

Facing the end: A survey of medical students on medical decisions in terminal situations

Enfrentando el final: Encuesta a estudiantes de Medicina ante decisiones médicas frente a situaciones terminales

Ana Margarita Graz¹ ✉, Daniel Coso¹ ✉

¹Universidad Abierta Interamericana, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina. Buenos Aires, Argentina.

Received: 21-10-2024

Revised: 19-01-2025

Accepted: 19-04-2025

Published: 20-04-2025

How to Cite: Graz AM, Coso D. Facing the end: A survey of medical students on medical decisions in terminal situations. Interamerican Journal of Health Sciences. 2025; 5:228. <https://doi.org/10.59471/ijhsc2025228>

Corresponding author: Ana Margarita Graz ✉

ABSTRACT

Introduction: medical decisions concerning the end of life (EOL) are frequently made in our environment. Paradoxically, the topic of death and its circumstances is not developed in the undergraduate and graduate training of Medicine in Argentine universities. The objectives of this study was to know if advanced students of Medicine (EAM), when they become doctors, will agree that people can decide when to end their life in the face of a terminal illness, with a progressive and fatal evolution.

Method: descriptive observational cross-sectional study in survey format through Google form to EAM [(regular 5th and 6th year students of Medicine from the Faculties of Medicine of the Interamerican University (UAI) and the University of Buenos Aires (UBA)], who signed the informed consent. Demographic information was obtained. The opinion regarding the hypothetical scenario of the voluntary request of a patient suffering from a terminal illness to end their life was questioned; Argentina; degree of knowledge of the concepts of “Euthanasia” and “Dignified death” (Law 26742) and relate the responses to demographic and religious factors.

Results: 101 students answered, mostly Argentinian, with an average age of 27 years and who mostly professed the Christian religion. Approximately half responded that they had a loved one with a terminal illness, with a progressive and fatal evolution. Regarding the question if they agreed that people, faced with a voluntary request, or faced with the impossibility of expressing themselves (involuntarily) through a family member, can decide about when to die in the face of a terminal illness, with a progressive evolution and fatal, if there is legislation that protects the doctor’s actions, the majority (87,1 %) responded affirmatively. Regarding the question if they would agree that in Argentina there is a Law that regulates this type of clinical situations that protect the will of the patient and the doctor’s actions, they also responded affirmatively (93,1 %). Finally, when asked if they knew the difference between the terms “Euthanasia” and “Death with dignity”, the latter defined in Law 26742, the vast majority of students responded affirmatively (85,15 %). Relating the variables to each other, for question A, a lower affirmative response was observed in non-Argentines and a higher affirmative response in UBA students ($p < 0,00001$). Greater affirmative responses were observed for questions B and C if they reported being atheists/agnostics compared to other religions ($p < 0,00001$). A greater negative response was observed for question D if they reported being atheists/agnostics ($p < 0,0001$).

Conclusion: a survey of 101 students from the last two years of the Medicine Degree at the UAI and UBA, asked them about their position on DFV. As to whether they agreed that people, faced with a voluntary request, or when unable to express themselves (involuntary) through a family member, can decide when to die in the face of a terminal illness, with progressive and fatal evolution, if there is legislation that supports the actions of the doctor, the majority (87,1 %) answered affirmatively. As to whether they would agree that in Argentina there is a Law that regulates this type of clinical situations that protects the will of the patient and the actions of the doctor, they also answered affirmatively (93,1 %). A greater affirmative response was observed if they reported being atheists/

agnostics compared to other religions ($p < 0,00001$). They knew the difference between the terms “Euthanasia” and “Dignified Death” according to Law 26742, the vast majority (85,15 %).

KEYWORDS

Euthanasia; Physician-Assisted Suicide; Students; School of Medicine; Survey.

RESUMEN

Introducción: las decisiones médicas concernientes al final de la vida (DFV) son realizadas de manera frecuente en nuestro medio. Paradójicamente el tema de la muerte y sus circunstancias no es desarrollado en la formación de pregrado y postgrado de Medicina de las universidades argentinas. El objetivo de este estudio fue conocer si los estudiantes avanzados de Medicina (EAM), cuando sean médicos, estarán de acuerdo que las personas puedan decidir acerca de cuándo poner fin a su vida frente a una enfermedad terminal, de evolución progresiva y fatal.

Método: estudio descriptivo observacional de corte transversal de formato encuesta a través de formulario Google a EAM [(alumnos regulares de 5° y 6° año de Medicina de las Facultades de Medicina de la Universidad Interamericana (UAI) y de la Universidad de Buenos Aires (UBA)], que firmaron el consentimiento informado. Se obtuvo información demográfica. Se interrogó acerca de la opinión frente al hipotético escenario del pedido voluntario de un paciente de finalizar con su vida que padezca una enfermedad terminal; necesidad de una legislación que contemple esta problemática en Argentina; grado de conocimiento de los conceptos de “Eutanasia” y “Muerte digna” (Ley 26742) y relacionar las respuestas con factores demográficos y religiosos.

Resultados: respondieron 101 alumnos, en su mayoría argentinos, con mediada de edad de 27 años y que profesaban en su mayoría la religión cristiana. Aproximadamente por mitades respondieron que tuvieron a un ser querido en una enfermedad terminal, de evolución progresiva y fatal. En cuanto a la pregunta si estaban de acuerdo de que las personas ante un pedido voluntario, o ante la imposibilidad de manifestarse (involuntario) hacerlo a través de un familiar, puedan decidir acerca de cuándo morir frente a una enfermedad terminal, de evolución progresiva y fatal, en caso de existir una Legislación que ampare el accionar del médico, la mayoría (87,1 %) respondieron afirmativamente. En cuanto a la pregunta si estarían de acuerdo que en la Argentina exista una Ley que regule este tipo de situaciones clínicas que amparen la voluntad del paciente y el accionar médico, también respondieron afirmativamente (93,1 %). Por último, ante la pregunta si conocían la diferencia entre los términos “Eutanasia” y “Muerte digna”, ésta última definida en la Ley 26742, los alumnos respondieron afirmativamente en su gran mayoría (85,15 %). Relacionando las variables entre sí, se observaron para la pregunta A menor respuesta afirmativa en los no-argentinos y mayor respuesta afirmativa en los alumnos de la UBA ($p < 0,00001$). Se observaron mayores respuestas afirmativas para las preguntas B y C si referían ser ateos/agnósticos en comparación a las otras religiones ($p < 0,00001$). Se observó mayor respuesta negativa para la pregunta D si referían ser ateos/agnósticos ($p < 0,0001$).

Conclusión: una encuesta realizada a 101 alumnos de los últimos dos años de la Carrera Medicina de la UAI y de la UBA, se les preguntó acerca de su posición ante DFV. En cuanto a si estaban de acuerdo de que las personas ante un pedido voluntario, o ante la imposibilidad de manifestarse (involuntario) hacerlo a través de un familiar, puedan decidir acerca de cuándo morir frente a una enfermedad terminal, de evolución progresiva y fatal, en caso de existir una Legislación que ampare el accionar del médico, la mayoría (87,1 %) respondieron afirmativamente. En cuanto a si estarían de acuerdo que en la Argentina exista una

Ley que regule este tipo de situaciones clínicas que amparen la voluntad del paciente y el accionar médico, también respondieron afirmativamente (93,1 %). Se observó mayor respuesta afirmativa si referían ser ateos/agnósticos en comparación a las otras religiones ($p < 0,00001$). Conocían la diferencia entre los términos “Eutanasia” y “Muerte digna” por Ley 26742, en su gran mayoría (85,15 %).

PALABRAS CLAVE

Eutanasia; Suicidio Asistido por el Médico; Estudiantes; Encuesta; Muerte Digna.

INTRODUCCIÓN

La valoración de las situaciones eutanásicas siempre deberá sopesar entre el derecho a morir dignamente y el bien supremo de la vida.⁽⁵⁾ Los principios éticos de los defensores de la eutanasia se basan en cuatro argumentos principales: a) las personas tienen derecho a la autodeterminación y elegir su destino; b) ayudar a un sujeto a morir podría ser una mejor opción que requerir que continúen sufriendo; c) la distinción entre la eutanasia pasiva,

a menudo permitida, y la eutanasia activa; d) permitir la eutanasia no conducirá, necesariamente, a consecuencias inaceptables.⁽¹⁰⁾

Con respecto a la legislación en los países en los que la eutanasia está aprobada legalmente, los juristas y médicos parecen estar de acuerdo en que sólo una situación de emergencia y sufrimiento sin perspectivas, justifica la eutanasia. En general, la decisión médica en los países que la reglamentan es colegiada. A pesar de ello, es el paciente quien solicita en forma actual, manifiesta, espontánea y autónoma su decisión. Esa autonomía del paciente, conformada por una voluntad libre, libertad de elección, intención y manifestación de voluntad fidedignas, distinguen a la eutanasia del homicidio. La eutanasia permite jurídicamente poner por encima del “interés en la preservación de la vida”, el “interés del paciente”.⁽⁷⁾ En muchos países europeos se ha legislado sobre la eutanasia (en general la activa), pronunciándose negativamente. Los países nórdicos de Europa son los más permisivos. Holanda fue el primer país del mundo en legalizar en 2002 la eutanasia, y a 2016 representando el 4 % del total de fallecimientos. También existe jurisprudencia que avala su práctica en la zona norte de Australia. Recientemente se aprobó en España, Portugal, Bélgica y Luxemburgo.^(11,12) En América, Canadá la aprobó en 2016. En Estados Unidos de Norteamérica fue famoso el caso del “Dr. Muerte” Jack Kevorkian que facilitó el suicidio asistido de 400 enfermos terminales con sus métodos de eutanasia directa de forma ilegal entre 1990 y 1998.⁽¹³⁾ En la actualidad los estados de Oregon, Washington, Vermont, California, Colorado, Hawaii, Nueva Jersey, Maine y Nueva México la autorizan. En Latinoamérica, la eutanasia está regulada en Uruguay por la Ley 18.473. En Colombia en 2015 se estableció la Ley que regula la eutanasia.⁽¹⁴⁾ La eutanasia en Perú expresamente no está permitida por el Código Penal.⁽¹⁵⁾ Ecuador y Cuba también tienen legislación positiva. En Argentina, se promulgó el 24 de mayo de 2012 la Ley 26,742, de “Muerte Digna” que legisla la eutanasia pasiva.⁽¹⁶⁾ Habilita a rechazar tratamientos que prolonguen artificialmente la vida de pacientes con cuadros terminales o irreversibles.⁽¹⁶⁾ El consentimiento podrá darlo el paciente o, si no estuviere en condiciones de hacerlo, sus familiares o representantes legales.⁽¹⁾ Internacionalmente, se cuenta con encuestas a médicos sobre sus acciones en un marco no regulado y regulado de las decisiones concernientes al final de la vida (DFV).^(17,18,19,20,21,22) Las posiciones religiosas sobre la eutanasia son variadas.^(23,24,25,26) En la Argentina solo existen tres encuestas: dos dirigidas a médicos (una de ellas desarrollada por el CONICET a profesionales de la salud), y otra realizada a la población general, hecha por la UBA. Dada la ausencia de un marco normativo legal actual en nuestro país, es interesante conocer la opinión de los futuros médicos en nuestro país sobre el tema.^(1,27,28) El 58 % de los médicos habían realizado eutanasia pasiva y 7 % activa.⁽¹⁾ En base a su creencia religiosa se observó diferencias en cuanto a la eutanasia pasiva (20 %) y activa (80 %).⁽¹⁾

