

*Universidad Abierta Interamericana*

*Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud*

*Carrera de Medicina*



# **CONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS SOBRE EL CONCEPTO DE EUTANASIA EN ARROYO DULCE (BA)**

**01/06/15-31/08/15**

**Ley de Muerte Digna**

**Alumna: BLAZEVIK, Narela.**

**Tutor: SWINNY, Susana Alicia.**

**Cotutor: AYBAR MAINO, Jerónimo.**

**Mail: naru\_074@hotmail.com**

**Año: 2015**

## ÍNDICE

Resumen.....	Página 4
Introducción.....	Página 6
Marco teórico.....	Página 9
Problema.....	Página 24
Objetivos.....	Página 25
Materiales y métodos.....	Página 26
Aspectos generales de la Ley 26742.....	Página 33
Capítulo I	
¿Conocemos lo suficiente sobre Eutanasia?.....	Página 38
Capítulo II	
Profundizando el conocimiento.....	Página 49
<i>II.1 Sobre la eutanasia en términos médicos.....</i>	<i>Página 50</i>
<i>II.2 Sobre las prácticas que existen respecto al tema.....</i>	<i>Página 58</i>
<i>II.3 Sobre las opiniones encontradas.....</i>	<i>Página 65</i>
<i>II.4 Ley de Muerte Digna.....</i>	<i>Página 76</i>
Capítulo III	
¿Qué elegimos a la hora de hablar de nosotros mismos?.....	Página 81
<i>III.1 Sobre lo que elige la mayoría en la Argentina y en la localidad.....</i>	<i>Página 82</i>
<i>III.2 La propia elección.....</i>	<i>Página 94</i>
<i>III.3 La propia opinión del significado etimológico del término.....</i>	<i>Página 104</i>
<i>III.4 la opinión final ¿A favor o en contra de la eutanasia?.....</i>	<i>Página 109</i>

Discusión.....	Página 116
Conclusiones.....	Página 121
Anexos.....	Página 125
Bibliografía de consulta.....	Página 129

## RESUMEN

**Introducción:** La vida, en todas sus variables, resulta tan compleja de analizar como las consecuencias que derivan de su estudio. El ciclo vital finaliza indefectiblemente con la muerte. Ella puede ser de carácter natural, siendo el hombre mismo el encargado de aceptarla pero cuando es acompañada de la mano del hombre, y en especial del profesional de la salud quien la induce o provoca, entran en juego diferentes variables conocidas algunas y desconocidas otras. Surgen entonces los conceptos de Eutanasia y, Muerte digna

El conocimiento cierto o erróneo y/ o desconocimiento sobre el significado de estos términos sus implicancias y consecuencias, argumentación a favor o en contra permitirán al lector conocer las opiniones de los habitantes de Arroyo Dulce sobre la temática en cuestión.

**Objetivo Principal:** Indagar sobre el conocimiento de la eutanasia y los derechos de las personas en relación a la Ley de muerte digna en pobladores que habitan en la localidad de Arroyo Dulce, provincia de Buenos Aires.

**Material y Métodos:** Se hará un estudio de descriptivo, transversal. Los datos serán recopilados mediante una encuesta anónima, voluntaria, estructurada y no validada, dirigida a 100 pobladores de la Localidad de Arroyo Dulce. comprendidos en un rango etario de 18 a 80 años de edad, que concurren a la Unidad Sanitaria de la localidad, entre los meses de Junio, Julio y Agosto del corriente año.

**Resultados Obtenidos:** Sobre un total de cien personas entrevistadas: ochenta y seis se manifestaron a favor, mientras que sólo catorce en contra. Cualitativamente, sobre un total de cuarenta y nueve mujeres, cuarenta y cinco, es

decir, una proporción del 0,92 se mostró a favor, mientras que cuatro, o sea el 0,8 en contra. Para el caso de los hombres entrevistados, sobre un total de cincuenta y uno, cuarenta y uno, proporcionalmente el 0,8 se mostró a favor, y diez, o sea el 0,2 en contra.

**Conclusiones:** La población de la localidad conoce, aunque de manera incompleta la temática sobre eutanasia.

La mayoría de los entrevistados asocia el término con las acciones, no así con las omisiones, creyendo conveniente la intervención médica en enfermedades irreversibles o terminales.

Existe en general un desconocimiento de la Ley de muerte digna, inclinándose en su mayoría a favor de la Eutanasia.

## INTRODUCCIÓN

*“Todo aquel que tiene una razón para vivir puede soportar cualquier forma de hacerlo”. (Friedrich Nietzsche)*

*“Vivir bien es mejor que vivir”. (Aristóteles)*

La vida, en todas sus vertientes posibles, resulta tan compleja de analizar como las consecuencias que derivan de su estudio; sabido es que el ciclo natural de todo ser viviente (y no sólo nos referimos a los humanos) culmina con su muerte: ahora bien, cuando la misma es de origen natural, la complejidad se traduce en la ética del entendimiento humano en aceptarla, pero cuando es acompañada de la mano del hombre, y en este caso del profesional médico para inducirla, ésta se vislumbra más directamente aún que en el caso anterior, ya que entran en juego variables de todo tipo: desde las más reconocidas hasta aquellas que no se tenía conocimiento de su existencia. Por ello, se comienza este trabajo con dos frases de célebres filósofos sobre el tema elegido: la eutanasia. Con ello, se pretende anticipar el delineamiento del presente proyecto; saber que habrá voces encontradas es el primer paso para acercarse al conocimiento. Más adelante se delimitara el concepto, aquí sólo se dirá que las opiniones que existen son disímiles y que los argumentos que sustentan una u otra postura al respecto deben ser analizados a luz del contexto espacial y temporal del estudio.

Por ello, este trabajo tiene como propósito mostrar en primer lugar, mediante el análisis de las variables pertinentes, el conocimiento cierto o erróneo y/ o desconocimiento sobre el significado del término, sus implicancias, consecuencias, etc. de una población definida en cuanto a espacio y franja etaria;

y por otro lado realizar un relevamiento cuantitativo y cualitativo, a modo de comparación entre aquellos que argumentan a favor de la eutanasia y los que no, arribando a conclusiones propias que resultarán de la lectura reflexiva de los mismos. Conocer, comparar, analizar y concluir sobre lo antes dicho, resulta de suma importancia para este trabajo, ya que la localidad de la cual soy oriunda, no cuenta con un estudio de tal magnitud; esto es, si bien existen estudios e informes sobre la eutanasia a nivel mundial, nacional, etc. a nivel local esto no es así, y se cree que la importancia del tema merece analizarlo desde la variable espacial antes descripta.

