

Carrera de posgrado de especialización

Medicina legal –FMC –UNR

Eutanasia: Ley de la buena muerte

Nombre y apellido del alumno: Carina María Peretti

Nombre y apellido del tutor: Doctor Waron Leonardo

Cohorte: 2018-2020

Descripción de la investigación: Definición del problema	3
En Argentina hay un proyecto de ley (se incluye):	3
Que pasa en Argentina:	13
Introducción.....	14
La muerte (digna) y los profesionales de la salud.....	14
Objetivo:.....	16
Metodología:.....	16
Resumen:	16
Conclusiones:	16
REFLECCIONES FINALES.....	17
Resultados de las encuestas:	18
Resultados de encuestas sobre la eutanasia dirigida a estudiantes de secundario avanzado (5to Año), cuidadores jóvenes de adultos mayores y familiares de diferentes edades de personas internadas en los policlínicos de Pami.	18
Resultados de encuestas sobre la eutanasia dirigida a profesionales de la salud.....	24
Resultados finales	29
Referencias Bibliográficas:	30

Descripción de la investigación: Definición del problema

La OMS la define como aquella acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente.

Países en los que existe la eutanasia legalmente:

En el mundo es legal en Holanda (abril, 2002), Bélgica (mayo, 2002), Luxemburgo (2009), Colombia (2014), Canadá (2016), España (marzo, 2021), Nueva Zelanda (diciembre, 2021) Y algunos estados de Australia

En Argentina hay un proyecto de ley (se incluye):

PROYECTO DE LEY DE BUENA MUERTE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

El Senado y la Honorable Cámara de Diputados sancionan con fuerza de Ley...

ARTÍCULO 1°. - Objeto. La presente ley tiene por objeto regular el derecho de toda persona a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir; el procedimiento formal a ese efecto; las garantías que han de observarse y los derechos y deberes del personal médico y el servicio de salud.

ARTICULO 2°. - Derechos. Toda persona que se encuentre sufriendo una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, en los términos establecidos en esta ley y en cumplimiento con los requisitos previstos por la misma, tiene derecho a: a) solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir; b) requerir y acceder a la atención de la prestación de ayuda para morir, en los servicios del sistema de salud; c) acceder a toda la información necesaria para recibir la ayuda para morir.

ARTÍCULO 3°. - Autoridad y ámbito de Aplicación. La presente ley se aplicará en todo el territorio de la República Argentina, a través del Ministerio de Salud de la Nación y los respectivos ministerios provinciales a cargo del servicio de salud.

CAPITULO I

DERECHO A SOLICITAR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

ARTICULO 4°. - Requisitos. Para solicitar la prestación de ayuda para morir, se deberán cumplir los siguientes requisitos: a) Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante. Se considerará tal a todos los efectos de esta ley, a la situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la

autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico. b) Ser ciudadano argentino, mayor de edad, plenamente capaz al momento de presentar la solicitud. c) Formular dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, en documento fechado y firmado, o por otro medio que permita dejar constancia fehaciente, con una separación de al menos quince días corridos entre ambas. El médico del paciente, podrá disponer la reducción de ese plazo atento a las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica. d) Prestar consentimiento informado. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente. e) Una vez cumplidos los requisitos anteriores, el médico responsable, antes de la realización de la prestación de la ayuda para morir, pondrá el caso en conocimiento del presidente de la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación.

ARTICULO 5°.- Directivas Médicas Anticipadas. No será de aplicación lo previsto en las letras c) y d) del artículo anterior en aquellos casos en los que el médico responsable certifique que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes, siempre que el paciente haya suscrito con anterioridad un documento de directivas médicas anticipadas, instrucciones previas, testamento escrito o documentos equivalentes legalmente reconocidos, en cuyo caso se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento. En el caso de haber nombrado representante en ese documento será el interlocutor válido para el médico responsable. La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

ARTICULO 6°.- Personas menores de edad. En el marco de lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño, la ley 26.061, el artículo 7º del anexo I del decreto 415/06, el artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación y la resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación, la solicitud de ayuda para el buen morir deberá ser efectuada de la siguiente manera: a) Las personas mayores de dieciséis (16) años de edad tienen plena capacidad por sí para prestar su consentimiento a fin de ejercer los derechos que otorga la presente ley; b) En los casos de personas menores de dieciséis (16) años de edad, se requerirá su consentimiento informado en los términos del artículo anterior y se procederá conforme lo dispuesto en el artículo 26 del Código Civil y Comercial y la resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación en concordancia con la Convención de los Derechos del Niño, la ley 26.061, el artículo 7º del anexo I del decreto reglamentario 415/06 y el decreto

reglamentario 1.282/03 de la ley 25.673. c) Personas con capacidad restringida. Si se tratare de una persona con capacidad restringida por sentencia judicial y la restricción no tuviere relación con el ejercicio de los derechos que otorga la presente ley, podrá prestar su consentimiento informado sin ningún impedimento ni necesidad de autorización previa alguna y, si lo deseara, con la asistencia del sistema de apoyo previsto en el artículo 43 del Código Civil y Comercial de la Nación. d) Las personas que actúan como sistema de apoyo no representan ni sustituyen a la persona con discapacidad en el ejercicio de sus derechos y, por tanto, es necesario que el diseño del sistema de apoyo incorpore salvaguardas adecuadas para que no existan abusos y las decisiones sean tomadas por la titular del derecho. e) Si la sentencia judicial de restricción a la capacidad impide prestar el consentimiento para el ejercicio de los derechos previstos en la presente ley, o la persona ha sido declarada incapaz judicialmente, deberá prestar su consentimiento con la asistencia de su representante legal o, a falta o ausencia de este o esta, la de una persona allegada, en los términos del artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación.

CAPITULO II

DERECHO DEL PACIENTE Y SU RELACION CON LOS PROFESIONALES

ARTICULO 7°. - A los efectos de la presente Ley se entiende por Médico responsable al facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales, este médico es responsable por la atención general del paciente en un hospital o en el ámbito clínico.

ARTICULO 8°. - Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Todo paciente tendrá derecho a: a) solicitar toda la información relativa a la prestación de ayuda para morir y recibir tal información de modo que formen y expresen su voluntad, otorguen su consentimiento y se comuniquen e interactúen con el entorno, de modo libre, a fin de que su decisión sea individual, madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas; b) solicitar la prestación de ayuda para morir; c) acceder al sistema de salud o contar con su asistencia, desde su requerimiento y en las condiciones que se establecen en la presente ley y en las leyes 26.485, 26.529 y concordantes.

ARTICULO 9°. - Garantías. El personal de salud debe garantizar las siguientes condiciones mínimas y derechos en la atención: a) Trato digno. El personal de salud debe observar un trato digno, respetando las convicciones personales y morales del paciente. b) Privacidad. Toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener y transmitir información y documentación clínica del paciente debe garantizar la construcción y preservación de un

ambiente de confianza entre el personal de salud y las personas que solicitan la atención, y observar el estricto respeto por su intimidad, dignidad humana y autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la confidencialidad. c) Confidencialidad. El personal de salud debe crear las condiciones para el resguardo de la confidencialidad y el secreto médico durante todo el proceso de atención y también con posterioridad. Debe informar durante la consulta que la confidencialidad está garantizada y resulta alcanzada por el secreto médico. d) Autonomía de la voluntad. El personal de salud debe respetar las decisiones de los pacientes respecto al ejercicio de sus derechos, las alternativas de tratamiento y su futura salud. Las decisiones del paciente no deben ser sometidas a juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o axiológicas por parte del personal de salud, debiendo prevalecer su libre y autónoma voluntad. e) Acceso a la información. El personal de salud debe mantener una escucha activa y respetuosa de los pacientes para expresar libremente sus necesidades y preferencias. Los pacientes tienen derecho a recibir la información sobre su salud; el derecho a la información incluye el de no recibir información inadecuada en relación con la solicitada. f) Se debe suministrar información sobre los distintos métodos que se pueden utilizar de ayuda para un buen morir, los alcances y consecuencias de la práctica. Dicha información debe ser actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles.