Existen pocos países en el mundo, y menos aún en Latinoamérica, que tengan legislación sobre la eutanasia. Argentina tampoco la presenta, aunque sí cuenta con la Ley de Muerte Digna.⁽¹⁶⁾

La importancia de esta investigación es que carecemos de información acerca de esta temática en estudiantes avanzados de Medicina en nuestro país, que no han sido formados en el tema de la muerte y las decisiones concernientes al final de la vida (DFV) en el pregrado, y serán próximamente futuros médicos en ejercicio. El objetivo de este estudio fue conocer si los EAM, cuando sean médicos, estarán de acuerdo que las personas puedan decidir acerca de cuándo poner fin a su vida frente a una enfermedad terminal, de evolución progresiva y fatal. De manera específica, los objetivos fueron: describir la frecuencia de opinión de los EAM, frente al hipotético escenario de imaginarse ya médicos, ante el pedido voluntario de un paciente de finalizar con su vida que padezca una enfermedad terminal, sin tratamiento curativo, con evolución progresiva y fatal, que presente juicio de realidad conservado, con pleno ejercicio de sus facultades de autonomía e independencia, habiéndose descartado depresión, en caso de existir una Legislación que ampare el accionar del médico; conocer la opinión de los EAM a cerca de la necesidad de una legislación que contemple esta problemática en Argentina; evaluar el grado de conocimiento de los conceptos de “Eutanasia” y “Muerte digna” (Ley 26742); describir la frecuencia de experiencia previa de familiares o amigos que hayan pasado por las situaciones antes mencionadas y relacionar los resultados de las preguntas anteriores con los factores demográficos y religiosos.

MÉTODO

Estudio descriptivo observacional de corte transversal de formato encuesta a través de formulario Google.

Definición de estudiantes avanzados de Medicina (EAM): alumnos de 5° y 6° año de Medicina de las Facultades de Medicina de la Universidad Interamericana (UAI) y de la Universidad de Buenos Aires (UBA).

Se envió un formulario Google a 300 alumnos, a los EAM en la semana comprendida entre el 12/8/2024 y el 16/8/2024. La muestra no será de la totalidad de los EAM de ambas Universidades. Se estimó una tasa de respuesta del 25 %.

Los criterios de inclusión aceptados fueron alumnos regulares de la carrera Medicina de 5° y 6° año de las de las Facultades de Medicina de la Universidad Interamericana (UAI) y de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Todos firmaron electrónicamente antes de participar un consentimiento informado.

Se excluyeron a los alumnos que no aceptaron firmar el consentimiento informado.

Descripción operacional de las variables

Edad: se responderá a momento de realizar la encuesta.

Género: según figure en DNI de encuestado al momento de realizar la encuesta.

Lugar de estudio: el encuestado indicará según estudie en la UBA o UAI.

Año de la carrera: según las reglamentaciones de las citadas Universidades se especificará si es alumno regular de 5° o 6° año de la carrera de Medicina.

Religión: indicar si es ateo, agnóstico, cristiano no católico (evangelistas, protestantes, otras), cristianismo, judaísmo, islam, budismo, otras (especificar).

Nacionalidad: se define como tal el lugar de nacimiento.

Conocimiento de caso clínico en su entorno íntimo: se define al familiar, amigo o conocido de sus afectos que haya cursado o esté cursando una situación clínica similar a la que se plantea en este estudio.

Situación clínica en estudio: se definirá al paciente que padezca una enfermedad terminal, sin tratamiento curativo, con evolución progresiva y fatal, que presente juicio de realidad conservado, con pleno ejercicio de sus facultades de autonomía e independencia, habiéndose descartado depresión. Y ante esta situación que el paciente voluntariamente solicite ponerle fin a su vida.

Eutanasia: desde el punto de vista del accionar médico se la definirá cuando exista una provocación intencional del mismo que buscara la terminación de la vida del paciente (activa), suministrando directamente algún tipo de fármaco o realizando intervenciones cuyo objetivo es causar la muerte, a pedido del paciente (voluntaria), o de un familiar (involuntaria en caso que su situación clínica no lo permita manifestarlo).

Legislación regulatoria: promulgación de una ley nacional que reglamente la eutanasia.

Muerte digna: según definición Ley nacional 26742

Se realizó una búsqueda en bases de datos como MEDLINE, EMBASE, Cochrane, SciELO, hasta Junio de 2024, usando como palabras buscadoras en inglés “Euthanasia”, “Survey”, “Students”, “School of Medicine”, “Physician-assisted suicided”.

Análisis estadístico

Se tomarán las siguientes variables: edad, género, nacionalidad, lugar de estudio, año de carrera, religión, conocimiento de caso clínico en su entorno íntimo, eutanasia, legislación regulatoria

Se utilizarán pruebas estadísticas convencionales: para las variables cuantitativas si la distribución es gaussiana se utilizarán media y desvío estándar, si la distribución es no gaussiana se usarán mediana e intervalo de confianza 25 %-75 %. Para las variables categóricas se emplearán estadística frecuencial.⁽²⁹⁾ Se consideró significancia estadística valor de $p < 0,05$. Para realizar comparaciones entre variables categóricas se usó la prueba de Fisher.⁽²⁹⁾

RESULTADOS

Se envió el formulario Google con la encuesta a 300 direcciones de correo electrónico de alumnos de quinto y sexto año de la Carrera Medicina de la Universidad Abierta Interamericana y de Buenos Aires. Respondieron 101 alumnos (33,6 % tasa de respuesta).

Características demográficas de la muestra

La mediana de edad fue 27 años (RIQ 24-34, rango 22-57 años). La distribución etaria se aprecia en la figura 1. Se observó que, si bien la diferencias no fueron estadísticamente significativas, a mayor edad hubo una tendencia en cada cuartilo a menor respuesta afirmativa en cada una de las preguntas (tabla 1).

El 28,7 % fueron de género masculino ($n=29$) y 71,3 % de género femenino ($n=72$) (figura 2).

Pertenecía a la UAI el 66 % ($n=67$) de los alumnos y 34 % ($n=34$) a la UBA (figura 3). La mayoría de los alumnos que respondieron estaban en el sexto año de la carrera 65,3 % ($n=65$) y el resto en quinto 35,7 % ($n=36$) (figura 4).

Los alumnos refirieron como religión profesante la cristiana 56,4 % ($n=57$), ateos/agnósticos 21,8 % ($n=22$), judaísmo 0,99 % ($n=1$), otras 20,8 % ($n=21$) y no respondieron esta pregunta 12,8 % ($n=13$) (figura 5).

La nacionalidad argentina fue referida por 63,4 % ($n=64$) y no argentina 36,4 % ($n=37$) (figura 6).

Preguntas

En cuanto a la respuesta a la pregunta A: “¿Tiene o tuvo un ser querido que presente una enfermedad terminal, de evolución progresiva y fatal?”, fue afirmativa en 50,5 % ($n=51$), y negativa el 49,5 % ($n=50$) (figura 7).

En cuanto a la respuesta a la pregunta B: “¿Está de acuerdo de que las personas ante un pedido voluntario, o ante la imposibilidad de manifestarse (involuntario) hacerlo a través de un familiar, puedan decidir acerca de cuándo morir frente a una enfermedad terminal, de evolución progresiva y fatal, en caso de existir una Legislación que ampare el accionar del médico?”, fue afirmativa 87,1 % ($n=88$), no lo sabía 9,9 % ($n=10$) y negativa 3 % ($n=3$) (figura 8).

En cuanto a la pregunta C: “¿Estaría de acuerdo que en la Argentina exista una Ley que regule este tipo de situaciones clínicas que amparen la voluntad del paciente y el accionar médico?”, los alumnos respondieron afirmativamente 93,1 % (n=88), no lo sabía 9,9 % (n=10) y negativa 3 % (n=3) (figura 9).

En la pregunta D: “¿Conoce usted la diferencia entre los términos “Eutanasia” y “Muerte digna” definida en la Ley 26742?”, los alumnos respondieron afirmativamente el 85,15 % (n=86) y negativamente el 14,85 % (n=15) (figura 10).

Relaciones entre variables

Se relacionó las variables demográficas con las respuestas a las cuatro preguntas realizadas (figura 11).

Se observó diferencias estadísticamente significativas para la pregunta A según la nacionalidad (menor respuesta afirmativa en los no-argentinos) y la universidad de origen mayor respuesta afirmativa en los alumnos de la UBA (figura 11).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas para las preguntas B y C si referían ser ateos/agnósticos en cuanto a su respuesta significativa en comparación a las otras religiones (figura 11).

Llamativamente también se observó diferencias estadísticamente significativas para la pregunta D si referían ser ateos/agnósticos, pero en sentido negativo, aunque se observó un bajo grado de respuestas afirmativas (figura 11).