Antes de comenzar a delimitar el trabajo, se hace necesario detenerse un momento para sintetizar los resultados obtenidos sobre el tema: retrocediendo en el tiempo y siguiendo a Pablo Przygoda "...Existen documentos suficientes para sostener que la eutanasia era una práctica de aceptación generalizada en las antiguas Grecia y Roma..."<sup>i</sup> y continúa el mismo autor "...la doctrina cristiana...afianzó la oposición...en el pensamiento médico europeo a partir de la Edad Media..."<sup>ii</sup>. Según señala el autor, el punto de inflexión se da a partir del cambio en el escenario donde se produce: del hogar al hospital. Comenzando por Holanda, un país que institucionalizó la práctica en 1992 definiendo claramente su postura, siguiendo por Latinoamérica donde la dicotomía de posturas es tan amplia como los países que lo componen y culminando por Estados Unidos, donde la discusión llega al marco jurídico, se puede afirmar que es un tema que lejos de ser acabado en cuanto a los parámetros y opiniones al respecto, aún en aquellos países que llamaron a la opinión social, no se ha llegado a un acuerdo

definitivo, no sólo con respecto a los casos en donde la eutanasia pueda tener lugar, sino con respecto a que sus argumentos sean aceptados y/o rechazados. El autor mencionado arroja datos cuantitativos con respecto al tema, y si bien por cuestiones de espacio no es posible detenerse en todas, si se afirmará que en el caso de la Argentina, en ocasión de una encuesta a 172 médicos, el resultado fue el siguiente: "...si bien el 95%...dijo haber tenido contacto con enfermos terminales, 53% manifestó no tener conocimiento suficiente sobre prácticas relacionadas con el fin de la vida...57% habían decidido no tratar y 7% habían practicado eutanasia activa..."<sup>iii</sup>

Por último, se quiere destacar que los resultados expuestos anteriormente son a nivel mundial, regional y/o nacional, pero como se adelantó, localmente no existe tal análisis. Además, el recorrido temporal muestra la disparidad de opiniones al respecto, tanto de los profesionales de la salud, como del resto de la sociedad. Tal vez un ejemplo de ello sea escuchar las propias voces de sus protagonistas: "...el 1% de los enfermos terminales...lo que supone alrededor de 2000 personas, pide cada año a sus médicos que le aplique la eutanasia..."<sup>iv</sup>, a la vez que "...los médicos recordaron que tratar el dolor "no es una cuestión opcional, sino un imperativo ético" del médico..."<sup>v</sup>.

No obstante lo expuesto, es menester recordar que desde el mes de mayo del 2012, se sanciona en Argentina la Ley 26742, sobre derechos del paciente, en la que se hace una mención especial sobre la Autonomía de la voluntad, para aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos.

## MARCO TEÓRICO

El alcance del presente ante proyecto se corresponde con conceptos definidos científicamente a través de fuentes fidedignas de información que el futuro lector necesita conocer para poder leer más allá de las líneas escritas en el mismo. Es decir, todo autor que inicia un proyecto de investigación, sin diferenciar la índole del mismo, es ante todo un ser subjetivo, que dentro de la búsqueda del conocimiento certero y fiable traspone constantemente su objetividad para lograrlo, siendo necesario como antesala a la propia investigación, definir o mejor dicho conceptualizar términos que a lo largo del mismo se irán trabajando. Por ello, en este apartado se brindarán definiciones de aquellos conceptos que se entienden necesarios conocer previamente al desarrollo de la investigación.

En primer lugar, es menester conceptualizar el actor principal del presente trabajo: **la sociedad**, es decir, en este caso los habitantes de la localidad de Arroyo Dulce, cuya franja etaria recorre desde los dieciocho a los ochenta años aproximadamente. La elección de la franja etaria responde en este caso a un criterio de agrupación de los sujetos activos de acuerdo a lo que se conoce como población económicamente activa en términos científicos y a la población pasiva definitiva, que si bien se definen a través de parámetros económicos resultan perfectamente aplicables al caso de estudio. Dicho esto, la *población económicamente activa* "...la integran las personas que tienen una ocupación o que sin tenerla la están buscando activamente..."<sup>vi</sup>; en otras palabras elegimos la variable económica para definir el grupo de población que ocupa este proyecto porque coincidimos con la Organización Mundial de la Salud cuando al referirse

al envejecimiento de la población, toma tácitamente el concepto antes expuesto para explicarlo: "...El envejecimiento de la población mundial —en los países desarrollados y en desarrollo— es un indicador de la mejora de la salud en el mundo. El número de personas con 60 años o más en todo el mundo se ha duplicado desde 1980, y se prevé que alcance los 2000 millones de aquí a 2050...Las personas de edad realizan importantes contribuciones a la sociedad, ya sea en el seno de sus familias, realizando labores de carácter voluntario o participando de forma activa en la fuerza de trabajo. La sabiduría que han adquirido a lo largo de su vida los convierte en un recurso social esencial..."<sup>vii</sup>, a lo que se le suma, claro está la dimensión ética y social del concepto. Ahora bien, queda definir la población pasiva definitiva: entendida como aquella mayor de 65 años, la OMS señala la importancia de conocer las cifras de de la misma: "...La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados. Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%..."<sup>viii</sup>, ya que además de aumentar en número, la experiencia de vida que adquirieron con el paso de los años, hacen de la sabiduría una cualidad esencial que no se puede dejar de tener en cuenta. Delimitados ambos conceptos, se puede ahora dar cuenta de los sujetos activos y protagonistas del presente proyecto: personas de la localidad cuyo aporte traducido en su fuerza de trabajo y experiencia de vida, ha sido el sustento de otros que hoy le siguen y que reemplazan esa fuerza de trabajo local; por otro lado, ética y socialmente la experiencia hace un recurso de investigación valioso a la hora de mostrar la trayectoria de la problemática elegida. Sin distinción de sexo,

la población que actuará como protagonista del presente proyecto, es el conjunto de los habitantes de la localidad que tienen entre 18 y 80 años.