CAPITULO III

COMISION MEDICA DE ASISTENCIA Y EVALUACION

ARTICULO 10°. - Comisión Médica de Asistencia y Evaluación. Existirá una Comisión Médica de Asistencia y Evaluación en cada una de las provincias y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La composición de cada una de ellas tendrá carácter multidisciplinar y deberá contar con un número mínimo de siete miembros entre los que se incluirá personal médico, de enfermería y juristas especializados en la materia.

ARTICULO 11°. - Reunión Anual. El Ministro de Salud de la Nación, los Ministros de Salud de las provincias y la ciudad de Buenos Aires, y los presidentes de las Comisiones Médicas de Asistencia y Evaluación de cada una de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se reunirán anualmente, bajo la coordinación del Ministerio para igualar criterios e intercambiar buenas prácticas en el desarrollo de la prestación de eutanasia en el Sistema de Salud Nacional.

CAPITULO IV

PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

ARTÍCULO 12°. - Procedimiento para la prestación de ayuda para morir. El paciente presentará la solicitud de ayuda para morir ante la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación correspondiente a su jurisdicción. El presidente de la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación designará a dos miembros de la misma, un profesional médico y un jurista, para que verifiquen si, a su juicio, concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir, quienes tendrá acceso a toda la historia clínica, así como al paciente solicitante y deberán expedirse dentro del plazo máximo de cinco días corridos. En caso de que ambos miembros no logran acuerdo, decidirán en conjunto con el Presidente de la Comisión, dentro de los dos días corridos siguientes al pronunciamiento de los miembros asignados al estudio del caso, que deberán pronunciarse dentro del plazo establecido en el párrafo precedente. Si la decisión es favorable a la solicitud planteada, el informe será remitido a los efectos de la realización de la prestación. En caso de que el informe fuera negativo, el paciente solicitante podrá solicitar la revisión de aquel por la Comisión en pleno, la que deberá expedirse en el plazo de cinco días corridos a contar desde que la solicitud le fuere elevada por el interesado.

ARTICULO 13°. – Realización de la prestación de ayuda para morir. Una vez recibida la resolución positiva, la realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales médicos, con aplicación de los protocolos correspondientes. En ningún caso el acceso a la prestación podrá dilatarse más allá de los diez días corridos a partir de la fecha de emisión de la resolución que la autoriza. En caso de que el paciente se encuentre consciente, deberá comunicar al médico responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir. En el supuesto de que el paciente elija la administración directa de una sustancia por parte del profesional médico competente, el médico responsable asistirá al paciente hasta el momento de su muerte. En el supuesto de que elija la prescripción o suministro de una sustancia, de manera que ésta pueda ser autoadministrada por el paciente, para causar su propia muerte, el médico responsable, tras prescribir la sustancia que el propio paciente se autoadministrará, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a este hasta el momento del fallecimiento.

ARTICULO 14°. - Comunicación a la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación. Una vez realizada la prestación de ayuda para morir, el médico responsable deberá remitir a la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación de su Provincia o Ciudad Autónoma de Buenos Aires toda la documentación relativa al procedimiento realizado.

ARTICULO 15°. - Intimidad y confidencialidad. Los centros sanitarios que realicen la prestación de ayuda para morir adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad

de las personas solicitantes de la prestación y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal.

ARTÍCULO 16°. - Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios. El profesional de salud que deba intervenir de manera directa en la ayuda del buen morir, tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito. A los fines del ejercicio de la misma, deberá: a) Mantener su decisión en todos los ámbitos, público, privado o de la seguridad social, en los que ejerza su profesión; b) Derivar de buena fe al paciente para que sea atendido por otro u otra profesional en forma temporánea y oportuna, sin dilaciones; c) Cumplir con el resto de sus deberes profesionales y obligaciones jurídicas. El incumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente artículo dará lugar a las sanciones disciplinarias, administrativas, penales y civiles, según corresponda.

ARTICULO 17°. - Obligaciones de los establecimientos de salud. Aquellos efectores de salud del subsector privado o de la seguridad social que no cuenten con profesionales para ayudar al paciente a un buen morir, a causa del ejercicio del derecho de objeción de conciencia de conformidad con el artículo anterior, deberán prever y disponer la derivación a un efector que realice efectivamente la prestación y que sea de similares características al que la persona solicitante de la prestación consultó. En todos los casos se debe garantizar la realización de la práctica conforme a las previsiones de la presente ley. Las gestiones y costos asociados a la derivación y el traslado de la paciente quedarán a cargo del efector que realice la derivación. Todas las derivaciones contempladas en este artículo deberán facturarse de acuerdo con la cobertura a favor del efector que realice la práctica.

ARTICULO 18°. - Cobertura y calidad de las prestaciones. El sector público de la salud, las obras sociales enmarcadas en la ley 23.660 y en la ley 23.661, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados creado por la ley 19.032, las entidades y agentes de salud comprendidos en la ley 26.682, de marco regulatorio de medicina prepaga, las entidades que brinden atención dentro de la reglamentación del decreto 1.993/11, las obras sociales de las fuerzas armadas y de seguridad, las obras sociales del Poder Legislativo y Judicial y las comprendidas en la ley 24.741, de obras sociales universitarias, y todos aquellos agentes y organizaciones que brinden servicios médico-asistenciales a las personas afiliadas o beneficiarias, independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar la cobertura integral de la práctica que se realice para un buen morir, prevista en la presente ley en todas las formas que la Organización Mundial de la Salud recomienda. Estas prestaciones quedan incluidas en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la

Atención Médica y en el PMO con cobertura total, junto con las prestaciones de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo.

ARTICULO 19°. - Consideración legal de la muerte. La muerte como consecuencia de la prestación de ayuda para morir tendrá la consideración legal de muerte natural a todos los efectos, independientemente de la codificación realizada en la misma.

Sra. Presidenta:

El presente proyecto comprende la regulación de conductas que para muchos quedan comprendidas en el concepto de "eutanasia". Resulta de la mayor importancia ahondar en el significado del término, adoptando una definición que arroje la claridad suficiente a los fines de lograr un análisis ordenado de la cuestión. Etimológicamente, la palabra eutanasia significa "buena muerte" y se puede definir como el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento. Existe un amplio consenso en las doctrinas bioética y penalista en cuanto a limitar el empleo del término "eutanasia" a aquella que se produce de manera activa y directa. Es decir que, de acuerdo a esta postura, quedarían fuera los tratamientos por omisión que se designaban como eutanasia pasiva, como son los tratamientos tendientes a prolongar la vida y la interrupción de los ya instaurados, o los que pudieran considerarse como eutanasia activa indirecta, como sería la utilización de fármacos o medios terapéuticos que alivian el sufrimiento físico o psíquico aunque aceleren la muerte del paciente. Esta postura es la que ha prevalecido en la norma de eutanasia española. En el marco de la bioética, la eutanasia suele ser definida como "conducta llevada a cabo por un agente de salud, una de cuyas consecuencias previsibles por él es la muerte del paciente que padece una enfermedad grave e irreversible, y que es llevada a cabo con la justificación de que la muerte del paciente no es un mal o un daño para sí". (2) Roxin, desde una opinión consensuada del derecho penal, define a la eutanasia como "la ayuda prestada a un ser humano gravemente enfermo, por deseo suyo, o por lo menos en virtud de un consentimiento presunto para facilitarle la posibilidad de muerte digna que se corresponda con sus expectativas". (1) Según el mismo jurista, la eutanasia puede ser clasificada de la siguiente forma: Indirecta: el paciente no exige que lo maten, sino que pide una atenuación del dolor, sin pretender un acortamiento de la vida, aunque lo aceptaría si ello sucediese. Es decir que la muerte sería una consecuencia probable (dolo eventual, en los términos de la discusión penal de derecho continental), pero no hay intención de que ello suceda. Pasiva: implica la interrupción del tratamiento ya conducente a la muerte, por deseos del paciente. La autorización de esta clase de eutanasia se derivaría de la autonomía de la voluntad de la persona, porque es quien determina el alcance y duración de su tratamiento. Se trata de una omisión de continuar el tratamiento médico, a la cual el médico debe responder a partir de la petición del enfermo. Un ejemplo de esta conducta sería quitar el aparato y dejar que