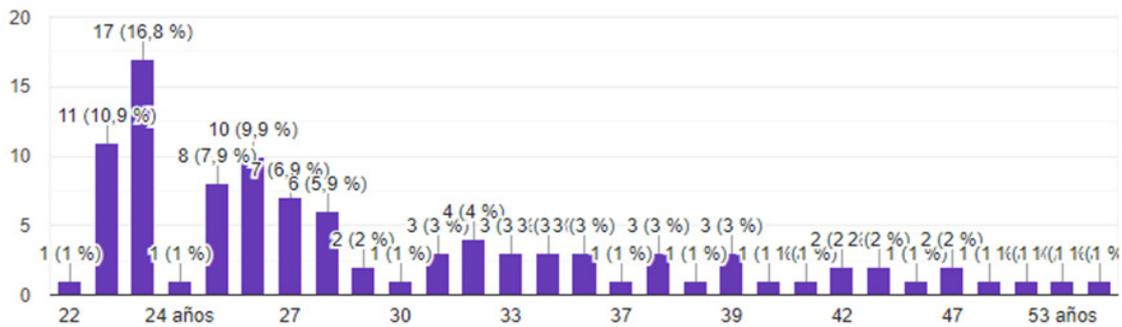


Figura 1. Datos demográficos: edad

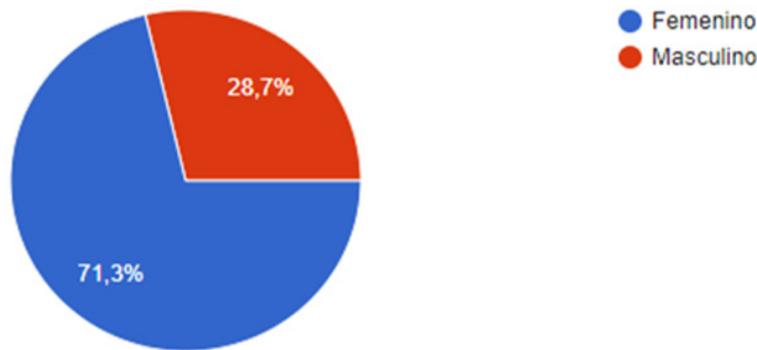


Figura 2. Datos demográficos: genero

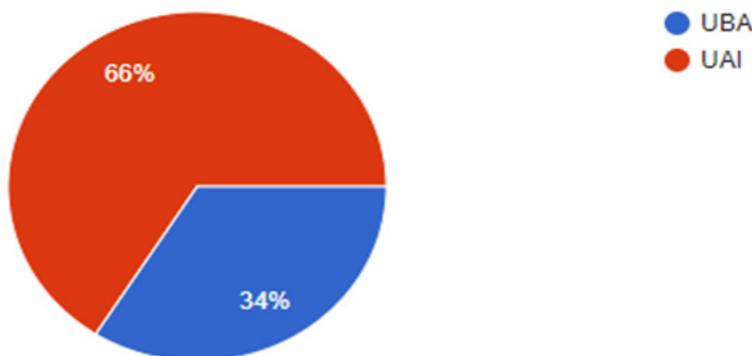


Figura 3. Lugar de estudio

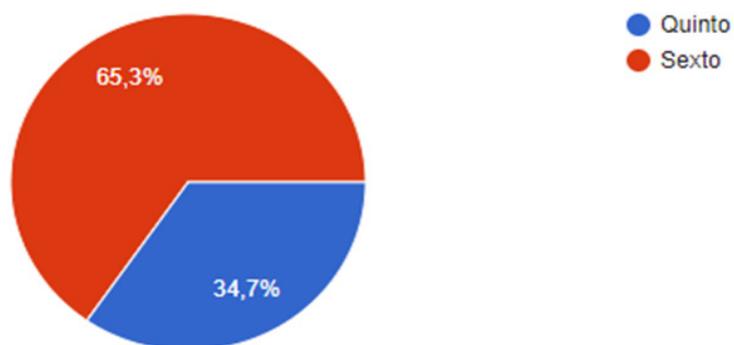


Figura 4. Carrera de medicina: año de curso

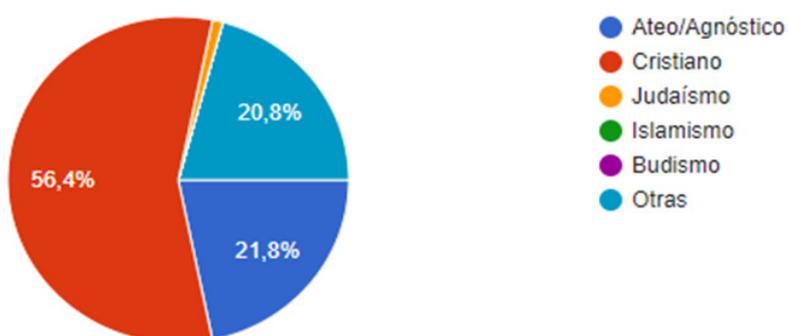


Figura 5. Religión que profesan los alumnos

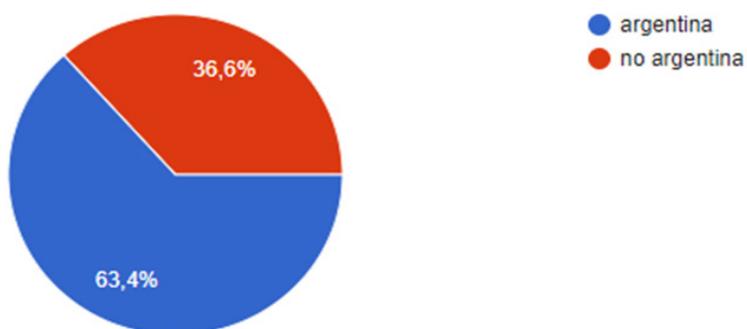


Figura 6. Nacionalidad del alumno

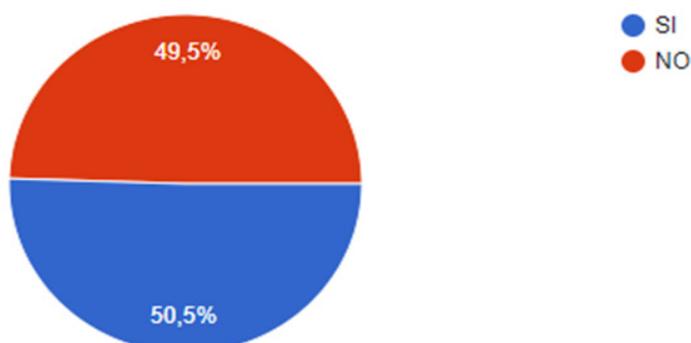


Figura 7. Pregunta A: ¿Tiene o tuvo un ser querido que presente una enfermedad terminal, de evolución progresiva y fatal?

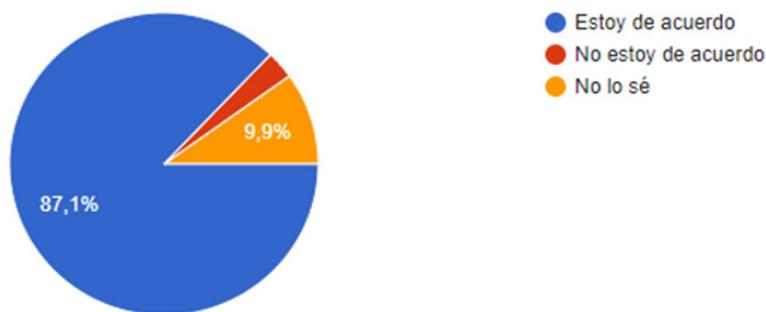


Figura 8. Pregunta B: ¿está de acuerdo de que las personas ante un pedido voluntario, o ante la imposibilidad de manifestarse (involuntario) hacerlo a través de un familiar, puedan decidir acerca de cuándo morir frente a una enfermedad terminal, de evolución progresiva y fatal, en caso de existir una legislación que ampare el accionar del médico?

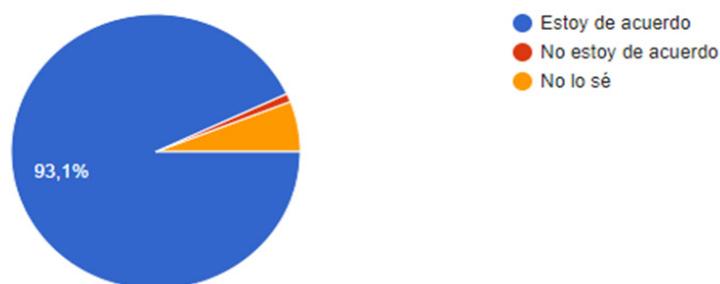


Figura 9. Pregunta C: ¿Estaría de acuerdo que en la Argentina exista una Ley que regule este tipo de situaciones clínicas que amparen la voluntad del paciente y el accionar médico?

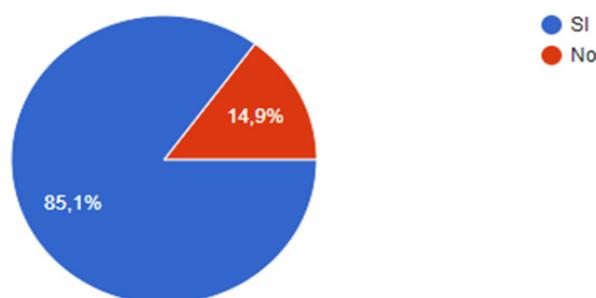


Figura 10. Pregunta D: ¿Conoce usted la diferencia entre los términos “¿Eutanasia” y “¿Muerte digna”, ésta última definida en la Ley 26742?

Tabla 1. Clasificación de Eutanasia

Según el accionar médico	
Eutanasia directa: cuando existe una provocación intencional del médico que busca la terminación de la vida del paciente. Esta a su vez posee dos formas:	Activa o positiva: se le considera activa o positiva (acción) cuando existe un despliegue médico para producir la muerte de una persona como suministrar directamente algún tipo de fármaco o realizando intervenciones cuyo objetivo es causar la muerte.
	Pasiva o negativa: es pasiva o negativa (omisión) cuando la muerte es producida por la omisión de tratamientos, medicamentos, terapias o alimentos. En este tipo de eutanasia, la actuación del médico es negativa pues su conducta es de «no hacer». En otras palabras, se culmina todo tipo de actividad terapéutica para prolongar la vida de una persona que se encuentre en fase terminal, pues se ha concluido que el tratamiento es inútil para el mejoramiento del paciente.

Según la voluntad del paciente	
Eutanasia indirecta: es la que se verifica cuando se origina sin la intención de causar la muerte del paciente. Según la definición de eutanasia la indirecta no lo sería pues uno de los elementos de esta práctica es la provocación intencional de la muerte. En todo caso, la indirecta se da como resultado de efectuar procedimientos médicos intensos, con intención terapéutica, que pueden producir la muerte	Voluntaria: es aquella en la cual es el paciente quien toma la decisión o por terceras personas obedeciendo los deseos que el paciente ha expresado con anterioridad en algún tipo de documento o grabación No voluntaria: ocurre cuando un tercero toma la decisión pues no es posible averiguar la voluntad del paciente por la imposibilidad de expresarla o porque este no ha dejado expresa su voluntad Involuntaria: sucede cuando un tercero toma la decisión pues no es posible averiguar la voluntad del paciente por la imposibilidad de expresarla, este no ha dejado expresa su voluntad y no se le consulta a los parientes

	Pregunta A	Pregunta B	Pregunta C	Pregunta D
<u>Edad</u>				
1er.cuartilo	47%	96,66%	100%	80%
2do.cuartilo	48,9%	92%	96%	92%
3er.cuartilo	49,7%	81,8%	90%	90,1%
4to.cuartilo	52,2%	79,1%	75%	83,33%
<u>Género</u>				
Femenino	50%	84,72%	91,66%	88,88%
Masculino	51,7%	93,1	96%,55	75,86%
<u>Religión</u>				
Cristiano	50%	84,2%	89,4%	85,9%
Ateo/agnóstico	51%	100%*	100%*	4.5%*
Otras	50%	80.9%	85,7%	80,9%
<u>Nacionalidad</u>				
argentina	51,6%	95,3%	98,4%	85,9%
no argentina	48,6%*	72,9%	83,7%	83,7%
<u>Facultad</u>				
UAI	41.11%	97%	100%	88,2%
UBA	54,54%*	81,8%	89,3%	83,3%
<u>Experiencia</u>				
previa	N/C	46%	49%	42%

Figura 11. Relaciones entre las variables demográficas y las preguntas realizadas con sus respuestas afirmativas

Notas: * $p < 0,00001$, el resto de las relaciones son $p = NS$

DISCUSIÓN

En una encuesta realizada a alumnos de los últimos dos años de la Carrera Medicina de la UAI y de la UBA, respondieron 101 alumnos, en su mayoría argentinos, con mediana de edad de 27 años y que profesaban en su mayoría la religión cristiana. Aproximadamente por mitades respondieron que tuvieron a un ser querido en una

enfermedad terminal, de evolución progresiva y fatal. Se observó menor respuesta afirmativa en los no-argentinos y mayor respuesta afirmativa en los alumnos de la UBA ($p < 0,00001$, figura 11). En cuanto a la pregunta si estaban de acuerdo de que las personas ante un pedido voluntario, o ante la imposibilidad de manifestarse (involuntario) hacerlo a través de un familiar, puedan decidir acerca de cuándo morir frente a una enfermedad terminal, de evolución progresiva y fatal, en caso de existir una Legislación que ampare el accionar del médico, la mayoría (87,1 %) respondieron afirmativamente. En cuanto a la pregunta si estarían de acuerdo que en la Argentina exista una Ley que regule este tipo de situaciones clínicas que amparen la voluntad del paciente y el accionar médico, también respondieron afirmativamente (93,1 %). Se observaron mayores respuestas afirmativas para ambas preguntas si referían ser ateos/agnósticos en comparación a las otras religiones ($p < 0,00001$, figura 11). Por último, ante la pregunta si conocían la diferencia entre los términos “Eutanasia” y “Muerte digna”, ésta última definida en la Ley 26742, los alumnos respondieron afirmativamente en su gran mayoría (85,15 %), observándose mayor respuesta negativa si referían ser ateos/agnósticos ($p < 0,0001$, figura 11).