Delimitados los sujetos, toca ahora detenerse en dos conceptos que cotidianamente son utilizados en diferentes ámbitos, dos conceptos que se suponen sobreentendidos más allá del sujeto se exprese en cuanto a ellos, pero que en realidad la complejidad que revisten los mismos, se hace aún más manifiesta cuando se trata de delimitarlos y relacionarlos. En este caso, se trata a ambos de forma conjunta porque el último término que definiremos se encuentra claramente vinculado a ambos: se hace referencia al concepto de vida y al concepto de muerte como términos que es menester conceptualizar primero, para luego de relacionarlos, poder llegar a definir a la eutanasia como concepto que actuará como pilar fundamental a lo largo del presente proyecto.

11

Comenzando por la **vida**, y siguiendo la línea biológica del concepto, el conocimiento generalizado la asocia con la simple reproducción, pero esta definición es un tanto ambigua y simple; la misma proviene de la raíz etimológica de la palabra: "...vida deriva del vocablo latín *vita*, que a su vez se condice con el griego *bios*..."<sup>ix</sup> y con ello "...el concepto de vida puede ser definido desde diversos enfoques. La noción más habitual está vinculada a la Biología, que sostiene que la vida es la capacidad de nacer, crecer, reproducirse y morir. En este sentido, la vida es aquello que distingue a hombres, animales y plantas, por ejemplo, de los objetos como una roca o una mesa. La vida también es el estado de actividad de los seres orgánicos y la fuerza interna que permite obrar a aquel que la posee. Otra forma de interpretar la vida está vinculada a la capacidad de un

ser físico de administrar sus recursos internos para adaptarse a los cambios que se producen en su medio...”<sup>x</sup> por ello, para complementar la definición anterior se elige tomar la siguiente: “...La vida es la dilación en la difusión o dispersión espontánea de la energía interna de las biomoléculas hacia más microestados potenciales...”<sup>xi</sup>, dejando en claro que la misma es de carácter operacional y que no es la única que existe al respecto. Se entiende que la definición de Nahle se ajusta a la concepción objetiva que se busca en este proyecto, porque a partir de conceptos y palabras se trata de delimitar una variable, de ahí su carácter operacional que adopta el mencionado autor, por entender que no existe una definición directa de la vida. Pero no se puede dejar de mencionar cómo desde el marco legal argentino se define a la vida; aquí se produce la primera dicotomía: la ley argentina no define directamente qué se entiende por vida, pero si la menciona explícitamente con fines específicos: si se puede anticipar que el pensamiento legal considera a la vida ante todo como un derecho: por ejemplo “...Nuestra Constitución Nacional, que desde su reforma de 1994, ha incorporado en su art.75 inc.22 una serie de tratados a los cuales les ha otorgado “en las condiciones de su vigencia” jerarquía constitucional. Dentro de esos tratados, existe la “Convención Americana de Derechos Humanos”, más conocida como Pacto de San José de Costa Rica que en su art.4 inc.b ordena a todos los estados firmantes proteger la vida desde la concepción...”<sup>xii</sup>, y lo mismo puede leerse en las Constituciones provinciales. Lo que resulta de la lectura del texto de la ley, es que explícitamente la vida queda caracterizada como un derecho que desde la concepción debe protegerse.

Esbozado el significado de vida, **la muerte** es otro de los conceptos que se toman aquí; para comenzar se seguirá la misma línea de definición: entendida como "...el fin de la vida...El cese irreversible de la actividad cerebral (conocido como muerte cerebral) equivale para la ciencia como el final de la vida... En este sentido, se tiene que dejar patente que existen muchas formas de que la vida de una persona llegue a su fin..."<sup>xiii</sup> es decir, si bien prima facie el significado del término es universalmente reconocido y aceptado por toda la sociedad, esta unanimidad se desdibuja cuando se trata de las formas en la que la vida puede llegar a su fin o cuando intervienen cuestiones éticas, legales y/o sociales. Sin entrar en detalle del debate en torno a ello, se aboca a coincidir con la OMS cuando determinaba que no existía una concepción legal universalmente aceptada sobre qué debe entenderse por muerte: en un artículo publicado por el diario El País se expresaba "...La definición legal de la muerte es, a juicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), una imperiosa necesidad para evitar errores y fallos en los métodos de los diagnósticos. "La constatación de la muerte no es sólo una cuestión médica, sino que también es legal", estima la OMS..."<sup>xiv</sup>. Por último, se centrará en una conceptualización del término más específica: "...En 1966, un grupo de médicos de la Universidad de Harvard propusieron el concepto de muerte cerebral, que se fue modificando a lo largo de los años y que en la actualidad ya se acepta internacionalmente. En México, la Ley General de Salud (reformada el 26 de mayo de 2000) define la muerte de la manera siguiente:

*Art. 344. La muerte cerebral se presenta cuando existen los siguientes signos:*

*I. Pérdida permanente e irreversible de conciencia y de respuesta a estímulos sensoriales.*

*II. Ausencia de automatismo respiratorio, y*

*III. Evidencia de daño irreversible del tallo cerebral, manifestando por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.*

*Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas.*

*Los signos señalados en las fracciones anteriores deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas:*

*I. Angiografía cerebral bilateral que demuestra ausencia de circulación cerebral, o*

*II. Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica cerebral en dos ocasiones diferentes con espacio de cinco horas...<sup>xv</sup>.*