el paciente muera por el curso natural de las cosas. Es decir, que la “conducta” puede implicar una acción del médico en desconectar el aparato: hay una omisión del médico de continuar el tratamiento. Éste sería el caso que actualmente se encuentra regulado en la Ley de Salud Pública N° 26.529, modificada por Ley N° 26.742. Activa: a petición de la persona, el médico lo priva activamente de la vida. Por ejemplo, con una inyección letal de droga. Esta situación es la que se pretende regular a partir de la presente norma. La eutanasia puede ser voluntaria o no voluntaria. En este caso, la familia es la que brinda el consentimiento para que se aplique la práctica, debido a que el paciente no es capaz para darlo, por ejemplo, por ser menor de edad o encontrarse en un estado de inconsciencia. En Argentina, se permite la eutanasia pasiva bajo el nombre de “muerte digna”, conocida también como eutanasia pasiva. El leading-case en esta materia fue el caso “Bahamonde”, donde la Corte Suprema de la Nación juzgó que un testigo de Jehová podía negarse a recibir una transfusión sanguínea aunque su decisión hiciera peligrar su vida, y que los médicos no podían sin el consentimiento del paciente realizar ningún tipo de curación ni terapia fundado en el respeto a la privacidad, en el derecho a la intimidad y en la dignidad contenidos en el artículo 19 de la Constitución Nacional Argentina y en los pactos de Derechos humanos a los que el país ha adherido. Está claro que la decisión sobre la calidad de vida que se quiere llevar pertenece al ámbito de privacidad de las personas, y que aunque se trate de un enfermo que no sea terminal y que la intervención quirúrgica le asegure varios años de sobrevivencia, si el paciente no presta el consentimiento a someterse a una operación, por ejemplo de amputación, no se le puede obligar. La “muerte digna” es permitida por nuestro sistema jurídico en ciertos casos y está regulada por la Ley de Salud Pública N° 26.529, modificada por Ley N° 26.742, que introdujo este concepto en aquella norma. La ley N° 26.529 establece los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. En el 2015, la Corte Suprema de Justicia argentina avaló esta ley y ofreció ciertas aclaraciones respecto de su contenido. Explicó que en estas situaciones entran en juego derechos constitucionales como el derecho a la vida, a la intimidad y a la autonomía personal. Se trata, en definitiva, de brindarle al paciente la posibilidad de tomar una decisión altamente personal, como es ni más ni menos que el de rechazar tratamientos médicos que sólo prolongarán su sufrimiento. En otras palabras, de permitir que el paciente decida cómo ejecutar su plan de vida hasta el último momento. De acuerdo a la Ley 26.529 y sus modificatorias, prima la autonomía de la voluntad del paciente: el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa. Incluso puede revocar dicho consentimiento posteriormente (art. 10, Ley N° 26.529). La ley aclara que ese consentimiento debe ser posterior a recibir información clara, precisa por parte del profesional interviniente con respecto a: las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados; el derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en

relación con las perspectivas de mejoría, que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal e irreversible; el derecho a recibir, cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento. El consentimiento es fundamental en la ley argentina: toda actuación profesional requiere el previo consentimiento informado del paciente. De lo anterior surge con claridad que la norma argentina permite ciertos casos de eutanasia pasiva (art. 2º, Ley 26.529)., pero no activa. La ley permite que el paciente tome decisiones anticipadas y para eso puede disponer directivas por escrito sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes. De todas formas, el margen es muy amplio, pues no se limita a la interrupción del tratamiento solamente. Además, pueden ser selectivas, es decir, se refiere a cualquier clase de tratamiento y puede elegir cuales rechazar y cuales aceptar. Para gozar de este beneficio las personas tienen que ser mayores de edad. El problema aquí es que pareciera ser que nuestra ley apoya una eutanasia de tipo pasivo, pero por otro lado niega la posibilidad de realizar directivas que impliquen desarrollar "prácticas eutanásicas" propiamente dichas. Es decir, no sería válida una directiva anticipada de un paciente en la que disponga que en determinado caso el médico deba quitarle la vida de modo activo. De hecho, la ley dice que ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del cumplimiento de ella. Por lo tanto, y dado que se permite la eutanasia pasiva, puede entenderse que el médico solamente estará justificado si realiza una eutanasia pasiva. La dificultad mayor se presenta cuando el paciente ya no puede expresar su voluntad porque ha perdido irreversiblemente el conocimiento. En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, la ley establece que dicho consentimiento podrá ser dado por alguna de las siguientes personas, en orden de prioridad: 1) el cónyuge no divorciado que convivía con el fallecido, o la persona que sin ser su cónyuge convivía con el fallecido en relación de tipo conyugal no menos antigua de tres años, en forma continua e ininterrumpida; 2) hijo mayor de edad; 3) los padres; 4) hermanos mayores de edad, nietos mayores, abuelos, incluso representante legal, tutor o curador, en el orden de prelación enumerado. Sin perjuicio de ello, deberá garantizarse que el paciente, en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. Respecto de este artículo específico, la Corte Suprema de Justicia de nuestro país ha interpretado en el caso "M. A. D." que la ley establece que estas personas vinculadas al paciente — impedido para expresar por sí y en forma plena esta clase de decisiones— no brindan realmente su consentimiento, sino que son las que comunican aquella voluntad. Es decir, atestiguan sobre lo que el paciente hubiese querido, pero no deciden ellos en función de sus propios valores o preferencias. Los jueces señalaron que, en ese sentido, "los familiares son los interlocutores ante los médicos a la hora de decidir la continuidad del tratamiento o el cese". En conclusión, sólo pueden testimoniar, bajo