En cuanto a la metodología utilizada, la tasa de respuesta a encuestas es en general entre 20 y 25 %, que era el porcentaje previsto inicialmente, pero se halló en este estudio 33,6 % de respondedores, dato que podría reflejar que el universo muestral (EAM) estuvo muy interesado en responder a la misma. La mayoría de los alumnos encuestados fueron argentinos (mediana de edad 27 años) y que profesaban en su mayoría la religión cristiana.

En nuestro país, existen publicados tres estudios acerca de las DFV.^(1,27,28) Una de las encuestas es a población general y las otras dos a profesionales de la salud.^(1,27,28) Por eso los resultados no pueden ser comparados, aunque si complementados. Uno de los aportes que hace este estudio, es que al momento no existen encuestas a alumnos avanzados de Medicina.

La idea de muerte forma parte de un conjunto de ideas y pensamientos sociales, amplios y heterogéneos que posee la cultura de un pueblo. Antropológicamente casi todas las culturas humanas han demostrado diferentes posturas como se dijo en Introducción, pero para nuestra cultura occidental con un modelo biológico y físico-mecánico, la idea de muerte es una de las más pobres desde el punto de vista antropológico.⁽⁴⁾

Hemos dicho que es preciso establecer dos valores éticos para tener en cuenta en relación a la muerte y sus conflictos: el valor de la vida humana, su autonomía y el valor de morir dignamente. Cuando el enfermo no está ante esta situación conflictiva, ninguna ética razonable encuentra dificultad en mantener y defender el valor de la vida humana. Pero toda vez que se presente una situación dificultosa, el principio de conflicto de valores ayuda a analizar metodológicamente esas situaciones cercanas a la muerte ya sea por ancianidad o por enfermedad.⁽⁵⁾

El valor de la vida humana es inviolable, no adquiere o pierde valor ético ante situaciones de aparente debilidad o descrédito (vejez, inutilidad social, etc.), y no puede ser instrumentalizada con otros fines distintos de ella como un valor social u otro personal del mismo paciente.⁽⁵⁾ Este valor es considerado fundamental para regular la legislación sobre el accionar médico frente a determinadas situaciones clínicas en algunos países como veremos más adelante.

La expresión ética morir dignamente u ortotanasia se refiere a la forma del morir. Fue usada por vez primera en 1973 en la “Declaración de los Derechos del Enfermo” realizada por la Asociación de los Hospitales Americanos. Esta supone una serie de requisitos como son la atención del enfermo con todos los medios modernos al alcance de la ciencia médica (incluye la administración de analgésicos que para calmar el dolor puedan abreviar la vida y pongan al enfermo en situación de inconciencia), liberar a la muerte del ocultamiento, evitar la privación al enfermo del morir como acción personal, favorecer la vivencia del misterio humano-religioso dándole la opción de asumir su propia muerte de hacerse la pregunta radical de su existencia, con lucidez aunque con dolores, o no.⁽⁵⁾ Eutanasia es todo tratamiento médico que suponga objetiva e intencionalmente, directa (por acción) o indirectamente (por omisión), el adelantamiento de la muerte (tabla 1).⁽⁵⁾ Muchos filósofos actuales entienden a la eutanasia como positiva o negativa, prefiriéndose a esta última llamarla de otra manera (adistanasia). La eutanasia puede ser clasificada en personal (opción del moribundo interesado o familiares), o legal (es la impuesta o tolerada por la ley).⁽⁵⁾ La valoración de las situaciones eutanásicas siempre deberá sopesar entre el derecho a morir dignamente y el bien supremo de la vida, principalmente en aquellas situaciones donde pueda haber arbitrariedad por parte de autoridad o técnico-médico, en la consideración utilitarista de la vida del hombre o el deshacerse de los ancianos o minusválidos.⁽⁵⁾ La distanasia es una palabra acuñada recientemente para describir las prácticas que alejan lo más posible la muerte utilizando medios no sólo ordinarios (reanimación cardiopulmonar), sino extraordinarios muy costos en sí mismo, o en relación a la situación socio-económica de la familia del enfermo. La realidad contraria a ella es la adistanasia, o antidistanasia, o eutanasia negativa llamada por algunos filósofos y eticistas. El principal valor a tener en cuenta para calificarla es la posible esperanza de recuperación mediante los procedimientos terapéuticos utilizables. Esta puede incluir situaciones como mantener con vida vegetativa a un paciente, hasta otro enfermo que para gozar de la vida humana plenamente, pero por corto tiempo y de manera precaria, se requiere tratamientos por encima de lo habitual. El planteo ético exigirá respetar la vida humana aplicando terapia distanáica o el derecho a morir dignamente (adistanasia).⁽⁵⁾ Sin embargo, la caracterización de una situación como distanáica es para enmarcar el afán desmesurado de prolongar la vida a costa de alargar indebidamente la vida del hombre más allá de lo que presumiblemente es el espacio de la libertad humana (criterio de muerte digna).

Siguiendo en la ejemplificación de situaciones adistanásicas están las vidas mantenidas en forma vegetativa, de las cuales hay dos casos en la opinión pública recordados (Tony Bland en Inglaterra y Kylian en Estados Unidos de Norteamérica).⁽⁵⁾

Desde una visión histórica, la eutanasia, en el sentido de la deliberada aceleración de la muerte de una persona, fue apoyada por Sócrates, Platón y Séneca el Viejo en el mundo antiguo. La cicuta se empleó en la isla de Ceos como un medio para acelerar la muerte; técnica que también se empleaba en Marsella. Aunque parece que Hipócrates había hablado en contra de la práctica, cuando escribió: «no prescribiré una droga mortal para complacer a alguien, ni dar consejos que puedan causar su muerte», lo que indica que pudo haber un cierto debate en la literatura sobre si se pretendía o no incluir la eutanasia.⁽⁷⁾ El primer uso aparente del término pertenece al historiador Suetonio, quien describió cómo el emperador Augusto (63-14 a. C.), «muriendo rápidamente y sin sufrir en los brazos de su esposa, Livia, experimentó la “eutanasia” que había deseado».⁽⁸⁾ Luego para los romanos significó, “muerte sin dolor”, y para la doctrina estoica de Epicteto y Marco Aurelio, se sintetizó con la frase del primero: “...es preferible quitarse la vida a una vida sin sentido y con sufrimiento...”.⁽⁸⁾ Más tarde la religión judeo-cristiana realzó el sentido de la muerte, considerándola de Dios al igual que la vida, y entonces cualquier intervención para destruirla, es tomada contra la voluntad divina, y que cambia y altera el orden de Dios sagrado (por ejemplo: homicidio, suicidio). Más adelante en el siglo XVI con el Renacimiento, Francis Bacon (1561-1626), considerado el padre de la ciencia experimental, lo utilizó en un contexto médico. Afirmó en el *Novum Organum* que: “...compete al médico proporcionar la salud y suavizar las penas y los dolores no solamente cuando ese suavizamiento pueda llevar a la curación, sino cuando pueda servir para procurar la muerte tranquila y fácil...”. Bacon se refería a una eutanasia «externa», el término «externa» era usado para distinguir un concepto espiritual; la eutanasia a la cual refiere Bacon es «a la preparación del alma».⁽⁹⁾ En su trabajo *Eutanasia médica* eligió esta antigua palabra griega y, al hacer esto, distinguió entre eutanasia interior o la preparación del alma para la muerte, y eutanasia exterior que pretendía hacer el fin de la vida más llevadero e indoloro, y en excepcionales circunstancias acortando la vida.⁽⁹⁾ Como ya se comentó más arriba fue en la *Utopía* de Tomás Moro (1478-1535) en el *Diálogo del Consuelo* donde se encuentra el concepto médico y moral de la eutanasia por primera vez utilizado: “... es inútil, por tanto, obstinarse en dejarse devorar por más tiempo por el mal y la infección que le corroen. Y puesto que la vida es un puro tormento, no debe dudar en aceptar la muerte...Será una muestra de sabiduría seguir estos consejos.... Pero el que se quita la vida por motivos no aprobados por los sacerdotes y el senado, no es juzgado digno de ser inhumado o incinerado...”.⁽⁶⁾ Tomás Moro advierte de la serie de requisitos que debe cumplirse con un paciente: enfermedad intolerable e incurable, libertad de la persona, opinión moral de los religiosos y círculo social.⁽⁶⁾ El concepto de eutanasia en el sentido de aliviar el proceso de la muerte también fue tomado por Karl Friedrich Heinrich Marx (1796-1877) quien se basó en las ideas filosóficas de Bacon.⁽¹¹⁾ Según Marx, un médico tenía el deber moral de aliviar el sufrimiento de la muerte mediante el aliento, el apoyo y la mitigación mediante el uso de medicamentos.⁽¹¹⁾ Tal «alivio de la muerte» reflejó el espíritu de la época de la cual fue contemporáneo, pero Marx lo colocó en el canon de la responsabilidad la distinción entre el cuidado teológico del alma de las personas enfermas desde el cuidado físico y el tratamiento médico por parte de los galenos.⁽¹¹⁾ Otras culturas han adoptado diferentes enfoques: por ejemplo, en Japón el harakiri, no ha sido considerado tradicionalmente como pecado, ya que se usa en casos de honor y, en consecuencia, las percepciones de la eutanasia son diferentes a de las de otras partes del mundo.⁽¹²⁾ A mediados del siglo XIX surgió el uso de la morfina para tratar «los dolores de la muerte». En 1848 el cirujano estadounidense John Collins Warren recomendó su empleo. En 1866, el médico británico Joseph Bullar reveló una utilización similar para el cloroformo. Sin embargo, ninguno de los dos recomendaba que la ocupación de este fármaco debería ser para acelerar la muerte. En 1870, el inglés Samuel Williams inició el debate sobre la eutanasia contemporánea a través de un discurso en el Birmingham Speculative Club, una sociedad cuyos miembros eran filósofos aficionados que recopilaba sus trabajos.⁽¹³⁾ La propuesta de Williams fue usar cloroformo para acelerar deliberadamente la muerte de pacientes con enfermedades terminales.⁽¹³⁾ En la década del 30 del siglo XX el concepto de eutanasia se pone de moda a raíz de los experimentos nazis durante la Segunda Guerra Mundial, y es indicio del poderío técnico-médico y de la institucionalización aceptada del médico y su intervención en el final de la vida humana.⁽⁸⁾ La eutanasia social estuvo propiciada por movimientos racistas sociales que han producido durante la Segunda Guerra Mundial de los exterminios masivos más aberrantes de la historia del hombre como fue de los nazis contra el pueblo judío principalmente.⁽⁸⁾ Nietzsche reclamaba la eutanasia para “los parásitos de la sociedad para que esos enfermos a los que ni siquiera conviene vivir más tiempo pues vegetan indignamente sin noción del porvenir...” referido a los niños discapacitados, enfermos mentales, incurables, o pertenecientes a “razas inferiores”.⁽³⁰⁾ En 1939 Adolf Hitler firmó una «nota de eutanasia» en la que autorizaba a su médico Karl Brandt y al Reichsleiter Philipp Bouhler a implementar el programa Aktion T4 (mediante el uso de gas letal), nombre que se le dió en la posguerra al asesinato en masa mediante la eutanasia involuntaria durante la Alemania nazi.⁽³¹⁾ Ciertos médicos alemanes fueron autorizados a seleccionar pacientes «considerados incurablemente enfermos, después del examen médico más crítico» y luego administrarles una «muerte por piedad».^(8,30,31) El uso del término «eutanasia» en el contexto del Aktion T4 se le considera un eufemismo para ocultar un programa