De acuerdo con esta definición, el diagnóstico de muerte cerebral requiere ausencia de funciones de la corteza y del tallo, junto con falta de circulación cerebral; sin embargo, se ha propuesto que sólo se tome en cuenta la falta permanente e irreversible de las funciones de la corteza...” continúa diciendo Pérez Tamayo, R. reflejando con ello, dos situaciones antagónicas en las que el fin de la vida tiene lugar. Sin entrar en detalle de ello por cuestiones de espacio, sólo se remitirá a la definición del mencionado autor, no sin antes dejar explícita la conceptualización que la ley argentina hace de la misma: “...El fallecimiento de una persona se considerará tal cuando se verifiquen de modo acumulativo los siguientes signos,

que deberán persistir ininterrumpidamente seis (6) horas después de su constatación conjunta: a) Ausencia irreversible de respuesta cerebral, con pérdida absoluta de conciencia; b) Ausencia de respiración espontánea; c) Ausencia de reflejos cefálicos y constatación de pupilas fijas no reactivas; d) Inactividad encefálica corroborada por medios técnicos y/o instrumentales adecuados a las diversas situaciones clínicas, cuya nómina será periódicamente actualizada por el Ministerio de Salud y Acción Social con el asesoramiento del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI). La verificación de los signos referidos en el inciso d) no será necesaria en caso de paro cardiorrespiratorio total e irreversible...<sup>xvi</sup>. De este modo, actualmente en diversos países se cuenta con una definición legal acerca de qué se entiende por muerte, y la Argentina en el texto de la ley 24.193 lo deja claramente explícito.

15

Por último, el concepto central de este ante proyecto: **la eutanasia**. La complejidad que reviste comienza ya desde el significado de la palabra. Según el Real Diccionario de la Academia Española, EUTANASIA deriva del griego *efthanasía*= ef significa “bien” y Thanatos “muerte”, por lo tanto se traduce en una “buena muerte”. Este significado, se condice con la interpretación que la palabra tenía en la Antigua Grecia como muerte honorable, sin dolor, y citando a una página web chilena que define etimologías, se cita a Homero: “...Y entonces te llegará la muerte fuera del mar, una muerte muy suave que te consuma agotado bajo la suave vejez...” (La Odisea, canto XI, verso 134)<sup>xvii</sup>. Pero entonces, ya se encuentra la dicotomía: la misma página cita un pasaje del médico griego Hipócrates (460 A.C. – 370 A.C.), donde en su Juramento prohíbe a los médicos la

eutanasia activa y la ayuda para cometer suicidio: “A nadie le daré una droga mortal, aun cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin...”<sup>xviii</sup>. Es decir,

habla de la eutanasia como forma de muerte sin dolor, mientras que por otro, la tradición médica griega se muestra reticente a su práctica.

Esta confrontación de significados de la palabra, no se agota en la perspectiva histórica, sino que trasciende las fronteras del tiempo; si bien actualmente se cuenta con una definición del término, aún se encuentran diferentes elementos que son tenidos en cuenta a la hora de especificar el significado. Estas definiciones actuales son:

- En primer lugar, la que nos acerca el Real Diccionario de Academia Española: “...acción u omisión, que para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él...”. Aquí, hay por lo menos dos elementos que se traducen de la lectura de la definición: por un lado la eutanasia puede consistir en un acto de acción, pero también de omisión; y por otro, nos aproxima a uno de los grandes focos de discusión actuales: el consentimiento. Aquí el mismo, puede estar presente o no, lo cual no obsta a que la práctica de la eutanasia sea definida por el mismo. Además, la definición nos deja explícitamente el objetivo que la práctica tiene: esto es evitar el sufrimiento.
- Más concisa es la definición que nos deja la Organización Mundial de la Salud: “...define la eutanasia como aquella acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente...”<sup>xix</sup>. Si comparamos esta

conceptualización con la anterior, podemos encontrar diferencias, como por ejemplo que en este segundo caso sólo se habla explícitamente de la “acción” y no se expresa la omisión como forma de práctica eutanásica. Coloca el foco de atención en el médico, él sería el sujeto activo porque es quien lleva a cabo la práctica, mientras que el paciente se repliega a la pasividad de la situación.

- En una situación intermedia entre las dos anteriores, se encuentra la definición que Javier Vega Gutiérrez acerca: comienza con la raíz etimológica de la palabra y luego la conceptualiza a partir de la diferenciación entre activa y pasiva: “...como sugiere su etimología...eutanasia significa “buena muerte”, en el sentido de muerte apacible, sin dolores, y con esta acepción la introdujo en el vocabulario científico Francis Bacon en 1623. Sin embargo, actualmente se entiende por eutanasia aquella acción...u omisión...encaminada a dar muerte, de una manera indolora, a los enfermos incurables...”<sup>xx</sup> y decimos intermedia porque no sólo compara la definición tradicional con la moderna, sino que no brinda una propia, a lo que le suma un interrogante: ¿Qué se entiende por enfermo terminal? Creemos que la definición se debe ser ampliada para su mejor entendimiento, ya que se abren varias preguntas que desde la lectura de la misma no pueden resolverse.
- Siguiendo a Pablo Przygoda, su definición propia de eutanasia nos habla de: “...es el acto de provocar la muerte con fines piadosos a un enfermo sin esperanzas y que sufre de un modo indoloro y relativamente rápido...”<sup>xxi</sup>.

Aquí también se encuentran varios elementos que pueden descomponerse en la definición: el objetivo, la condición que debe revestir el enfermo, la eutanasia como acción, etc.

- Planteada como uno de los principales paradigmas, Santiago Álvarez Montero, define la eutanasia como "...aquel acto que tiene como objetivo terminar deliberadamente con la vida de una persona que, al tener sufrimientos intolerables debido a una enfermedad terminal o irreversible, lo ha pedido expresamente..."<sup>xxii</sup>. Aquí se habla expresamente de la acción, no de la omisión, como también se hace referencia a la deliberación en la práctica de poner fin a la vida; habla expresamente de las causas, como lo es la enfermedad terminal o irreversible (lo que conduce nuevamente a tener que consultar otras fuentes para definir estos conceptos) y hace hincapié en el consentimiento que se necesita para practicarla. Se entiende que es una de las definiciones más completas, pero al igual que el resto, deja de lado la tendencia actual de considerar la omisión como forma de la práctica eutanásica.
- Es de utilidad detenerse un momento para dejar explícita la clasificación de los distintos tipos de eutanasia, porque parece de suma importancia conocer y guiar al lector por las clases de la misma, a los fines de comprender el tema. Para comenzar, se dirá que no existe una clasificación unánime al respecto, pero se puede afirmar que varios autores coinciden en algunos de los elementos que la componen. Por ejemplo, Pablo Przygoda clasifica la eutanasia desde la perspectiva de la voluntad del paciente al decir: "...En la

concepción médico legal, la eutanasia voluntaria es la administración por parte del médico de un agente letal con intención de terminar con la vida de un paciente terminal, ante el pedido directo del mismo. Ésta difiere de la llamada eutanasia involuntaria o finalización de la vida sin un pedido directo del paciente terminal que implica la administración de drogas para terminar con su vida sin mediar expreso pedido de éste. El suicidio asistido es la prescripción o administración de drogas o provisión de los medios necesarios por parte del médico con la intención explícita de permitir a un paciente terminal finalizar con su propia vida. El alivio de síntomas con opioides u otras drogas sedantes es la administración de dosis altas de medicación tales que pudieran acortar la vida del paciente. Esta provisión de tratamiento paliativo que puede tener efectos adversos fatales es conocida también como eutanasia por doble efecto...<sup>xxiii</sup>. Como se puede leer, el