declaración jurada, en qué consiste la voluntad del paciente y no deciden en lugar del paciente o por el paciente. Esta interpretación se fundamenta en que el paciente es una persona en sentido pleno y sus derechos fundamentales deben ser protegidos: es justamente por eso que goza del derecho a la autodeterminación de decidir cesar un tratamiento médico, como también a decidir recibir las prestaciones necesarias a su estado de salud y a que se respete su derecho a la vida constitucionalmente protegido. A una misma conclusión ha llegado el Tribunal Supremo Federal alemán en un caso similar, en el que afirmó que lo esencial es la voluntad presunta del paciente, no así la de sus familiares. En definitiva, terminamos por orientarnos, lógicamente, por la autonomía del paciente, tal como se señaló anteriormente. En síntesis, la ley de muerte digna en Argentina permite la eutanasia pasiva bajo el nombre de "muerte digna". Y a través del proyecto actual se pretende ampliar la regulación también a la eutanasia activa por los motivos expuestos a continuación. Mucho se ha discutido ya sobre el tema, que también ha sido objeto expreso de debates parlamentarios anteriores en el mismo Congreso de la Nación. Esta cuestión no sólo es mirada desde los ámbitos académicos, sino que es particularmente observada por la sociedad, sobre todo a partir de casos particulares resonantes que generan profunda conmoción en la opinión pública. Confluyen en su discusión distintos elementos, como la prolongación de la esperanza de vida, con el consiguiente retraso en la edad de morir, en condiciones que muchas veces implican un importante deterioro físico y psíquico; el incremento de los medios técnicos capaces de sostener durante un tiempo prolongado la vida de las personas, sin lograr la curación o una mejora significativa de la calidad de vida; entre otros. La eutanasia¹ provoca también múltiples cuestiones jurídicas, entre las cuales podemos enumerar: la existencia de un derecho a la muerte de la misma manera que existe un derecho a la vida; la posibilidad de que el Estado obligue a una persona a vivir en contra de su voluntad y sometida a tratamientos que se consideran indignos; la penalización o despenalización de las personas que ayudan a que los enfermos terminales mueran dignamente de acuerdo a su voluntad; suspensión de los tratamientos por parte de representantes legales cuando dicha suspensión produzca la muerte de los representados; la petición por parte de un enfermo terminal de la suspensión de los tratamientos médicos cuando dicha suspensión produce la muerte es asimilable o no a la solicitud dirigida a los médicos para que suministren fármacos para morir; entre otros tantos temas que pueden surgir en este debate. La legalización y regulación de la eutanasia se asientan sobre derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Nacional: por un lado, los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral, y de otro, bienes protegidos como la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad. Todo lo cual hace fundamental la tarea del legislador en la materia: para ordenar una realidad existente y que requiere del acompañamiento y respeto de la norma. Es necesario generar la protección suficiente, de modo de respetar el derecho a la vida y también la autonomía y voluntad de la persona que está en una situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de 1 Medina, Graciela; Senra, María Laura (agosto 2005). Eutanasia (II): Aspectos Legales: Lo que dicen las leyes y los jueces. En: Encrucijadas, no. 34. Universidad de Buenos Aires. Disponible en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires: enfermedad grave e

incurable, padeciendo un sufrimiento insoportable que no pueda ser aliviado en condiciones aceptables.

Es obligación del legislador atender a las demandas sociales, preservando, respetando y reconociendo derechos, y adecuando las normas para su ejercicio. Es por ello que solicito a mis pares la aprobación del presente proyecto de Ley.

Autora: Jimena Latorre

Coautores: Lisandro Nieri, Pamela Verasay, Margarita Stolbizer, Ximena García, Laura Machado, Karina Banfi, Alejandro Finochiaro, Fabio Quetglas, Mario Barletta, Sabrina Ajmechet, Carla Carrizo, Martin Tetaz, Danya Tavela, Dolores Martinez.

Que pasa en Argentina:

En la Argentina, desde 2012, la ley permite que un paciente con una enfermedad terminal e irreversible pide que le retiren el soporte de hidratación y alimentación. Y desde 2015, una modificación del código civil, habilita a las personas a formular directivas anticipadas: Puede consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Debe intervenir un escribano. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo. La Eutanasia se encuentra prohibida en la Argentina y actualmente se la castiga como homicidio. Por otro lado, la muerte digna es entendida en la ley 26742 como “El derecho que tiene el paciente a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de voluntad”.

En noviembre del año 2021 se presentó, en la cámara de diputados de la nación Argentina, El proyecto de ley de Buena Muerte, el mismo plantea el derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir, derecho del paciente y su relación con los profesionales y Condición Médica Evaluadora.

El objetivo es el de regular el derecho de toda persona de solicitar y recibir ayuda necesaria para morir. El procedimiento formal, los derechos y deberes del personal médico y el servicio de salud.

El proyecto exige que la persona este atravesando una enfermedad grave, incurable y crónica, que imposibilita a la persona con limitación que inciden sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, sin poder valerse por sí mismo. Y conlleva asociando un sufrimiento físico y psíquico incurable y sin posibilidad de curación.

La persona presta el consentimiento de manera voluntaria y por escrito, y el médico responsable, remite el caso a ser evaluado por una Comisión Médica (La misma dictamina el cumplimiento de requisitos y condiciones)

¿Cómo se aplica la Eutanasia según la ley?

Que la muerte sea solicitada directamente por el paciente

Que esta sufra un mal incurable o insoportable

Que la petición sea reiterada y en pleno estado de conciencia

El médico que practique la eutanasia debe contar con la opinión favorable de un segundo colega

Introducción

En una entrevista la Dra. Zeno¹ expresaba:” Es cada vez más frecuente enterarse que algunas personas plantean que no desean que se las mantenga con vida en caso de enfermedades terminales; que no se utilicen las enormes posibilidades técnicas actuales, como ser lograr mantener una vida vegetativa años y años, con la esperanza de revertir la situación. Y lo plantean no sólo personas muy enfermas, sino también personas sanas, anticipándose a esa cruel posibilidad, tan cuestionada últimamente.

Existe también la posibilidad contraria muy comprensible, que sólo mencionaré: pacientes terminales que junto a familiares buscan de cualquier manera, desesperadamente, revertir la situación.

Abordar esto resulta generalmente una situación compleja y conflictiva en medicina. Se nos ha formado para considerar la vida y no la muerte. La muerte se vive como un fracaso. Además, está aquello de que “mientras hay vida, hay esperanza”, entonces se tiende a seguir probando. A veces todo ello forma parte de una omnipotencia médica consciente o inconsciente. Por ello, considero que esto se debe interdisciplinariamente plantear en medicina, discutirlo en los comités de bioética, darlo a conocer al resto del equipo de salud y a la población en general.

La muerte (digna) y los profesionales de la salud

Dice V. E. Frankl⁷ “La mortalidad es un requisito para otorgar un sentido a la vida”, y haciendo mención de su vida en el gueto “... En los campos se moría en el vivir, en los campos eran cadáveres sin muerte. No se puede morir completamente si no se está completamente vivo. En las cámaras de gas cadáveres muertos. La dignidad ofendida no es solo la de la vida sino la de la muerte...”.

Acordando que, por dignidad entendemos el derecho que tiene cada ser humano de ser respetado y valorado como ser individual y social con sus características y condiciones particulares por el solo hecho de ser persona, por muerte digna compartimos la idea de algunos autores, Manzini⁸ dice que se trata de un acto personal, Taboada⁹ del derecho a vivir (humanamente) la propia muerte, y Maglio³ que es aquella que transcurre sin dolor, con lucidez para esa experiencia reflexiva y fundamentalmente con capacidad para recibir y transmitir afectos. Tengamos en cuenta que “morir dignamente” es una expresión subjetiva, ambigua, donde se deben tener en cuenta múltiples elementos (médicos, psicológicos, culturales, sociales, espirituales) y siempre se deben respetar voluntades expresadas previamente¹⁰.

Si bien la muerte es inevitable no debe considerarse como un fenómeno pasivo, sino como un proceso donde podemos elegir la actitud a tener ante/en ella, en el que nuestra libertad podría intervenir de algún modo, por lo tanto, lo consideramos como un acto humano. Si interviene la libertad de la persona, este acto es objeto de estudio de la ética.

Existe un deseo de controlar la muerte en el ser humano, tanto de posponerla como de evitarla (idealmente) o bien de propiciarla o provocarla en determinadas situaciones incluso avaladas por interpretaciones del respeto a la libertad individual o autonomía del paciente¹². Surgen así diferencias en las interpretaciones de estas situaciones y por ende la necesidad de la intervención de la ética.