de genocidio, en el cual las personas fueron asesinadas por el régimen nazi.⁽³¹⁾ Después del final nominal del programa, los médicos en instalaciones alemanas y austríacas continuaron con muchas de las prácticas del Aktion T4, hasta la derrota de la Alemania en 1945. Los asesinatos tuvieron lugar desde septiembre de 1939 hasta el final de la guerra Mundial en 1945, y se estima que fueron entre 275 000 a 300 000 personas en varios centros de exterminio ubicados en hospitales psiquiátricos en Alemania y Austria, junto con los de la Polonia dominada, y los del Protectorado de Bohemia y Moravia (ahora República Checa).⁽³²⁾ Aproximadamente la mitad de los asesinados fueron tomados de los asilos de las iglesias, a menudo con la aprobación de las autoridades protestantes o católicas de esas instituciones.

De estos hechos radica la importancia de redefinir el término “Eutanasia” de una manera estrictamente científica ligada con la salud, dentro de los cuidados paliativos quitándole la connotación de violación a los derechos humanos histórica que lamentablemente ha tenido.

En este estudio, se interrogó sobre la experiencia previa de los alumnos que tuvieran a un ser querido en una enfermedad terminal, de evolución progresiva y fatal. La mitad contestó afirmativamente, observando menor respuesta afirmativa en los no-argentinos en comparación a los argentinos, y mayor respuesta afirmativa en los alumnos de la UBA ($p < 0,00001$, figura 11). En cuanto a la pregunta si estaban de acuerdo de que las personas ante un pedido voluntario, o ante la imposibilidad de manifestarse (involuntario) hacerlo a través de un familiar, puedan decidir acerca de cuándo morir frente a una enfermedad terminal, de evolución progresiva y fatal, en caso de existir una Legislación que ampare el accionar del médico, la mayoría (87,1 %) respondieron afirmativamente. Falcón y col. en 1996 en su encuesta a 172 médicos clínicos, intensivistas, cirujanos y pediatras de Buenos Aires y Gran Buenos Aires, encontraron que el 58 % de los médicos habían realizado eutanasia pasiva y 7 % activa.⁽¹⁾ Petcheny y col. en una encuesta realizada por el CONICET en los tres últimos años a 745 profesionales de salud que atienden pacientes graves, determinaron que el 45 % de los profesionales recibió pedido de información sobre eutanasia por parte de pacientes y el 53 % por parte de familiares de pacientes.⁽²⁷⁾ El 31 % de los profesionales recibió pedido de la práctica de eutanasia por parte de pacientes el 37 % por parte de familiares de pacientes.⁽²⁷⁾ Por otro lado, en la encuesta Nacional sobre las Creencias Sociales del Observatorio Pulsar de la UBA, sobre 1000 personas mayores de 18 años encuestadas, se observó que el 72 % de los encuestados están de acuerdo con que se permita a las personas tomar decisiones sobre su propia muerte en situaciones médicas extremas.⁽²⁸⁾ En otros países del mundo, las encuestas a profesionales de la salud, las opiniones de los médicos sobre la legalización de la eutanasia están divididas. Así lo muestra una encuesta realizada por el Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM: Instituto Nacional de Salud e Investigación Médica), efectuada en el 2003 que muestra que 45 % de los médicos de familia franceses, están a favor de una despenalización de la eutanasia equiparable al porcentaje obtenido en los Países Bajos.⁽³³⁾ Los autores del estudio informan que «los médicos más involucrados y cómodos con los cuidados paliativos y con el seguimiento al final de la vida son, a menudo, más hostiles a la legalización de la eutanasia», en comparación con «aquellos que se sienten incómodos con los pacientes al final de su vida». El mismo estudio apunta a una tendencia, particularmente entre los médicos que no han recibido capacitación específica, en técnicas como la reanimación o la sedación, equiparándolas con la eutanasia.⁽³³⁾ Meier et al. en 1996 en Estados Unidos de Norteamérica, enviaron 3102 cuestionarios por correo, contestándoles 1902 (61 % de respuesta).⁽³⁴⁾ La muestra incluía proporciones parejas de diferentes especialidades (geriatras, internistas, neurólogos, neumonólogos, infectólogos, cardiólogos y hematólogos). Bajo las condiciones legales actuales el 11 % hubieran acortado la vida administrando medicamentos y el 7 % inyectando sustancias letales.⁽³⁴⁾ Pero si ello fuera legal, lo hubieran hecho el 36 y 24 % respectivamente. El 18,3 % de los médicos recibieron pedidos de los pacientes de asistirlos en el suicidio el 11,1 % en pedirles una inyección letal. Por último, 16 % de los que recibieron dichos pedidos (3,3 % del total) afirmaron haber prescrito al menos un medicamento para acortar la vida en esa situación y el 4,7 % del total, haber administrado una inyección letal. Interesantemente de éstos, el 54 % no fue pedido expresamente por el paciente sino por su familia y tenían expectativas de vida a menos de 24 horas.⁽³⁴⁾ Otros estudios recibieron pedidos más frecuentemente de inyección letal, como el de Oregon encontró porcentajes más altos 7 % en 1995, 13,5 % en oncólogos de Nueva Inglaterra en 1994 y 18 % entre los oncólogos de Michigan en 1993.⁽³⁴⁾ Sin embargo, los porcentajes hallados de inyecciones letales cumplidas es mayor en este estudio al anteriormente comunicado (4 % en Michigan y 1,8 % en Nueva Inglaterra).⁽³⁴⁾ En la actualidad once estados norteamericanos han legalizado la muerte asistida por parte del médico. Este estudio también demuestra que no sólo los oncólogos reciben con frecuencia pedidos de fin de vida, sino casi todas las especialidades clínicas.⁽³⁴⁾ En un estudio de Back y col. sobre 828 médicos del estado de Washington, de 156 pedidos de suicidio asistido satisficieron 38, y de 58 de eutanasia 14.⁽³⁵⁾ En otra encuesta de los Estados Unidos de Norteamérica sobre enfermeras de cuidados intensivos, respondieron 1139 sobre 1600 (71%).⁽³⁶⁾ El 17% afirmaron haber recibido pedidos de familiares o pacientes de acortamiento de la vida, y 16% realizaron prácticas activas en tal sentido. El método más usado fue la administración de altas dosis de opioides a pacientes terminales. En un estudio australiano de enfermeras de 943 encuestadas, 218 afirmaron haber sido encargadas por el médico para realizar eutanasia y el 85% dice haber cumplido esas órdenes.⁽³⁶⁾ En ese país, en 2010, una encuesta a más de 10 000 médicos, encontró que el 16,3 % de los médicos consideraría suspender la terapia para mantener

la vida si la familia lo exige, incluso en la creencia de ser prematuro.⁽³⁷⁾ Aproximadamente 54,5 % no lo haría, y el 29,2 % restante respondió «depende». El estudio también encontró que el 45,8 % de los médicos estuvieron de acuerdo en que el suicidio asistido por un médico debería ser permitido en algunos casos, mientras que el 40,7 % no lo estuvo; y el 13,5 % restante sintió que dependía.⁽³⁷⁾ En el Reino Unido, el grupo en pro-suicidio asistido Dignity in Dying cita investigaciones contradictorias sobre las actitudes de los médicos hacia la muerte asistida; en la encuesta publicada en el 2009 sobre medicina paliativa la cual arroja que el 64 % de los encuestados apoya la muerte asistida en los casos en los cuales el paciente tiene una enfermedad incurable y dolorosa, mientras que el 34 % se opone.⁽²¹⁾ En un estudio de Lee y col., el 49 % de los médicos encuestados se opone a cambiar la ley para permitir la muerte asistida y el 39 % está a favor de tal cambio legal.⁽²²⁾ Falcón y col. han usado definiciones como las siguientes: eutanasia activa como la acción deliberada para terminar con la vida de un paciente a su pedido. Esta definición incluye el suicidio asistido definido como la facilitación al paciente de indicaciones y/o elementos para acabar con su vida.⁽¹⁾ Por otra parte, la eutanasia pasiva se la ha definido como la no prescripción de un tratamiento para prolongar la vida de un paciente, o la discontinuación de una terapéutica ya instalada que prolongaba su vida.⁽¹⁾ Como se puede observar, la definición de eutanasia pasiva es ambigua porque incluye situaciones tan disímiles como abstenerse de aplicar tratamientos inútiles ante la muerte inminente (distanasia), suspensión deliberada de hidratación o alimentos con el propósito de acortar su agonía (ortotanasia), o dejar morir deliberadamente a un paciente. Falcón y col. sobre 260 encuestas enviadas a clínicos, intensivistas, cirujanos y pediatras de Buenos Aires y Gran Buenos Aires, contestaron 172 (66 % de respuesta). El 58 % de los encuestados habían realizado eutanasia pasiva y el 7 % eutanasia activa.⁽¹⁾ La encuesta muestra una marcada diferencia de oposición en base a su posición religiosa en cuanto a la eutanasia pasiva (20 %) y activa (80 %).⁽¹⁾

