizada, basada en una racionalidad tecnocientífica (instrumental en el sentido de que opera con medios-fines, pero coherente con que el fin sea loable, como el restablecimiento de la salud) no puede sustituir siempre la relación de cuidado. Yendo un paso más allá, ¿puede un profesional ejercer una relación de cuidado, más allá de la lógica de la racionalidad tecnocientífica y/o la mercantilización? ¿Es posible profesionalizar el cuidado, al margen de estas racionalidades instrumentales? ¿Puede nuestro trabajo requerirnos una implicación emocional, como la de las cuidadoras de niños que acaban dando a los niños ajenos el amor que no pueden dar a los suyos, que las esperan en guarderías?⁹

El cuidado no implica clasificación ni manipulación necesariamente. A veces es un “hacerse cargo” moral, un “ocuparse” de alguien. ¿Cómo pueden afrontar esta demanda los estados de bienestar en los que, con justicia, las mujeres –tradicionales responsables del cuidado- han entrado a formar parte del mercado laboral? Un primer paso es tener en cuenta que esta demanda existe en estos términos; alguna solución propuesta pasa por el diseño de equipos de atención integral a personas en situación de final de vida, en los que se las atiende tanto a ellas como a sus personas cercanas, y tanto desde un punto de vista médico como psicológico, social o de la terapia ocupacional. Estos equipos suelen incluir la posibilidad de que voluntarios colaboren con ellos. El voluntariado puede muy bien ejercer el cuidado, porque precisamente su voluntariedad le proporciona una disposición a mostrarse afectivo,

⁹ Para un análisis preciso de los tipos de injusticias que aparecen en las denominadas “cadenas de cuidados”, véase el artículo de F.J. Gil Martín y T. Palacio Ricondo (2012). Rodotà habla de una “mercantilización” del cuidado tras la incorporación de la mujer al mercado laboral (Rodotà, 2010, pág. 256). Para una defensa de los valores éticos asociados al cuidado desde una perspectiva feminista, véase Held (2006).

respondiendo a necesidades que a veces consisten solamente en un acompañamiento. Sin embargo, el voluntariado no puede constituir una solución al problema, aunque desde luego puede ser un apoyo muy bueno.

Una frustración que puede derivar de la aplicación de la lógica tecnocientífica al tratamiento del final de la vida es que medicalizar al moribundo es algo que está llamado al “fracaso”, porque al final la persona muere. Muchas tensiones que refleja el personal sanitario proceden de aquí: están preparados para *hacer* algo que *resuelva* un desajuste en un organismo; pero, ¿y si lo que requiere el paciente es un mero cuidado, entendido como relación de apoyo moral, inclinación afectiva y unas pocas atenciones relativas a la comodidad física? ¿Está el personal sanitario preparado para no hacer casi nada, solamente para estar ahí y proporcionar apoyo, para intervenir sólo si se le llama?

4. Conclusión

Los espacios urbanos, en resumen, tienden a ser menos comunitarios –las propias dimensiones de la ciudad y sus dinámicas internas favorecen el anonimato- que los antiguos espacios rurales. Y las sociedades en las que aún no se ha implantado plenamente el modelo urbano poseen rasgos más comunitarios que aquellas totalmente urbanas. Esto afecta al modo de experimentar y afrontar la muerte de una manera decisiva, porque se diluye el apoyo colectivo, cristalizado en forma de rituales compartidos con significado común, de una narrativa compartida que contribuye a proporcionar significado e incluso a dar un lugar a los ya fallecidos (como el caso de las “parroquias de los muertos” gallegas, de las que pasarían a formar parte los difuntos) y también porque con mucha frecuencia el cuidado tradicional, poco experto pero afectuoso, se sustituye por una atención sanitaria eficiente pero no afectuosa, lo cual genera otros problemas, aunque no soledad.