El conocimiento sobre la muerte puede ayudar en el crecimiento y evolución individual, pero es ahora al ámbito profesional que nos referimos, donde lo aprendido debe ser útil para un mejor cuidado de la vida de otros, otorgando la importancia debida a las cosas que la tienen, recuperando valores que hacen del ejercicio de la profesión y el transitar de la vida, la enfermedad y la muerte de los pacientes, de una manera más digna¹². Para ello durante la intervención de los diferentes actores en el proceso salud-enfermedad, debemos visibilizar el límite en el esfuerzo de prolongar la vida.

Creemos que existe un déficit en el tratamiento de la muerte en la formación de los profesionales de la salud. Debería consolidarse una formación teórica, en los aspectos emocionales y en la forma de afrontar situaciones concretas, a ello se refieren Cagnolati, A. & Hernández Huerta, J. L² cuando hablan de aprender desde la experiencia. La muerte ha sido en nuestras casas de estudio, los de nuestra sociedad occidental, un tema de resistencia quizá por considerarla relegada a las religiones (con sus fundamentalismos), la filosofía, los ritos, a los medios de comunicación (con su sensacionalismo), las tradiciones culturales (con su diversidad). La medicina acorde con la sociedad actual, como

mencionábamos antes, oculta la muerte con un pacto de silencio, usando eufemismos; ¿oculta acaso ser vista como un fracaso de la medicina? quizá debida a una educación triunfalista³. Por ello, como dice Jover, López y Quiroga, 2011, el educador en la universidad debe formar no solo en teorías, sino que debe reforzar con metodologías como el aprendizaje servicios, ya que se trata de una metodología que combina con conocimientos, valores, competencias y una inmersión de la realidad².

Objetivo:

Analizar la opinión acerca de la Eutanasia como posible alternativa para la atención de los pacientes terminales a: Médicos de UTI, a un grupo de personas jóvenes y a personas dedicadas al ciudadano gerontológico y personas en general

Metodología:

Se basa en un estudio observacional y cuantitativo a través de encuestas. La población es: médicos de UTI que asisten a pacientes gerontes, personas jóvenes del nivel secundario, personas que trabajan en el cuidado de personas mayores y personas en general.

Resumen:

El objetivo de este módulo es presentar un proceso de investigación que se apoye básicamente en un diseño metodológico de un tipo cuantitativo que utilice la técnica de la encuesta social como técnica básica y que sirva un paquete estadístico para el procedimiento de los datos recolectado, depurados y validados

Conclusiones:

La conclusión de los resultados de la entrevista enfatiza la importancia de lo que se quiere comprobar. Se observa el resultado y la repercusión que dejó la idea principal. Se presentan los datos obtenidos utilizando gráficos. Las investigaciones de índole cuantitativa son aquellas que generan datos numéricos. El contenido de la conclusión se desprende de las premisas de la entrevista (Siempre que se trate de un argumento válido). Se trata de una proposición muy distinta de una opinión, dado que usualmente se razona o se argumenta para alcanzar un pensamiento válido.

El informe final (Es un documento que se obtiene como producto de una investigación donde se detallan los resultados obtenidos) da cuenta de los resultados de la investigación y, por tanto, se trata de un informe que reviste la forma y contenido de un trabajo científico.

Por trabajo científico se entiende un informe con gráficos (en este caso) que describe resultados originales de investigación.

En las conclusiones (que es una expresión de los resultados obtenidos y después de una investigación científica) se presentan los resultados del informe, en su defecto, las encuestas a los profesionales de la salud, están muy de acuerdo o de acuerdo con el tema planteado, y las encuestas a gente común, cuidadores de geronte y estudiante de secundaria existe también una inclinación a estar de acuerdo y muy de acuerdo sobre el tema planteado, apareciendo también que hay ni acuerdo ni en desacuerdo.

En resumen, la Eutanasia (buena muerte) es una práctica que tiene siglos efectuándose con el único fin de ayudar a los enfermos que sufren a causa de una enfermedad degenerativa, irreversible y mortal. La misma libera a las personas de la cárcel que se tornan sus vidas al adquirir alguna condición fatal.

El argumento de la mayoría de los entrevistados (ambos grupos) están a favor en permitir al paciente poner término a sufrimientos innecesarios y degradantes que no le permiten llevar una vida digna, sino llena de agonía y dolor.

REFLECCIONES FINALES

Muchos de los profesionales de la salud y los médicos, en particular, vivimos y ejercemos convencidos de que los mayores valores en este mundo son la salud y la vida a cualquier precio, tratando de evitar la enfermedad y la muerte, como si ello fuera siempre posible. Sucede que la muerte es negada en nuestra sociedad actual, así como en nuestra educación y en nuestra profesión.

La educación y los cambios sociales se retroalimentan. Es necesario incluir el tratamiento formal de la muerte en todos los niveles del sistema educativo. Ello ayudará a la liberación personal y social a través del conocimiento y, a los profesionales de la salud, entre otras cosas, nos permitirá ayudar a los moribundos a mantener e incluso a recuperar la dignidad humana durante el proceso de la muerte, muchas veces despojada por el propio sistema de salud.

La noción de trascendencia en los últimos momentos de la vida alivia la angustia. Es frecuente que sea responsabilidad de los médicos acompañar en ello y hacer de este un momento compasivo, respetando la autonomía del enfermo y favoreciendo una muerte digna.

Ya hemos iniciado el recorrido en este sentido. Abordar el tema es complejo, incómodo y conflictivo, pero inevitable. La negación y la falta de conocimiento llevan al miedo... ¿Quiénes se benefician con ello?

El ser humano no puede escapar a situaciones límites como la muerte. Reflexionar sobre ella nos conduce a un cambio de valores en nuestra vida. Si esta reflexión se plantea desde el sistema educativo y las instituciones, el cambio será más accesible a toda la sociedad. Redundará en dignificar no solo la muerte, sino también la vida.

"Morir es de vital importancia." - Elisabeth Kübler-Ross.

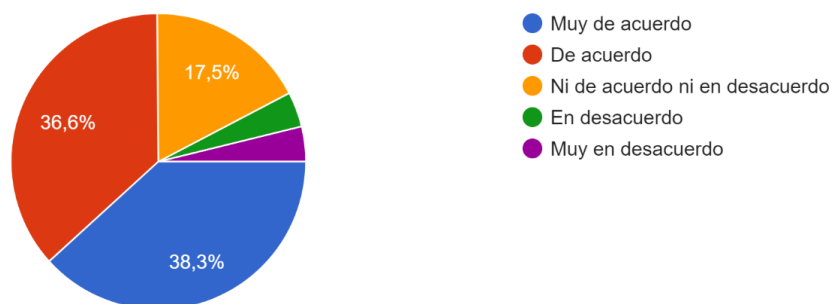
Resultados de las encuestas:

Resultados de encuestas sobre la eutanasia dirigida a estudiantes de secundario avanzado (5to Año), cuidadores jóvenes de adultos mayores y familiares de diferentes edades de personas internadas en los policlínicos de Pami.

N = 183

1- En el caso de que a vos o a un familiar le diagnostican una enfermedad terminal (que produce gran sufrimiento) y el médico ofrece una medicación...algún tratamiento que facilite la muerte sin dolor.