Una preocupación siempre presente en los debates sobre eutanasia es el peligro que una legislación permisiva pudiere ser usada contra grupos socialmente marginados como los viejos y dementes. Debido a que este grupo además es marginado por la sociedad al no demostrar productividad económica, podría darse el caso que a través de una legislación que lo avale, se encubriría como eutanasia muertes innecesarias de pacientes graves. En el estudio de Falcon y col. menos de la mitad de los médicos relacionó vejez y demencia a la posibilidad del uso discriminatorio de la eutanasia.⁽¹⁾ En cuanto a la parte legal, los médicos argentinos encuestados relacionaron las DFV al principio de autonomía de las personas.⁽¹⁾ Preocupantemente en la encuesta no tienen en cuenta el diagnóstico de depresión como de las situaciones reversibles que pudieran alterar el juicio que tiene el paciente de su propia enfermedad. En cuanto al conocimiento legal en nuestro país, según el estudio de Falcón y col., los médicos que practicaron la eutanasia activa conocían su punibilidad, pero no ocurría lo mismo para los que ejercieron la eutanasia pasiva.⁽¹⁾ Dice A. Achával que para la ley argentina cualquier acción u omisión del médico que desembocare en la muerte del paciente es punible, aunque haya consentimiento escrito del paciente.⁽⁵⁾ Este planteo es abarcativo incluyendo el suicidio asistido, que para la doctrina jurídica es paralelo a las condiciones legales del suicidio en el que no se admite acuerdo respecto al mismo. Este principio se extiende a la eutanasia pasiva.⁽⁵⁾ Otra pregunta que se realizó en este estudio fue acerca si los alumnos estarían de acuerdo que en la Argentina exista una Ley que regule este tipo de situaciones clínicas que amparen la voluntad del paciente y el accionar médico, también respondieron afirmativamente (93,1 %). Interesantemente, también en el estudio de Petcheny y col. a 745 profesionales de salud encuestados, encontraron resultados similares (80 % de los encuestados estuvieron a favor de legislar y el 15 % en desacuerdo).⁽²⁷⁾

En el aspecto legal regulatorio es muy variada y heterogénea la situación mundial. Con respecto a la legislación en los países en los que la eutanasia está aprobada legalmente, los juristas y médicos parecen estar de acuerdo en que sólo una situación de emergencia y sufrimiento sin perspectivas justifica la eutanasia. Pero su demostración corre a cargo del médico, no cuando el paciente caracteriza su propia vivencia. El jurista abandona al médico el diagnóstico de situación, y el jurista la incorpora sin que medie una explicación jurídica. Esta decisión médica en los países que la reglamentan es colegiada. A pesar de ello, es el paciente quien solicita en forma actual, manifiesta, espontánea y autónoma su decisión. Esa autonomía del paciente, conformada por una voluntad libre, libertad de elección, intención y manifestación de voluntad fidedignas, distinguen a la eutanasia del homicidio. La eutanasia permite jurídicamente poner por encima del “interés en la preservación de la vida”, el “interés del paciente”.⁽¹⁴⁾ Ya se comentó en un estudio argentino que el 50 % de los médicos que practicaron la eutanasia activa excluyeron al paciente en la decisión, lo cual está de acuerdo a nuestra cultura médica que considera al paciente un sujeto pasivo, sometido a la decisión del médico todo-sapiente y todopoderoso.⁽¹⁾ En muchos países se ha legislado sobre la eutanasia, en general la activa, pronunciándose en general negativamente. Los países nórdicos de Europa son los más permisivos. Holanda fue el primer país del mundo en legalizar en 2002 la eutanasia y a 2016 la muerte por eutanasia representa el 4 % del total de fallecimientos. En Septiembre de 2024, se informó que en el año 2023, habían ocurrido 33 casos de eutanasia doble (66 personas) para aquellas parejas que lo solicitaron realizarla de manera conjunta.⁽³⁸⁾ Otros países de Europa la han legalizado como Bélgica, España y Luxemburgo. La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, adoptó el 21 de mayo de 1999, que la dignidad humana es una noción absoluta.⁽³⁹⁾ «La dignidad es inherente a la existencia de cada ser humano. Si su posesión se debiera a peculiaridades, habilidades o cualquier condición, la dignidad no sería ni igual ni universalmente peculiar para

todos los seres humanos. Por lo tanto, el ser humano está investido de dignidad a lo largo de su vida. El dolor, el sufrimiento o la debilidad no pueden privarlo de ella. La recomendación, por lo tanto, exige «consagrar y proteger el derecho de las personas terminalmente enfermas y moribundas a una gama completa de cuidados paliativos» y «mantener prohibición absoluta intencional de la vida de los pacientes incurables y moribundos».⁽³⁹⁾

La Sociedad Voluntaria de Legalización de la Eutanasia (actualmente denominada Dignity in Dying), fue fundada en 1935 por Charles Killick Millard en Gran Bretaña.⁽²¹⁾ En Enero de 1936, el rey Jorge V recibió una dosis fatal de morfina y cocaína para acelerar su muerte. En ese momento padecía de insuficiencia cardiorrespiratoria y la decisión de dar fin a su vida la tomó su médico lord Bertrand Dawson.⁽⁴⁰⁾ Aunque este evento fue mantenido en secreto durante más de cincuenta años, la muerte de Jorge V coincidió con la legislación propuesta en la Cámara de los Lores para legalizar la eutanasia.⁽⁴¹⁾ También existe jurisprudencia que avala su práctica en la zona norte de Australia y Nueva Zelanda. También existe jurisprudencia que avala su práctica en la zona norte de Australia y Nueva Zelanda. En los Estados Unidos de Norteamérica, de los cincuenta estados, en once está legalizada la ayuda médica para morir: Washington (2008), Vermont (2013), California, Washington DC y Colorado (2016), Hawai (2018), Nueva Jersey (2019), Montana y Maine (2020) y Nueva México y Oregón (2021), siendo los principales motivos que la justifican la pérdida de la dignidad y el temor a ser una carga para los demás.^(40,41) Entre los países sudamericanos, la eutanasia en Uruguay está regulada en la Ley 18.473 del Código Penal de Uruguay, también conocida como la ley de “voluntad anticipada” o “ley del buen morir”. La ley ya había sido llevada al Parlamento en el año 2009, siendo sancionada por la cámara de diputados. El proyecto reingreso a las salas parlamentares en el 2013, siendo esta vez aprobada bajo condiciones y reglamentación específica detallada en la ley.⁽⁴²⁾ El Código de Ética Médica (Ley 19.286) la limita.⁽⁴³⁾ La Ley determina, en su artículo 1º, que “toda persona mayor de edad y psíquicamente apta, en forma voluntaria, consciente y libre, tiene derecho a oponerse a la aplicación de tratamientos y procedimientos médicos, salvo que con ello afecte o pueda afectar la salud de terceros”. La normativa se expresa que la persona “tiene derecho de expresar anticipadamente su voluntad en el sentido de oponerse a la futura aplicación de tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen su vida en detrimento de la calidad de la misma, si se encontrare enferma de una patología terminal, incurable e irreversible”. Tal manifestación de voluntad, tendrá plena eficacia aun cuando la persona se encuentre “luego en estado de incapacidad legal o natural”. Si la persona se encuentra inconsciente y no ha establecido cómo quiere ser tratado en el último tramo de su vida, la Ley establece que “la suspensión de tratamientos o procedimientos será una decisión del cónyuge o concubino o, en su defecto, de los familiares en primer grado de consanguinidad”.⁽⁴³⁾ En Colombia según la Corte Constitucional, su Constitución protege la vida como un derecho además de incorporarla como un valor dentro del ordenamiento, y para asegurar el derecho a la vida el Estado y los ciudadanos tienen competencias y deberes con ésta.⁽¹⁴⁾ Sin embargo, el «Estado no puede pretender cumplir esa obligación desconociendo la autonomía y la dignidad de las propias personas. Por ello ha sido doctrina constante de esta Corporación que toda terapia debe contar con el consentimiento informado del paciente, quien puede entonces rehusar determinados tratamientos que objetivamente podrían prolongar la duración de su existencia biológica pero que él considera incompatibles con sus más hondas convicciones personales. Sólo el titular del derecho a la vida puede decidir hasta cuándo es ella deseable y compatible con la dignidad humana.⁽¹⁴⁾ La postura de la Corte frente a los enfermos terminales que experimentan intensos sufrimientos, también considera que el deber estatal de proteger la vida, «cede frente al consentimiento informado del paciente que desea morir en forma digna. Es en estos casos cuando el paciente terminal toma una decisión sobre cómo enfrentar la muerte, pues está informado y es consciente de que «no está optando entre la muerte y muchos años de vida plena, sino entre morir en condiciones que él escoge, o morir poco tiempo después en circunstancias dolorosas y que juzga indignas».⁽¹⁴⁾ El derecho a vivir dignamente implica, entonces, el derecho a morir en forma digna; condenar a una persona a prolongar por escaso tiempo su existencia, cuando es contrario a sus deseos y está padeciendo profundas aflicciones logra que la persona quede «reducida a un instrumento para la preservación de la vida como valor abstracto».⁽¹⁴⁾ «...Nada tan cruel como obligar a una persona a subsistir en medio de padecimientos oprobiosos, en nombre de creencias ajenas, así una inmensa mayoría de la población las estime intangibles».⁽¹⁴⁾ La eutanasia en el Perú está regulado en el Código Penal, donde en el artículo 112 sobre el Homicidio Píadoso, se puede apreciar: “El que, por piedad, mata a un enfermo incurable que le solicita de manera expresa y consciente para poner fin a sus intolerables dolores, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres años”.⁽¹⁵⁾ Además existe una regulación médica, la cual a la fecha genera muchas controversias.