Lo que nos sugería la historia del “niño ateo” mencionada más arriba era, entre otras cosas, que ciertos relatos tradicionales –allí se mencionaba el religioso, pero hay otros- han perdido su significado incluso para muchos que siguen transmitiéndolos. Ocurre lo mismo con los ritos, tal y como constata Norbert Elias. También nos sugería que el discurso que pretende elevarse como sustitutivo, el científico, deja lagunas obvias en cuanto a significado, narrativa compartida, y mucho más en el caso de los ritos. Una razón básica es que el discurso científico incluye la jerarquía expertos / legos, lo cual provoca una relación asimétrica en el caso de la aplicación al ser humano, la medicina. Será difícil que los legos (e incluso los expertos lo son sólo en un campo muy pequeño, por lo que son legos en el resto de disciplinas) hagan suyo un discurso en el que apenas encuentran sentido porque les cuesta entenderlo y porque además no es narrativo.

Es cierto que las narrativas tradicionales también tenían sus “expertos” y no estaban exentas de jerarquías. Sin embargo, hay una diferencia decisiva: el experto-médico denomina, clasifica y manipula el cuerpo del lego-paciente. Apenas si ha comenzado una reflexión sobre cómo la autonomía del paciente puede paliar esta relación de

poder que se impone, incluso aunque –y a pesar de que- la intención del médico es buena –beneficencia. Y digo que sólo ha empezado porque la mayoría de los usuarios españoles de los servicios sanitarios sigue pensando que el consentimiento informado sirve para que el médico se lave las manos en cuanto a su responsabilidad para con su acción sobre el cuerpo del paciente (Bueno y Herrera, 2001).

Así, lo que un día fue una liberación, salir del mundo rural, nos hace cargar con nuevos yugos. Nos ha vuelto más independientes, lo cual nos ha dado mayor sensación de libertad, pero nos ha hecho sentirnos más solos, y esto se agrava a la hora de afrontar la muerte, que se ha convertido en algo de cada uno, y cada uno tiene miedo en soledad, así que trata de ocultársela incluso a sí mismo. Los procesos de emancipación nos han liberado, a las mujeres, de parte de nuestras obligaciones de cuidado, pero esto no ha terminado con la demanda de cuidado. Y su sustituto medicalizado, mucho más higiénico, que ha permitido controlar el dolor y alargar la vida (junto con unas mejores condiciones alimentarias y mejor calidad de vida), ha generado nuevas relaciones de poder y control impensables hasta entonces. No obstante, en paralelo con los nuevos yugos se han ido desarrollando nuevos planteamientos y soluciones. Antes incluso de que Ariès publicase su obra clave, en la que determinó con tanta precisión ciertos rasgos del modo contemporáneo de lidiar con la muerte, la doctora Kübler-Ross ya se había adelantado detectando el problema y ensayando con éxito una posible solución. Sin duda su trabajo debe entenderse en el contexto de los años 60, cuando confluyeron críticas revolucionarias hacia la ciencia, la racionalidad tecnocientífica y sus excesos. Cualquier nueva lectura, crítica o interpretación sólo puede hacerse ya desde dentro de ese contexto cultural, de fuerte implantación de dicha racionalidad, cuyas consecuencias van más allá de una mera manipulación y han dado lugar a una transformación de la muerte misma (lo cual genera, entre otros, problemas para determinar cuándo se puede certificar que una persona vive, porque algunas partes de su cuerpo mantienen sus funciones).

Sería fácil concluir con una defensa de la actitud tradicional, sin duda valiente (aunque seguramente por necesidad, y desde luego porque la dinámica social lo propiciaba) de afrontar la muerte, frente a nuestro cobarde mirar para otro lado. Pero, por un lado, las nuevas condiciones impuestas por la tecnociencia nos obligan a enfrentarnos a nuevos problemás éticos y actitudes y, por otro lado, ponerse de lado ante el sufrimiento que asumir la muerte puede generar no me parece en absoluto ilegítimo. Aun así, pienso que Heidegger tenía razón en algo que parece sugerir en el capítulo VI de *Ser y tiempo*, y es que asumir la finitud conlleva vivir la vida de una manera diferente. La finitud no significa sólo que la vida tenga un final, sino también que todos nuestros actos, todo lo que hacemos, lo que somos y lo que podemos llegar a hacer y a ser, poseen fuertes limitaciones. Esto no implica necesariamente esperanza –esperar que una salvación venga de algún lado- ni desesperanza –dejar de esperar cualquier salvación-, así como tampoco desilusión, pesimismo o desencanto. Es solamente una reflexión realista que deja a la voluntad la lucha contra la nada.