19

omisión para obtener el resultado es la que exponen César Nombela Cano y otros: "...Eutanasia voluntaria: la que se lleva a cabo con consentimiento del paciente. Eutanasia involuntaria: (también llamada cacotanasia o coactiva): la practicada contra la voluntad del paciente, que manifiesta su deseo de no morir. Eutanasia no voluntaria: la que se practica no constando el

consentimiento del paciente, que no puede manifestar ningún deseo, como sucede en casos de niños y pacientes que no han expresado directamente su consentimiento informado. Eutanasia activa: la que mediante una acción positiva provoca la muerte del paciente. Eutanasia pasiva: el dejar morir intencionadamente al paciente por omisión de cuidados o tratamientos que están indicados y no son proporcionados...<sup>”xxiv</sup>. Es evidente, que este autor no sólo tiene en cuenta al paciente para clasificar la eutanasia, sino que además, la clasifica de acuerdo con las acciones u omisiones de quienes son los encargados de practicarla, hecho que el anterior autor no menciona. Continuando con el mismo autor, define además dos términos que son útiles a la hora de tratar el tema. “...Encarnizamiento terapéutico: (también llamado distanasia u obstinación o ensañamiento terapéutico): la práctica, contraria a la deontología médica, de aplicar tratamientos inútiles o, si son útiles, desproporcionadamente molestos para el resultado que se espera de ellos. Ortotanasia: el permitir que la muerte natural llegue en enfermedades incurables y terminales, tratándolas con los máximos tratamientos paliativos para evitar sufrimientos, recurriendo a medidas razonables...<sup>”xxv</sup>

- Por último, la posición de la ley argentina al respecto: como se entiende la complejidad de los términos utilizados en el caso, se remite a transcribir las modificaciones que se realizaron a la Ley Nº 26509, dispuestas por la Ley 26742, con los respectivos comentarios de su autora: Romina Barrenechea, por entender que su artículo es completo y fidedigno al respecto:

“...El 9 de Mayo pasado fue sancionada en Argentina la llamada Ley de “*muerte digna*” y promulgada de hecho el 24 de Mayo. Esta ley, que lleva el N° 26742, realiza importantes modificaciones a la Ley N° 26529 de octubre de 2009, que establece Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Esta nueva ley significa un avance y una ampliación de los derechos de las personas respecto de las medidas médicas frente a la eventual muerte.

Es importante destacar que el marco legal ahora vigente, no ampara lo que se denomina *eutanasia*...Se entiende entonces que la ***eutanasia*** es provocar la muerte sin dolor, a los efectos de que la persona a la que se le practique dicha técnica no sufra. Que sea con o sin consentimiento supone que la eutanasia remite tanto a personas que quieren morir por su propia voluntad (por cuestiones médicas u otras) como a personas que no quieren hacerlo, por ejemplo el caso de los condenados a muerte. Esta nueva ley tampoco ampara el denominado ***suicidio asistido***, que se diferencia de la eutanasia ya que se refiere a que es el mismo sujeto quien se da muerte, poniendo fin a su vida por medio del asesoramiento de un tercero sobre los métodos y/o técnicas necesarias. En cambio, a través del texto de la Ley se puede pensar en el concepto de ***muerte digna*** como el rechazo a la aplicación de procedimientos cuando sean desproporcionadas con relación a la mejoría respecto a la enfermedad o produzcan un sufrimiento intolerable. De este modo se encuentran tres términos que generan debate sobre la decisión de una persona respecto a su propia vida. La Ley 26529 hace referencia a que los pacientes

tienen derecho a aceptar/rechazar terapias y/o procedimientos médicos, agregándose ahora que tienen también derecho a rechazar distintos procedimientos, cuando la persona presente: *“una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación”*. Respecto de la diferenciación de los conceptos antes expuesta, en uno de sus artículos la Ley 26742 prevé que : *“Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, 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”*. Se entiende entonces que las personas tienen el derecho de rechazar determinados tratamientos, aun sabiendo que esto les provocará la muerte. Pueden existir circunstancias donde los pacientes manifiesten su voluntad respecto a poder ejercer su derecho a una muerte digna y es relevante pensar en el caso por caso, en la singularidad en situación. Pues a pesar de la existencia de una legislación que ampare dicho derecho, se encuentra frente a escenarios ante los cuales se tendrá que tomar una decisión, por ejemplo, quitarle el respirador artificial a alguien que se encuentre en estado de coma o en estado de inconsciencia permanente. Según lo expresa el texto de ley, los familiares a cargo podrán tomar esta decisión o bien hacer la voluntad del paciente si es que éste lo ha dejado por escrito legalmente. Aun así, una decisión siempre implica tomar una posición subjetiva frente a las

circunstancias. Situaciones como las mencionadas ameritan la intervención de psicólogos en tanto agentes de salud para poder asistir a esos sujetos que enfrentan la idea de abandonar la vida por determinada circunstancia, o que atraviesan la fase final de una enfermedad terminal. En principio, una evaluación general del sujeto puede tornarse necesaria para arribar a un diagnóstico diferencial que permita identificar los motivos de la decisión. Será importante distinguir, por ejemplo, si atraviesa un Trastorno Depresivo Mayor que lo lleve a tomar esa decisión, en cuyo caso, incluso, se pondría en duda si se trata de una verdadera decisión pues la misma supone sopesar distintas cuestiones y en este tipo de cuadros tal posibilidad está obturada por el padecimiento psíquico, sumado al padecimiento físico. Por otra parte es importante que pueda implementarse una red de contención para los familiares, tanto para aquellos que no aceptan la decisión del sujeto como para aquellos otros que sí lo aceptan pero que de todos modos tendrán que atravesar un duelo.