183 respuestas

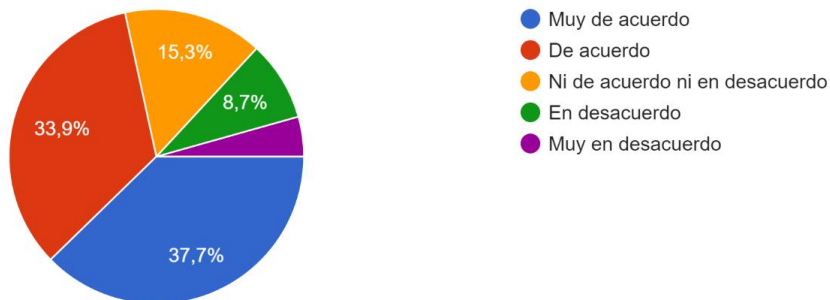


$\bar{x} = 4.02 \pm 1.03$

Moda = 5

2- Cualquier persona tiene derecho a decidir la forma y el momento de su muerte.

183 respuestas

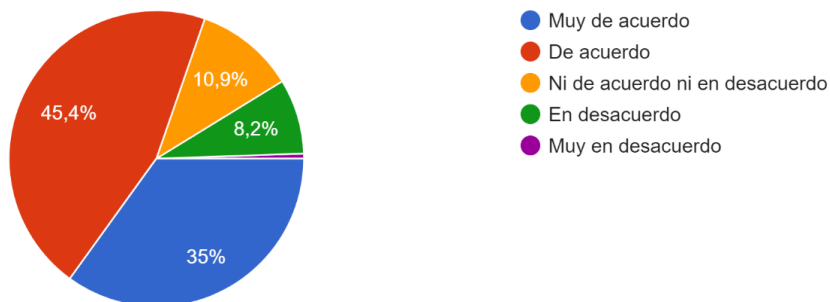


$\bar{x} = 3.92 \pm 1.13$

Moda = 5

3- Es una opción suspender el tratamiento, si vos o un familiar, estuviesen en una etapa terminal de una enfermedad.

183 respuestas

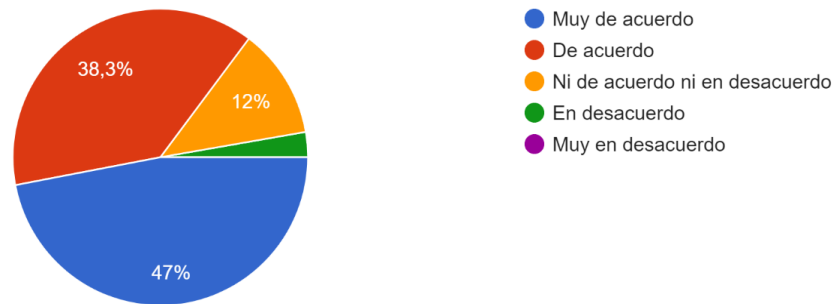


$\bar{x} = 4.05 \pm 0.93$

Moda = 4

4- Dejar escrita la voluntad anticipada de recibir o no un tratamiento ante una enfermedad terminal.

183 respuestas

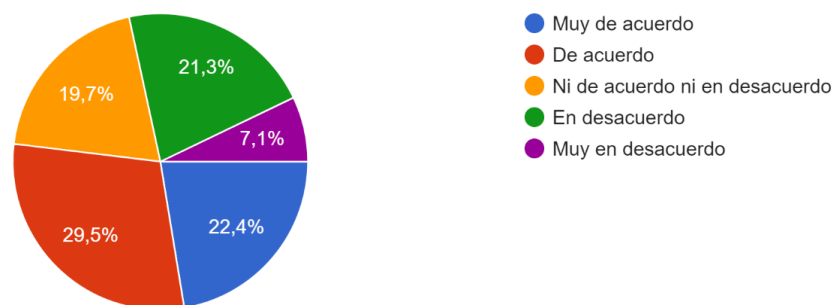


$$\bar{x} = 4.3 \pm 0.78$$

Moda = 5

5- Un médico decide retirarle medidas de soporte vital a un paciente terminal de acuerdo a la ley vigente que lo respalda.

183 respuestas

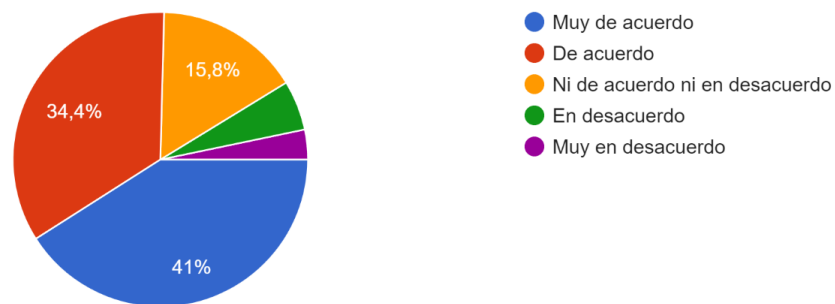


$$\bar{x} = 3.39 \pm 1.24$$

Moda = 4

6- La decisión de la forma y el momento de la muerte es un derecho de cada paciente.

183 respuestas

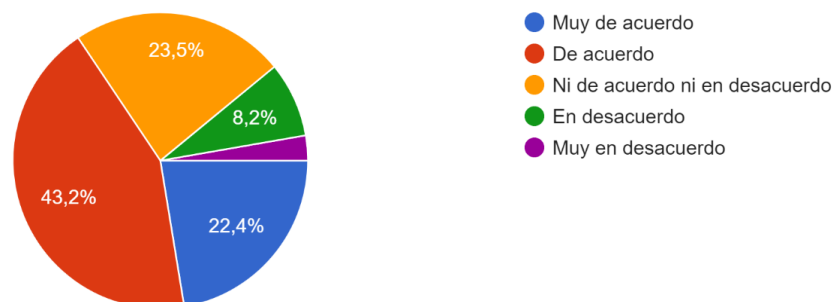


$\bar{x} = 4.04 \pm 1.04$

Moda = 5

7- La opinión de la familia sobre las medidas de soporte vital en un paciente con enfermedad terminal es muy importante.

183 respuestas

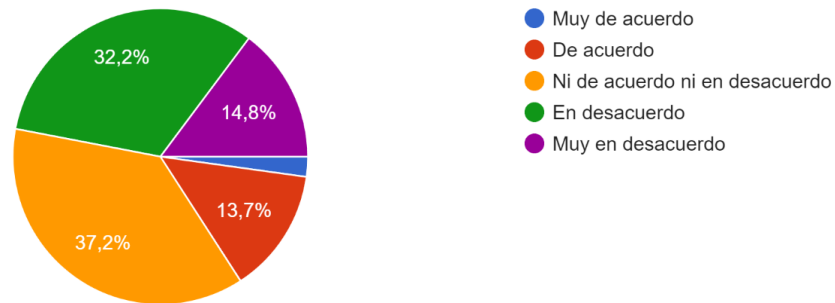


$$\bar{x} = 3.74 \pm 0.98$$

Moda = 4

8- Teniendo un familiar en estado terminal le pedís al médico que realice un tratamiento que prolongue su vida.

183 respuestas

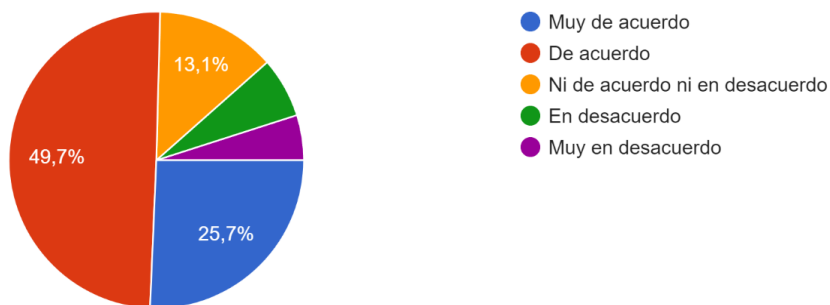


$$\bar{x} = 3.44 \pm 0.98$$

Moda = 3

9- La eutanasia es el uso de practicas medicas que lleven al paciente a su fallecimiento para evitar su sufrimiento.