En nuestro país la eutanasia activa está caracterizada como homicidio doloso (artículos 79,80 y 81 del Código Penal), y la facilitación para que el propio paciente acceda a medios que facilite su óbito, como instigación al suicidio (artículo 83 del Código Penal). En este estudio a los alumnos se les preguntó si conocían la diferencia entre los términos “Eutanasia” y “Muerte Digna”, ésta última definida en la Ley 26742, los alumnos respondieron afirmativamente en su gran mayoría (85,15 %). Como antecedentes se puede citar la publicación del Comité de Ética del Hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata de 1996 en la revista Medicina de Buenos Aires “Pautas para el retiro o la abstención del soporte vital en pacientes en situaciones clínicas irreversibles” como caso paradigmático de normatización en nuestro país de la eutanasia pasiva.⁽³⁾

En la provincia de Córdoba, se aprobó la Ley 10.058 “Declaración de voluntad anticipada muerte digna”, que tiene por objeto establecer, regular y garantizar el derecho que tiene cualquier persona -con plena capacidad de obrar- a decidir en forma anticipada su voluntad respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos o procedimientos médicos de encarnizamiento terapéutico que pretendan prolongar de manera indigna su vida.⁽⁴⁴⁾ Dicha norma previó también crear un Registro de Voluntades Anticipadas, cuyas principales funciones son: a) Inscribir y custodiar las Declaraciones de Voluntad Anticipada (DVA); b) Informar y asesorar a los ciudadanos y a los centros y profesionales sanitarios sobre los efectos y los requisitos de las DVA; c) Posibilitar el acceso y la consulta de las DVA inscritas, de manera ágil y rápida, por parte de los profesionales sanitarios encargados de la atención al paciente; d) Notificar fehacientemente al declarante de la recepción de su DVA.⁽⁴⁴⁾ El 9 de mayo de 2012, el Senado Argentino convirtió en ley un proyecto que habilita a rechazar tratamientos que prolonguen artificialmente la vida de pacientes con cuadros terminales o irreversibles (eutanasia pasiva), y es un reconocimiento implícito del derecho a morir con dignidad.⁽¹⁶⁾ El consentimiento podrá darlo el paciente (voluntaria) o, si no estuviere en condiciones de hacerlo, sus familiares o representantes legales (no voluntaria) (Tabla 1). Fue promulgada el 24 de mayo de 2012 como la Ley 26.742.⁽¹⁶⁾ Se la conoce como “Ley de la Muerte Digna”.⁽¹⁶⁾ A nivel nacional, el nuevo Código Civil, que entró en vigencia el 1 de agosto de 2015, prevé en sus artículos 59 inciso g y 60 la posibilidad de expresar directivas de voluntad anticipadas en este sentido. La necesidad de legislar sobre la eutanasia no implica la aceptación de la misma. La incorporación al Pacto de San José de Costa Rica al igual que la Declaración Universal de los Derechos Humanos otorga al derecho a la vida como el primero de todos los derechos humanos y condición para todos los demás.⁽¹⁶⁾ Estos derechos no son obstáculos para las decisiones de final de vida que no implica la eliminación de personas directa o indirectamente.⁽¹⁶⁾

Pero los pacientes y sus familiares que están pasando por situaciones clínicas de las arriba descritas también se han organizado y expresado su posición. En Europa existen muchas asociaciones no gubernamentales por el derecho a morir dignamente entre ellas: Exit (que ahora se llama Asociaciones para una muerte digna), Asociación pro eutanasia voluntaria, Asociación Francesa para el Derecho de morir dignamente. Un caso paradigmático en Estados Unidos de Norteamérica fue el caso del “Dr. Muerte” Jack Kevorkian.⁽¹³⁾ Fue facilitador del suicidio asistido de 400 personas con sus métodos de eutanasia directa de forma ilegal, cuando ésta aún no estaba legalizada. Para ello, creó una máquina a la que denominó “Thanatron” (máquina de muerte) que permitía que los pacientes se auto-administraran químicos letales para terminar con sus vidas. Sin embargo, debido al retiro de su licencia y la consiguiente imposibilidad de acceder a las sustancias administradas, creó otro dispositivo llamado “Mercitron” (máquina de misericordia) con el que los pacientes se suicidaban inhalando monóxido de carbono a través de una máscara.⁽¹³⁾

En el aspecto religioso del tema de DFV, afecta los criterios debido a las diferentes posturas tomadas por ellas en relación a la eutanasia.^(12,45,46,47) Si bien el punto de vista sobre el tema no necesariamente se entrelaza directamente con la religión, a menudo afecta la opinión de una persona. Se realizó un estudio de la relación entre la religión de los adultos estadounidenses y su punto de vista sobre la eutanasia para ver cómo se combinan.⁽²⁴⁾ Los hallazgos concluyeron que la afiliación religiosa con la que cada persona se asocia no necesariamente se relaciona con su postura al respecto de la eutanasia.⁽²⁴⁾ Las investigaciones muestran que, si bien muchos pertenecen a una religión específica, es posible que no siempre vean todos los aspectos de la eutanasia como relevantes para ellos. Algunos estudios han apoyado la hipótesis de que las actitudes de las enfermeras hacia la eutanasia y el suicidio asistido por médicos están influenciadas por su religión y su cosmovisión.⁽²⁴⁾ Atribuir más importancia a la religión también parece hacer que sea menos probable un acuerdo con la eutanasia y el suicidio asistido por un médico.⁽²⁴⁾ En Australia, más médicos sin afiliación religiosa formal simpatizaron con la eutanasia voluntaria activa, y reconocieron que la habían practicado a diferencia de los médicos que dijeron tener alguna filiación religiosa.⁽²⁶⁾ De aquellos que se identifican con una religión e informan de una afiliación protestante fueron intermedios en sus actitudes y prácticas entre los grupos agnóstico, ateo y católico.⁽²⁶⁾ Los católicos registraron actitudes más opuestas, pero aun así el 18 % de los médicos católicos encuestados registraron que habían tomado medidas activas para provocar la muerte de aquellos pacientes que lo solicitaron.⁽²⁶⁾ En 1949 la Sociedad Estadounidense pro-Eutanasia presentó a la Legislatura del Estado de Nueva York una petición para legalizar la eutanasia, firmada por 379 ministros protestantes y judíos. Una petición similar había sido enviada a la Legislatura de Nueva York en 1947, firmada por aproximadamente mil médicos de Nueva York.^(46,47) Los líderes religiosos católicos criticaron la petición, diciendo que tal proyecto de ley «legalizaría un pacto “asesinato-suicida”» dicha crítica incluía una «racionalización del quinto mandamiento de la ley de Dios: “No matarás”».⁽⁴⁷⁾ La petición provocó tensiones entre la Sociedad Estadounidense pro Eutanasia y la Iglesia Católica. La petición fue rechazada.⁽⁴⁷⁾ Con respecto a las diferentes posiciones de las religiones sobre las decisiones sobre fin de vida, la Iglesia Católica a través del Papa Pío XII expresó en 1957 “...es lícito que la familia puede insistir para que el médico interrumpa sus intentos y el médico pueda condescender lícitamente con esa petición. No hay en este caso ninguna disposición directa de la vida del paciente, ni eutanasia”.⁽⁵⁾ En 1980 la Sagrada Congregación para la doctrina de la Fe del Vaticano concluyó que el tratamiento para el moribundo debería ser proporcional al efecto terapéutico esperado, y no debería ser en grado desproporcionado, doloroso, molesto, arriesgado ni oneroso.⁽⁵⁾ Por lo tanto, se podría

no administrar un medicamento. Tales decisiones deberían tomarse de común acuerdo y por más de una persona medianamente calificada. Esas personas deben guiarse por un principio: nunca se debe dar una clase de tratamiento con la intención o el objetivo de terminar con la vida de un paciente o provocar su muerte.⁽⁵⁾ La postura conjunta dada a conocer por la Iglesia Anglicana y la Conferencia Episcopal Católica de Inglaterra, en 1993, es oponerse firmemente a la legislación de la eutanasia debido a que la vida es un don de Dios y nada está por encima de ella.⁽⁹⁾ Sin embargo, dejan entrever una diferencia con el Vaticano. En el punto 14 dicen: “Hay que diferenciar entre el hecho de matar con deliberada intención y el de acortar la vida mediante tratamientos analgésicos. Existe una diferencia ética, propia y fundamental, que no debe desentenderse, entre lo que se quiere, y lo que se prevé, y no se busca. Por ejemplo, el uso de morfina para aliviar el dolor. El hecho que de esta manera se acorte la vida es algo, previsible pero no buscado. Si existiesen medicamentos analgésicos más seguros se utilizarían...”⁽⁹⁾ En nuestro país, Falcón y col. en el estudio antes citado determinó qué en base a la creencia religiosa de los médicos encuestados, se observó diferencias en cuanto a la eutanasia pasiva (20 %) y activa (80 %).⁽¹⁾ En nuestra investigación se observó mayores respuestas afirmativas para las preguntas si se está en acuerdo de que las personas ante un pedido voluntario, o ante la imposibilidad de manifestarse (involuntario) hacerlo a través de un familiar, puedan decidir acerca de cuándo morir frente a una enfermedad terminal, de evolución progresiva y fatal, en caso de existir una legislación que ampare el accionar del médico y que exista una legislación que las regule, si referían ser ateos/agnósticos en comparación a las otras religiones ($p < 0,00001$, figura 11). Se observó mayor respuesta negativa para la pregunta si conocían las diferencias entre eutanasia y muerte digna si referían ser ateos/agnósticos ($p < 0,0001$, figura 11).

De allí que la eutanasia sea materia de debate desde el punto de vista jurídico, social, deontológico o ético. Resumiendo, los principios éticos de los defensores de la eutanasia en cuatro argumentos principales: a) que las personas tienen derecho a la autodeterminación y, por lo tanto, de permitírseles elegir su destino; b) ayudar a un sujeto a morir podría ser una mejor opción que requerir que continúen sufriendo; c) la distinción entre la eutanasia pasiva, que a menudo está permitida, y la eutanasia activa, que no es sustantiva, o en la cual el principio subyacente —la doctrina del doble efecto—, es irrazonable o poco sólida; d) permitir la eutanasia no conducirá, necesariamente, a consecuencias inaceptables. De manera similar, Emanuel argumenta que hay cuatro argumentos principales presentados por los oponentes de la eutanasia:⁽⁴⁷⁾ a) no todas las muertes son dolorosas; b) están disponibles alternativas como la interrupción del tratamiento activo combinadas con el uso del alivio efectivo del dolor; c) la distinción entre eutanasia activa y pasiva es moralmente significativa; d) la legalización de la eutanasia colocará a la sociedad en la falacia del efecto dominó lo que conducirá a consecuencias inaceptables.⁽⁴⁷⁾

En cuanto a las limitaciones de este estudio, la tasa de respuestas sólo representa la opinión de una muestra de alumnos de EAM del área del Área Metropolitana de Buenos Aires, y no necesariamente refleja las convicciones del resto de las universidades de nuestro país con respecto al tema planteado. Otra limitación que se puede citar, si bien la tasa de respuesta a la encuesta fue superior a la esperada, no refleja el 100 % de las encuestas enviadas, aunque está por arriba del promedio de este tipo de estudios.

En conclusión, una encuesta realizada a alumnos de los últimos dos años de la Carrera Medicina de la UAI y de la UBA, respondieron 101 alumnos, en su mayoría argentinos, con mediana de edad de 27 años y que profesaban en su mayoría la religión cristiana. Aproximadamente por mitades respondieron que tuvieron a un ser querido en una enfermedad terminal, de evolución progresiva y fatal. En cuanto a la pregunta si estaban de acuerdo de que las personas ante un pedido voluntario, o ante la imposibilidad de manifestarse (involuntario) hacerlo a través de un familiar, puedan decidir acerca de cuándo morir frente a una enfermedad terminal, de evolución progresiva y fatal, en caso de existir una Legislación que ampare el accionar del médico, la mayoría (87,1 %) respondieron afirmativamente. En cuanto a la pregunta si estarían de acuerdo que en la Argentina exista una Ley que regule este tipo de situaciones clínicas que amparen la voluntad del paciente y el accionar médico, también respondieron afirmativamente (93,1 %). Se observó mayor respuesta afirmativa si referían ser ateos/agnósticos en comparación a las otras religiones ($p < 0,00001$). Por último, ante la pregunta si conocían la diferencia entre los términos “Eutanasia” y “Muerte digna”, ésta última definida en la Ley 26742, los alumnos respondieron afirmativamente en su gran mayoría (85,15 %). Se observó mayor respuesta negativa si referían ser ateos/agnósticos ($p < 0,0001$). En nuestro país, existen publicados tres estudios acerca de las DFV, una a población general y otras dos a profesionales de la salud.^(1,27,28) Por eso los resultados de este estudio no pueden ser comparados, aunque si complementados. Al momento no existen publicados estudios a alumnos avanzados de Medicina en nuestro país sobre DFV. En la currícula formativa de la Facultad de Medicina de la UAI, existen las materias “Ética Profesional” y “Problemática del mundo actual”, donde si bien se nombra esta temática, no se desarrolla en la profundidad debida en los tiempos que la sociedad actual nos demanda a la comunidad médica. En la UBA, en la materia “Medicina Legal”, también se aborda muy superficialmente. De ahí que se haya observado un porcentaje nada pequeño en las respuestas como “no sé” y “no estoy de acuerdo” tal vez por falta de conocimiento en el tema. Tal vez debería incluirse la materia “Cuidados Paliativos”, para dar respuestas no sólo al manejo del dolor o mejoría de la calidad de vida a enfermos con evolución clínica terminal, sino para también poder reflexionar sobre estos temas de actualidad como son las decisiones de final de vida.