**PROBLEMA:**

¿Cuál es el conocimiento sobre la eutanasia y la Ley de derechos del paciente, en relación a la Ley de Muerte digna de la población de Arroyo Dulce, cuando la vida se está apagando?

## OBJETIVOS DE TRABAJO

### Objetivo General:

- Conocer cuál es el conocimiento de la población elegida sobre el concepto de eutanasia y su aplicación.

### Objetivos Específicos:

- Indagar sobre el conocimiento de la eutanasia y los derechos de las personas al respecto, en pobladores que habitan en la localidad de Arroyo Dulce, provincia de Buenos Aires.
- Analizar las voces protagonistas del presente trabajo, para que utilizando el método comparativo, se llegue a desentrañar los argumentos de las mismas, indicando el porqué de cada decisión.
- Verificar el conocimiento de un grupo etario de pobladores de Arroyo Dulce sobre el contenido de la ley de Derechos de los pacientes referido a la muerte digna teniendo en cuenta el sexo.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevará a cabo un estudio de tipo descriptivo, transversal. El mismo se realizará, en base a extracción de datos recopilados mediante una encuesta anónima, voluntaria, estructurada y no validada, dirigida a pobladores de la Localidad de Arroyo Dulce. Los mismos suman un total de 100, y estarán comprendidos en un rango etario de 18 a 80 años de edad, que concurren a la Unidad Sanitaria de la localidad, entre los meses de Junio, Julio y Agosto del corriente año. La elección de cada uno, no se realizó al azar, sino por conveniencia, es decir respondiendo a los fines de este trabajo.

Dichos datos fueron codificados y cargados en una planilla de datos en Microsoft Excel para su posterior procesamiento y análisis, siendo presentados en Gráficos de barras, mostrando valores absolutos y relativos sobre las respuestas obtenidas.

26

El ámbito geográfico del presente trabajo se emplaza en la localidad de Arroyo Dulce, partido de Salto, Pcia. de Bs As, la cual cuenta con aproximadamente, según el censo 2010, con 3500 habitantes.

En este apartado, se relacionarán dos cuestiones que hacen al presente ante proyecto: por un lado la elección de los materiales con los cuales se trabajará, y por otro se explicará el tratamiento que se le dará a los mismos. Es decir:

En primer lugar, y haciendo referencia a los materiales que se utilizarán para el presente, se hace necesario distinguir:

- a- El material humano, en este caso los sujetos activos protagonistas de la investigación: como se adelantó se trata de personas al azar sin distinción de sexo, cuya franja etaria recorre desde los 18 a los 80 años. todas ellas residentes de la localidad de Arroyo Dulce. La elección de los protagonistas, como se detallará más adelante, responde a una cuestión de agrupación económica, pero que resulta perfectamente valedera al caso que se trata. La intención es contar y enriquecer la información que se obtenga a través de la postura y/o conocimiento sobre la eutanasia en relación con la edad de cada uno.
- b- El material cuantificable: en este caso, se alude a las variables, que desde lo cualitativo y/o cuantitativo serán analizadas para el trabajo. las mismas serán:
- Datos de los sujetos. Cabe aclarar, que este trabajo respeta y se ajusta a la Ley 26529 “Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud” y su modificatoria Ley N° 26742; en vista a ello, y considerando las normativas de la ley, en este trabajo sólo se incluyen datos de los sujetos tales como: edad y sexo, pero en ningún caso se citará nombre propio o cualquier dato que indique una referencia que pueda identificarlo. Así, cada uno permanecerá en el anonimato y se respetará el principio de autonomía en cada una de sus respuestas, cumpliendo con lo que establece el artículo 2, inciso c y e: “...Derechos del paciente. Constituyen derechos esenciales en relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud...c) intimidad. Toda actividad médico asistencial

tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación...debe observar el estricto respeto por la dignidad humana...así como el debido resguardo a la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles...e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho 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 la voluntad.”<sup>xxvi</sup>

Como el trabajo se realizará en base a extracción de datos recopilados mediante una encuesta, cabe mencionar el consentimiento informado, el cual se ajusta a la Ley N° 25.326 y tiene por objeto la protección integral de los datos personales asentados en archivos, registros, bancos de datos, u otros medios técnicos de tratamiento de datos, sean éstos públicos, o privados destinados a dar informes, para garantizar el derecho al honor y a la intimidad de las personas, así como también el acceso a la información que sobre las mismas se registre.

- Conocimiento. Hace referencia al nivel o grado de conocimiento que tienen los protagonistas con respecto a la eutanasia, es decir, su concepto (acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente, acciones u omisiones encaminadas a terminar con la vida de pacientes terminales, situación en la que el médico provoca la muerte de pacientes con sufrimientos intolerables debido a una enfermedad terminal o irreversible, entre otras), causas (por temor al sufrimiento, para no ocasionar sufrimiento a la familia, porque no tendría valor para luchar por la enfermedad, porque

no aceptaría verse limitado en sus acciones, etc.), consecuencias (la ley Argentina, o mejor dicho las reformas realizadas últimamente, disponen como regla general el no avalamiento a la práctica eutanásica), etc. estas variables se descomponen a su vez para obtener información precisa acerca del conocimiento o no sobre el tema elegido, y en el primer caso, si éste es certero o erróneo. Con los datos obtenidos se realizará una descomposición de las variables cuya intención es obtener una lectura precisa de las mismas. Por lo tanto, sumado al análisis del conocimiento, dentro del tema, las variables a analizar serán: concepto, causas, consecuencias, etc. de la eutanasia.