183 respuestas

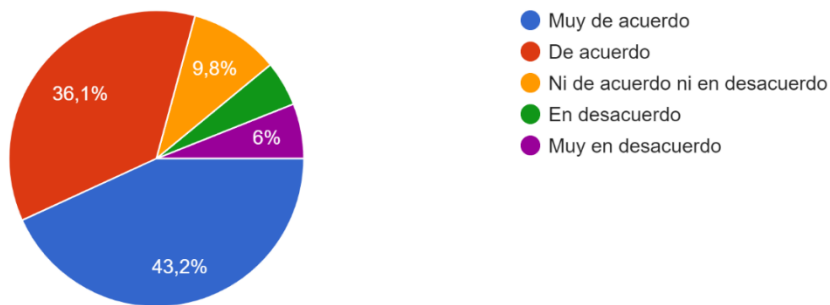


$\bar{x} = 3.84 \pm 1.04$

Moda = 4

10- Debería existir una ley que respalde el accionar del medico cuando un paciente tiene una enfermedad irreuperable/incurable y solicita el fin de su sufrimiento y de su vida.

183 respuestas



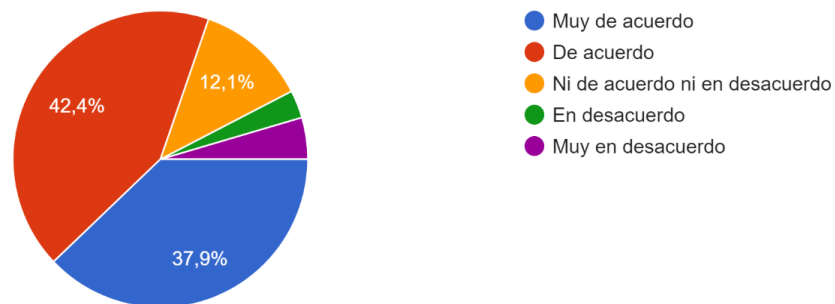
$\bar{x} = 4.05 \pm 1.13$

Moda = 5

Resultados de encuestas sobre la eutanasia dirigida a profesionales de la salud

N = 66

1- Un paciente con enfermedad terminal, considerado clínicamente irreversible, se encuentra sufriendo...como profesional de salud (amparado por ...arle un fármaco que facilite su muerte sin dolor.
66 respuestas

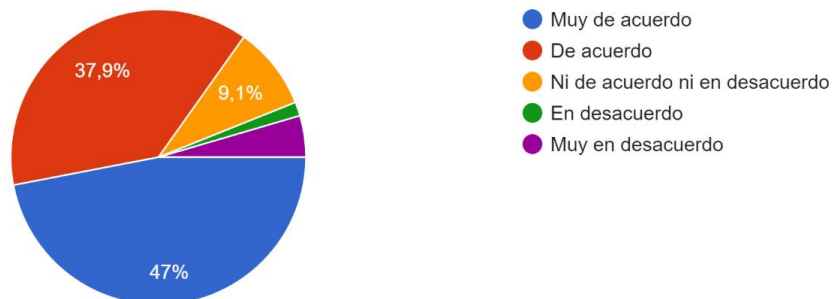


$\bar{x} = 4.06 \pm 1.02$

Moda = 4

2- Es un derecho de paciente decidir la forma y el momento de su muerte.

66 respuestas

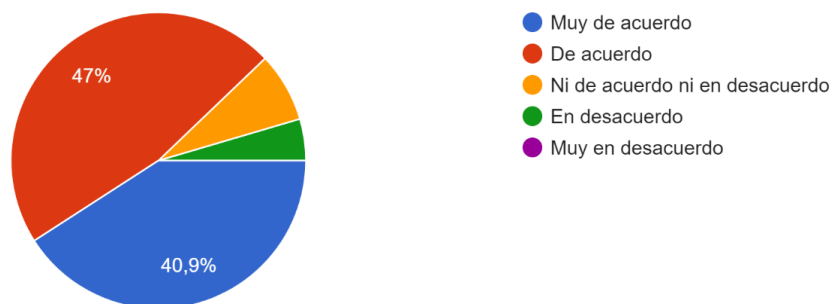


$$\bar{x} = 4.21 \pm 1$$

Moda = 5

3- Es una opción suspender el tratamiento, si usted o un familiar, se encuentran cursando una etapa terminal de una enfermedad.

66 respuestas

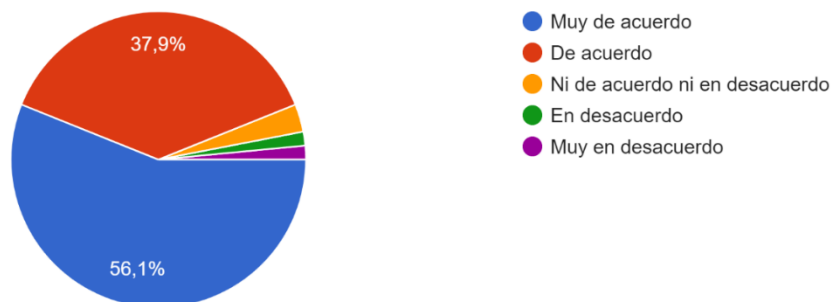


$$\bar{x} = 4.24 \pm 0.79$$

Moda = 4

4- Dejar por escrito la voluntad anticipada de recibir o no un tratamiento en caso de una enfermedad terminal.

66 respuestas

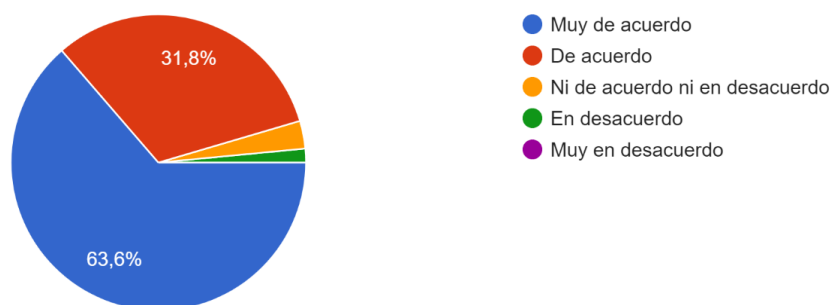


$$\bar{x} = 4.45 \pm 0.77$$

Moda = 5

5- Es necesaria una ley que ampare al profesional de salud a retirar medidas de soporte vital a un paciente terminal, según su deseo o el de su familia.

66 respuestas

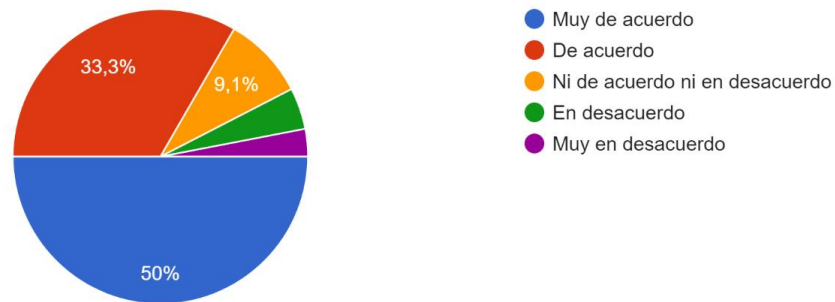


$$\bar{x} = 4.58 \pm 0.63$$

Moda = 5

6- La decisión de la forma y momento de la muerte es un derecho de cada paciente.