Bibliografía

- Arendt, Hannah (2000), *Rahel Varnhagen: vida de una mujer judía*, Barcelona, Lumen.
- Ariès, Philippe (2011), *El hombre ante la muerte*, Madrid, Tecnos.
- BAAS Arquitectes (2011), “Proyecto: Tanatorio de León”, en *Guía de arquitectura contemporánea de León (España)*. URL: <http://www.promateriales.com/pdf/pm0908.pdf>, consultada el 6 de noviembre de 2012.
- Bueno, Noelia, Herrera, Asunción (2011), “La autonomía en la bioética actual: fundamento teórico y estudio práctico de la situación en España”, en Díaz García, Irene, Muñoz van den Eyden, Ana (ed.), *Participación y cultura científica en contexto internacional*, Madrid, Los libros de la Catarata, págs. 251-274
- Elias, Norbert (1982), *Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen*, Frankfurt am Main, Suhrkamp.
- Kübler-Ross, Elizabeth (1975), *Sobre la muerte y los moribundos*, Barcelona, Grijalbo.
- Gil Martín, Francisco Javier y Palacio Ricondo, Tamara (2012), “Daños morales e injusticias sociales en las cadenas mundiales de cuidados”, *Dilemata*, año 4, nº 10, págs. 151-171.
- Gondar Portasany, Marcial (1987), *A morte*, A Coruña, Museo do Pobo Galego.
- Gondar Portasany, Marcial (1989), *Romeiros do alén. Antropoloxía da morte en Galicia*, Vigo, Ediciois Xerais de Galicia.
- Heidegger, Martin (2006), *Ser y tiempo*, Madrid, Trotta.
- Held, Virginia (2006), *The Ethics of Care: Personal, Political and Global*, New York, Oxford University Press.
- Hoggart, Keith; Paniagua, Angl (2011), “The restructuring of rural Spain?”, *Journal of Rural Studies*, 17, págs. 63-80.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Lisón Tolosana, Carmelo (1986), “Aspectos del ethos y pathos de la comunidad rural I”, en Lisón Tolosana, Carmelo, *Antropología social: reflexiones incidentales*, Madrid, Siglo XXI.
- Lisón Tolosana, Carmelo (2009), *Antropología cultural de Galicia*, Madrid, Akal.
- Ministerio de Sanidad y Política Social de España (2009), *Unidad de cuidados paliativos. Estándares y recomendaciones*, Madrid, Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social.
- “National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. Executive summary”, *J Palliat Med*, 7, 2004, págs. 611-627.
- Rodotà, Stefano (2010), *La vida y las reglas. Entre el derecho y el no derecho*, Madrid, Trotta.
- Sanchis Mira, Clara (2007), “El niño ateo”, *La Vanguardia*, jueves 24 de mayo de 2007.
- Schumacher, Bernard N. (2011), *Death and Mortality in Contemporary Philosophy*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Simmel, Georg (1903), “Die Grossstadt. Vorträge und Aufsätze zur Städteausstellung”, Dresden, *Jahrbuch*

der Gehe-Stiftung Dresden, hrsg. von Th. Petermann, Band 9.

Singer, Peter (1995), *Rethinking Life and Death: The Collapse of Our Traditional Values*, New York, St. Martin's Griffin Press.

Thomas, Louis-Vincent (1983), *Antropología de la muerte*, México, Fondo de Cultura Económica.

Tronto, Joan (1993), *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethics of Care*, New York, Routledge.