- Reflexión propia. Aquí la referencia se basa en la opinión de cada uno acerca de su argumentación a favor o en contra del tema. Es decir, la franja de análisis recorre desde una respuesta concisa a otra que requiere de la argumentación para explicar el porqué de la opinión. Los argumentos a favor de la eutanasia incluirían: Por temor al sufrimiento, para no ocasionar sufrimiento a la familia, porque no tendría valor para luchar por la enfermedad, porque no aceptaría verse limitado en sus acciones, entre otras. Por otro lado, como argumentos en contra podemos mencionar: Porque trataría de vivir el mayor tiempo posible, lucharía para combatir la enfermedad, dejaría que mi organismo diga basta, esperaría con resignación que llegue mi hora final, etc.
- c- El material tangible: en este caso se hace referencia a los recursos materiales propiamente dichos: apuntes, anotaciones, escritos, etc. que

actúan como soporte del trabajo; cada protagonista tendrá un registro propio y separado, ya que el conjunto, es decir la lectura analítica de los datos, forma parte de la metodología que más adelante se explicará.

- d- El espacio y el tiempo como materiales: si bien constituyen variables separadas, creemos conveniente relacionarlas porque en el caso van juntas a la hora de la investigación. El espacio elegido es la Unidad Sanitaria de la localidad, en el horario de 9.00 a 12.00 horas, entre los concurrentes desde los meses de Junio a Agosto inclusive del corriente año.

Habiendo hecho referencia a los materiales, queda aún determinar con precisión la forma en que se trabajarán, es decir se habla de los métodos que se utilizan como sustento de los materiales. Aquí se hace necesario distinguir:

- Se trabajará con la denominada metodología cualitativa a través de la historia oral, basada en los testimonios de conocimiento y de las experiencias de vida<sup>xxvii</sup> de los pacientes. La entrevista será la herramienta fundamental utilizada como forma de obtención de los testimonios orales de quienes son los sujetos de este trabajo<sup>xxviii</sup>. En otras palabras, como afirma Ruth Sautu, se utilizará el interaccionismo simbólico como perspectiva teórica que enmarca a los estudios centrados en la capacidad autónoma de las personas de crear su propio mundo. Es decir, el conocimiento o no del tema, así como las otras variables se analizarán desde las expresiones, tanto orales como gestuales de cada paciente entrevistado. Porque como dice Thompson, la relevancia de la evidencia oral es más que ineludible, ya

que nos permite llenar aquellos espacios que las fuentes escritas dejan vacíos<sup>xxix</sup>.

- Por otro lado, como complemento de la historia oral, se trabajará con el análisis e interpretación de fuentes escritas obtenidas, tales como la lectura de las encuestas y/o entrevistas que permitirán arribar a una conclusión cuantitativa y cualitativa sobre el tema.
- Por último, cabe aclarar que dichas fuentes (orales y escritas) serán utilizadas en forma de abstracciones comparativas para cumplir con el objetivo propuesto, para ello proponemos seguir las técnicas y procedimientos desarrollados por Corbin y Strauss<sup>xxx</sup>. Esta metodología permite descomponer los datos, para examinar el material minuciosamente, comparar, establecer similitudes y diferencias.
- Para finalizar, se recuerda la metodología cuantitativa, que resulta de la combinación de datos y/o información cuantificable, medible y cuyo análisis permitirá la elaboración de cuadros, gráficos, etc., que complementarán la información. De su lectura, resultarán conclusiones respaldadas en las muestras obtenidas. Siendo la encuesta<sup>xxxi</sup>, una técnica para lograrlo, se cree que la misma actuará como soporte de la obtención de la información, para luego ser analizada a la luz de los resultados obtenidos.

Cabe resaltar que el presente ante proyecto, combina la metodología cuantitativa con la cualitativa, porque se entiende que ambas resultan necesarias y complementarias en el tema elegido. Decidirse, o mejor dicho analizar las variables desde una sola metodología, se entiende que cae en la reducción y

simpleza de ver los datos desde una única perspectiva, por ello, utilizamos ambas., para enriquecer la visión, ampliarla y así poder cumplir con el objetivo propuesto.

## Aspectos generales de la Ley N° 26742

A modo informativo, se detallan los cambios que realiza el texto de la promulgación, la misma es un avance a favor de los derechos de las personas.

La Ley 26742, en su **artículo 1°**, modifica el inciso (e) *autonomía de la voluntad* del artículo 2° de la Ley 26529 referido a los derechos del paciente. La nueva redacción es la siguiente: *“Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho 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 la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud. En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.*

*En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente”.*

Así mismo el **artículo 2°** modifica al artículo 5° *Definición*, del capítulo III “*Del consentimiento informado*” de la Ley 26529, siendo redactado como sigue:

*“Definición. Entiéndase por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:*

- a) Su estado de salud;*
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;*
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;*
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;*
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;*
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados;*
- g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, cuando se encuentre en estadio 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, o que produzcan sufrimiento*

*desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos dehidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable;*

*h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento”*

El **artículo 3°** modifica el artículo 6° *Obligatoriedad*, del capítulo III “*Del consentimiento informado*” siendo consignado: “*Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente. En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido.*

35

*Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario”*

En el **artículo 4°** se incorpora a la Ley 26529, el inciso (f):

*“En el supuesto previsto en el inciso g) del artículo 5° deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto”*

El **artículo 5°** modifica el artículo 10° *Revocabilidad*, del capítulo III “*Del consentimiento informado*”:

*“Revocabilidad. La decisión del paciente, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previsibles que la decisión implica. Las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193 podrán revocar su anterior decisión con los requisitos y en el orden de prelación allí establecido.*

*Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente, en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario”.*

El **artículo 6°** modifica el artículo 11°, *Directivas anticipadas*, del capítulo III “*Del consentimiento informado*” quedando de esta forma: *“Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanasias, las que se tendrán como inexistentes.*

*La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos.*

*Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó”.*

El **artículo 7°** incorpora el artículo 11 (bis) a la Ley 26529:

*“11 bis: 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 la misma”.<sup>xxxii</sup>*

Por último, queda señalar que la ley Argentina, o mejor dicho las reformas realizadas últimamente, si bien disponen como regla general el no avalamiento a la práctica eutanásica, deja un espacio abierto a la interpretación de cada caso en particular. Para reafirmar lo antes dicho, basta con leer el caso de Camila Sánchez, la beba que originó la ley de la muerte digna en la Argentina. Su caso es un ejemplo del tratamiento particular que debe recibir cada paciente con respecto a la práctica. Por lo tanto, se puede concluir que lejos de culminar el conflicto de opiniones el mismo sigue latente, no obstante el texto escrito de la ley.