66 respuestas

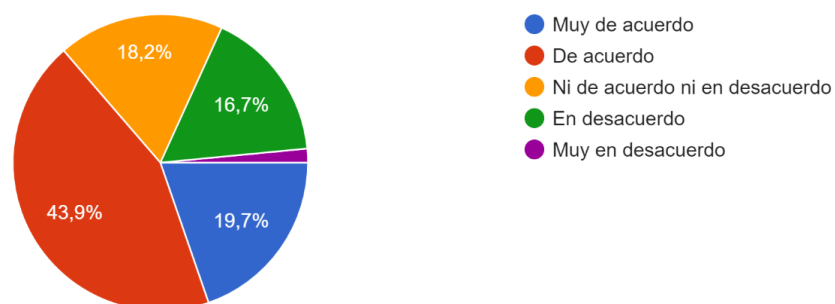


$$\bar{x} = 4.23 \pm 1$$

Moda = 5

7- Es muy importante la opinión de la familia de un paciente terminal a la hora de tomar medidas de soporte vital.

66 respuestas

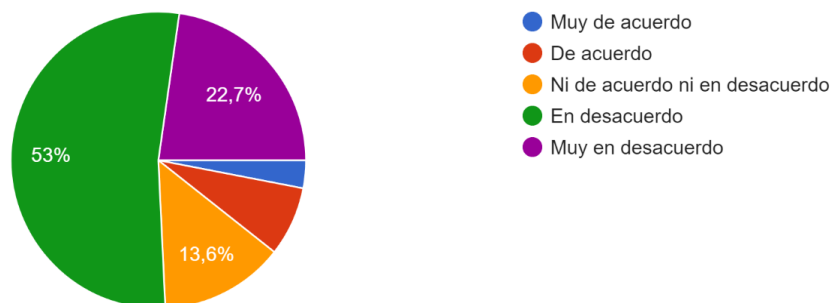


$$\bar{x} = 3.62 \pm 1.07$$

Moda = 4

8- Ante un paciente terminal se realizan medidas de reanimación, soportes extraordinarios y tratamiento farmacológico con el objeto de prolongar su vida.

66 respuestas

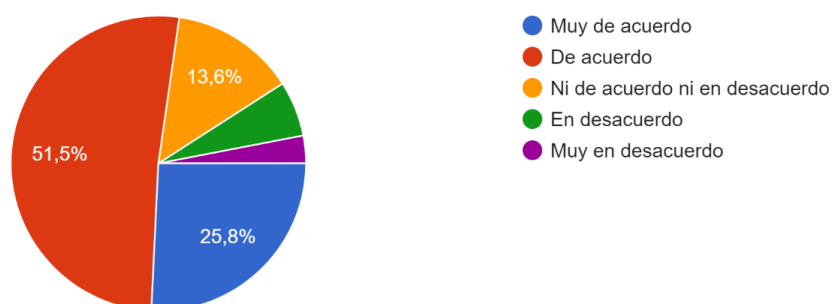


$$\bar{x} = 3.85 \pm 0.96$$

Moda = 4

9- La eutanasia es el uso de prácticas médicas que precipitan el fallecimiento del paciente con la intención de evitar que sufra demasiado, en un cuadro de enfermedad terminal e irreversible.

66 respuestas

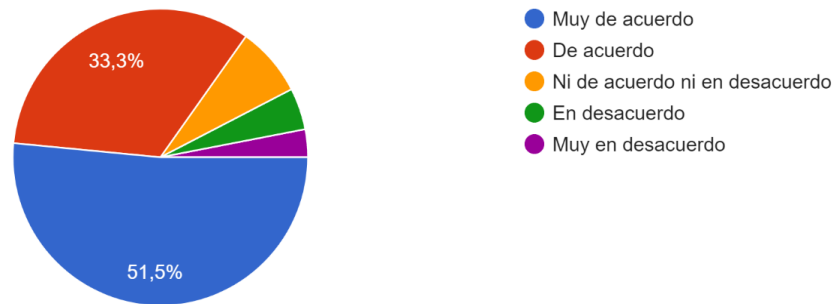


$$\bar{x} = 3.91 \pm 0.96$$

Moda = 4

10- Debería existir una ley que respalde el accionar del médico cuando un paciente tiene una enfermedad irrecuperable/incurable y solicita el fin de su sufrimiento y su vida.

66 respuestas



$\bar{x} = 4.26 \pm 1$

Moda = 5

Resultados finales

General:

Promedio

N= 183

Media = 3,88

Desvió = 0,61

Médicos:

Promedio

N=66

Media= 4,14

Desvió = 0,58

Referencias Bibliográficas:

1. Zeno, "Reflexiones" diario La Capital, Rosario, 1° de octubre de 2005
2. Cagnolati, A.; Hernández Huerta, J. L. La Pedagogía ante la Muerte: reflexiones e interpretaciones en perspectivas histórica y filosófica. Simposio de Historia de la Educación. Actas. Salamanca: FahrenHouse. 2015
3. Maglio, F. Una mirada antropológica. Criterio digital. Año 1998 [citado Jun 2018]. N° 2215 Disponible en: http://www.revistacriterio.com.ar/bloginst_new/1998/04/30/una-mirada-antropologica-francisco-maglio.
4. D'Ovidio, Rogelio. "Del cuerpo al Espíritu. Un camino de sanación" Buenos Aires: Editorial Deva's; 1995
5. de la Herrán, A., & Cortina. M. Fundamentos para una Pedagogía de la Muerte. Revista Iberoamericana De Educación, 41(2), 1-12. enero 2007. Disponible en: <https://rieoei.org/RIE/article/view/2475>
6. Kübler-Ross, E. Conferencias. Segunda edición. España: Luciérnaga, S.L., 1996.
7. Frankl Viktor E. El hombre en busca del sentido. Con un prefacio de Gordon W. Allport. Barcelona: Editorial Herder.1991

8. Manzini, J.L. Reflexiones acerca de la muerte digna. 2012
ppct.caicyt.gov.ar/index.php/bcacem/article/download/1434/1206
9. Taboada R, P. El derecho a morir con dignidad. Acta Bioethica 2000; año VI, n° 1
Disponible en:
<https://actabioethica.uchile.cl.index.php/AB/article/download/16940/17643/>
10. Bioética-Debat.Org [internet] Barcelona, Cataluña (España): Bioética I Debat Ediciones SL
[mayo 2005; citado jun 2018] Vejez y final de la vida: hacia una despenalización de la
eutanasia: Declaración del Instituto Borja- 2005. Disponible en: <http://www.bioetica-debat.org/modules/news/article.php?storyid=45>
11. OMS. Definición de terapia paliativa www.who.int/cancer/palliative/es/
12. Lifschitz, A. Morir con dignidad. Rev. Med.IMSS (Mex) 1995; 33:9-16
13. Jacob, G, Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de salud. 1° ed. Ciudad
Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2014. Disponible en:
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000885cnt-2016-09-manual-cuidados-paliativos-para-la-atencion-primaria-salud.pdf>
14. Peretti, C.M. (Actual). Resultados de encuesta sobre la eutanasia dirigido a gente común
[Gráfico de tortas]. Recuperado de [https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdX3FdK-s8XrGUnu5FamH4fVlxEqx2eJFRQ7WXgT2CjGGqUSg/viewform?usp=sf_link]
15. Peretti, C.M. (Actual). Resultados de encuesta sobre la eutanasia dirigido a profesionales
de la salud [Gráfico de tortas]. Recuperado de [https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdhMMLvmd0iJx6YIZDyPrBSErwuCgq85zXhfX083wMlpg7jLQ/viewform?usp=sf_link]