REFERENCIAS

1. Falcón J., Alvarez M.G. Encuesta entre médicos argentinos sobre decisiones concernientes al final de la vida de los pacientes. *Medicina (Buenos Aires)* 1996; 56:369-7.
2. Comité de Ética del Hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata. Pautas para el retiro o la abstención de tratamiento de soporte vital en pacientes en situaciones clínicas irreversibles. *Medicina (Buenos Aires)* 1996; 56: 429.
3. Schnitzler Eduardo. Eutanasia (carta al Comité de Redacción). *Medicina (Buenos Aires)*. 1997; 57:121-3.
4. Vivente A. Reflexiones críticas sobre la conceptualización de la muerte desde el punto de vista antropológico. En "La muerte en medicina". Mainetti J.A. (Ed.) Quirón, La Plata, 1978; 109-20.
5. Vidal M. Las exigencias éticas del morir humano. Capítulo VI. En "Bioética. Estudios de bioética racional ". Madrid. Tecnos.1989, pag. 74-82.
6. Moro T. «Capítulo VII De los esclavos» . La Utopía de Tomás Moro (Gerónimo Antonio de Medinilla y Porres, trad.) (3ª edición). Madrid, España: Don Mateo Repullés.1805. pag. 90-91.
7. Broeckman J. La eutanasia un lugar para la muerte en la vida. En "Encarnaciones. Bioética en formas jurídicas". Mainetti J.A. (Ed.). Quirón. La Plata. 1994. pp 115-40.
8. Burleigh M. Nazi racial science. United States Holocaust Memorial Museum, Ed. 2014. Acceso el 9 de Julio de 2024 en <https://www.ushmm.org/>
9. Iglesia Anglicana y la Conferencia Episcopal Católica de Inglaterra. El problema de la eutanasia. *Criterio* 1992;XLV:2095: 127-9.
10. Smith WJ. Forced exit — The slippery slope from assisted suicide to legalized murder. 1.ª Ed. Nueva York. Times Books.1997.
11. Kuhse H. Quality of life and the death of baby M. *Bioethics* 1992;6:233-250.
12. Carr C.Unlocking medical law and ethics. Unlocking the law 2.ª Edición. Londres, Reino Unido; Nueva York. Ed.Routledge; Taylor and Francis Group.2014. pag.374.
13. Kevorkian J. Prescription: Medicine, the Goodness of Planned Death. Prometheus Books.1991
14. Corte Constitucional de Colombia. «Sentencia C-239/97» (1997). Acceso 9 de Julio de 2024 en <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>
15. «Sistema Peruano de Información Jurídica - SPIJ WEB». Acceso el 9 de Julio de 2024 en <https://www.gob.pe/750-sistema-peruano-de-informacion-juridica-spij-suscribirse-al-sistema-peruano-de-informacion-juridica-spij>
16. Boudou A, Dominiguez J, Bozzano G, Estrada JH. Ley 2742. Modificase la Ley 26.529 que estableció los derechos del paciente en relación con los profesionales e Instituciones de la Salud. *Boletín Oficial de la Nación* del 24 de Mayo de 2012. Acceso el 9 de Julio de 2024 en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/70105/20120524>
17. Meier D., Emmons C., Wallenstein S., et al. A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. *New Engl J Med* 1998;338:1193-201.
18. Back A, Wallace J, Starks H, Pearlman R. Physician-assisted suicide and euthanasia in Washington State: patients request and physician responses. *JAMA* 1996; 275:919-25
19. Asch D. The role of critical care nurses in euthanasia and assisted suicide. *New Engl J Med* 1996;334:1374-9.

20. Kane L. Exclusive ethics survey results: Doctors struggle with tougher-than-ever dilemmas. Med Scape 2010.. Acceso el 9 de Julio de 2024 en <https://www.medscape.com/viewarticle/731485>.
21. Dignity in Dying. Reino Unido. Consultado el 9 de Julio de 2024. <https://www.dignityindying.org.uk/>
22. Lee W, Price A, Rayner L, Hotopf M. Survey of doctors' opinions of the legalisation of physician assisted suicide BMC Medical Ethics 2009 ;10 :2.
23. Achával A. Eutanasia. En: "Manual de Medicina Legal". Buenos Aires. Abeledo-Perrot. 1994.pp 67-72.
24. Moulton BE, Hill TD, Burdette A. Religion and trends in euthanasia attitudes among U.S. adults, 1977-2004. Sociological Forum 2006;21: 249-272.
25. Gielen J, Van den Branden S, Broecaert B. Nursing Ethics 2009 ;16 :303-18.
26. Baume P, O'Mailley E, Bauman A. Journal of Medical. Ethics 1995 ;21: 49-54.
27. Petcheny M. La eutanasia como derecho. Acceso el 9 de Julio de 2024 en <https://www.conicet.gov.ar/la-eutanasia-como-derecho/>
28. Encuesta PULSAR de la Universidad de Buenos Aires. Encuesta Nacional sobre Creencias Sociales 2024. Tercer Informe. Acceso el 1 de Septiembre de 2024 en https://pulsar.uba.ar/wp-content/uploads/2024/09/Web-Informe-3-Estado-mercado-y-libertad-en-la-Argentina-Creencias-Sociales2024-Pulsar.UBA_.pdf
29. Daewson Suandes B, Trapp RG. Bioestadística Médica. 2da Edición. Ed. El Manual Moderno. México. 1999.
30. Golomb, Jacob & Wistrich, Walter S. (eds.) (2002). Nietzsche, Godfather of Fascism: On the Uses and Abuses of a Philosophy. Princeton UP.
31. Chase, Jefferson. «Remembering the «forgotten victims» of Nazi «euthanasia» murders». Deutsche Welle (DW). 2017. Consultado el 9 de Julio de 2024 en <https://www.dw.com/en/remembering-the-forgotten-victims-of-nazi-euthanasia-murders/a-37286088>
32. Browning C, Matthäus J.. The origins of the final solution — The evolution of Nazi Jewish policy, September 1939 - March 1942. Lincoln, Nebraska, Estados Unidos de América: University of Nebraska Press. 2007. pag. 193.
33. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale «45% des generalistes francais favorables a une legalisation de l'euthanasie, selon une etude». APM News 2003. Consultado el 9 de Julio de 2024 en <https://www.apmnews.com/freestory/10/127201/45--des-generalistes-francais-favorables-a-une-legalisation-de-l-euthanasie%2C-selon-une-etude>
34. Meier D., Emmons C., Wallenstein S., et al. A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. New Engl J Med 1998;338:1193-201.
35. Back A., Wallace J., Starks H., Pearlman R. Physician-assisted suicide and euthanasia in Washington State: patients request and physician responses. JAMA 1996; 275:919-25
36. Asch D. The role of critical care nurses in euthanasia and assisted suicide. New Engl J Med 1996;334:1374-9.
37. Kane L. «Exclusive ethics survey results: Doctors struggle with tougher-than-ever dilemmas». Med Scape 2010. Consultado el 9 de Julio de 2024. En <https://www.medscape.com/viewarticle/731485>
38. Rivero G. Hasta que la muerte los separe: historias de eutanasia doble en Países Bajos. Acceso el 4 de Septiembre de 2024 en www.clarin.com/familias/muerte-separe-historias-eutanasia-doble-paises-bajos_0_ojPEqriZey.html
39. Commission des questions sociales, de la santé et de la famille (1999). «Protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants» Consultado el 9 de Julio de 2024 en <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=16722&lang=FR>

40. Ramsay JH. A king, a doctor, and a convenient death. *BMJ* 1994;308:1445.
41. Camosy CC. «The vulnerable will be the victims: opposing view». *USA Today* 20 Octubre 2015. Consultado el 9 de Julio de 2024. En <https://www.usatoday.com/story/opinion/2015/10/20/california-physician-assisted-suicide-belgium-netherlands-editorials-debates/74296214/>
42. Parlamento del Uruguay (21 de abril de 2009). «Ley N° 18.473 — Voluntad anticipada — Se incorpora a nuestro ordenamiento jurídico y se establece su alcance». Consultado el 9 de Julio de 2024. En https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_QUE_ES_LA_VOLUNTAD_ANTICIPADA.pdf
43. El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay (25 de septiembre de 2014). «Ley No. 19.286» . Consultado el 9 de Julio de 2024. En <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19286-2014/20>.
44. Ley 10.058 de Córdoba (2014). Consultado el 9 de Julio de 2024. En <https://www.cba.gov.ar/ministerio-de-salud-declaraciones-juradas/ley10058/>
45. Anders V, et al.«Etimología de tanato». Consultado el 9 de Julio de 2024. En <https://etimologias.dechile.net/?eutanasia>
46. Dowbiggin IR. A concise history of euthanasia — Life, death, God, and medicine. Lanham, Maryland, Estados Unidos de América: Rowman & Littlefield. 2007. pag. 10-13.
47. Emanuel EJ. The history of euthanasia debates in the United States and Britain. *Annals of Internal Medicine*. 1994;121: 793-802.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Ana Margarita Graz, Daniel Coso.

Curación de datos: Ana Margarita Graz, Daniel Coso.

Análisis formal: Ana Margarita Graz, Daniel Coso.

Investigación: Ana Margarita Graz, Daniel Coso.

Metodología: Ana Margarita Graz, Daniel Coso.

Administración del proyecto: Ana Margarita Graz, Daniel Coso.

Recursos: Ana Margarita Graz, Daniel Coso.

Software: Ana Margarita Graz, Daniel Coso.

Supervisión: Ana Margarita Graz, Daniel Coso.

Validación: Ana Margarita Graz, Daniel Coso.

Visualización: Ana Margarita Graz, Daniel Coso.

Redacción – borrador original: Ana Margarita Graz, Daniel Coso.

Redacción – revisión y edición: Ana Margarita Graz, Daniel Coso.