# CAPÍTULO I

## ¿CONOCEMOS LO SUFICIENTE SOBRE LA EUTANASIA?

Cuando se comenzó a desarrollar el presente trabajo, una de las primeras afirmaciones que se propusieron conocer a través de la investigación, fue determinar si la población de la localidad de Arroyo Dulce conoce el término EUTANASIA, y dentro de la misma, establecer el nivel de conocimiento de cada uno sobre el tema. Sin entrar en detalle, porque ya se encuentra desarrollado en el marco teórico del presente, se remite a refrescar la memoria sobre el término, tomando como referencia uno de los conceptos más conocidos mundialmente, por provenir de la Organización Mundial de la Salud: un organismo de peso en cuanto a definiciones y acciones se refiere: compartimos con tal organismo la definición de EUTANASIA: "...la acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente..."; pues bien, se comienza por establecer que si bien se está de acuerdo con la presente definición, se entiende que el término es mucho más amplio que la conceptualización que allí se realiza; no obstante es un buen comienzo para nosotros a la hora de practicar las encuestas y entrevistas, porque se entiende que es de fácil comprensión para la población común, es decir aquella que transita diariamente los caminos de la localidad: para ello, se puso en el lugar de cada uno, entendiendo que la gente común, puede o no tener conocimiento sobre el término, y aun así, puede tenerlo de forma errónea, pero no hay que adelantarse a los resultados, aquí basta con decir que se toma la definición de la OMS por ser clara y sencilla, y por resultar comprensible de su lectura para personas que nada tienen que ver con la medicina. Este es el objetivo de nuestro trabajo, conocer en profundidad cuanto conoce el público general sobre el tema. Pues bien, damos comienzo.

Para facilitar la lectura de los resultados cuantitativos y cualitativos de las entrevistas y encuestas, se dividirá esta sección en cuatro franjas etarias, que como se cree, después de haber analizado los resultados minuciosamente, responden a un patrón común de respuesta. Es interesante destacar en este punto, cómo a través de la lectura profunda, se ven resultados similares dependiendo de la franja etaria de que se trate. Para todos los casos, tanto de este capítulo, como de los que siguen se podrán ver valores expresados en decimales que resultan de una proporción obtenida en base al total de personas que responden, por ejemplo afirmativamente, dividido el total que compone la franja etaria: Si 8 personas respondieran afirmativamente que conocen el termino sobre un total de 19, hacemos 8 dividido 19 igual 0,42.

En primer lugar, se analizará la franja etaria que va desde los 18 a los 30 años. Para comenzar, se dirá que de un total de 19 personas, entre las cuales se encontraron 8 de sexo femenino y 11 de sexo masculino, aproximadamente una proporción del 0,47 de los mismos conoce sobre el término EUTANASIA. Lo curioso que se dio en esta franja etaria es que las mujeres conocen más sobre el término que los hombres; por ejemplo de un total de ocho mujeres, las ocho respondieron afirmativamente cuando se les preguntó sobre si conocían el término, mientras que los hombres, sólo uno respondió afirmativamente, siendo el resto de las respuestas 10(diez) negativas. Lo cual lleva a la siguiente conclusión: en la franja etaria estudiada, sólo el 0,47 de la población consultada conoce el término: se cree un porcentaje muy bajo, teniendo en cuenta las disponibilidad de información que existe hoy en día; pero tal resultado tiene una respuesta, o mejor

dicho una causa aparente: la mayoría de los entrevistados y encuestados muestran interés por otros temas médicos antes que por conocer sobre la eutanasia. De modo que resumiendo, se puede armar el siguiente gráfico para su lectura:

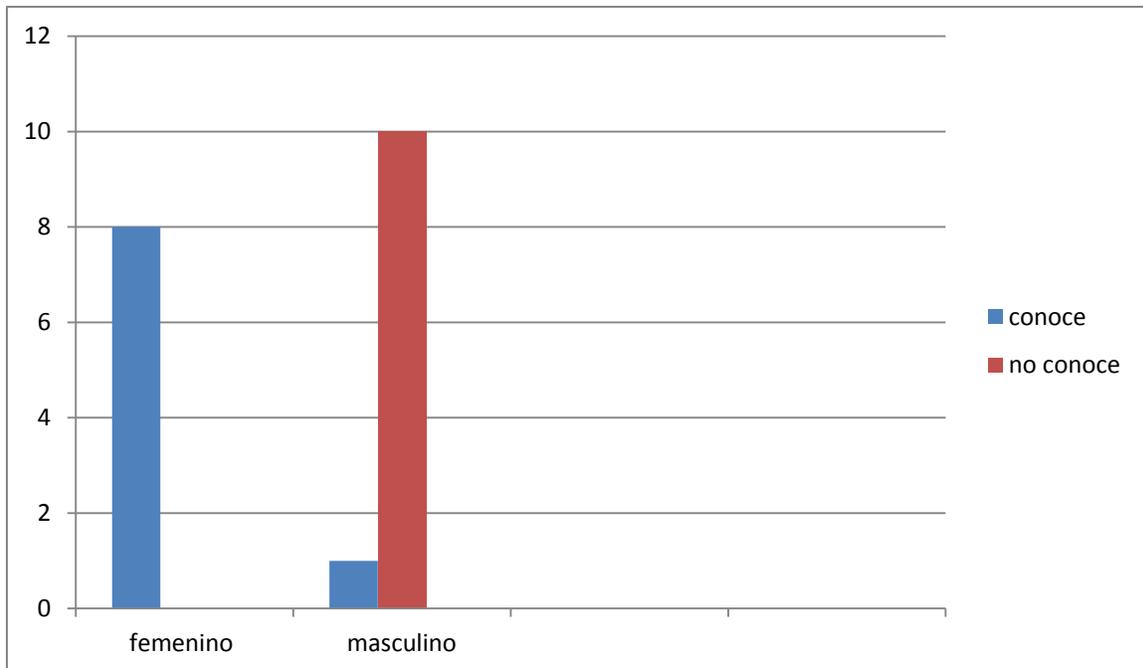


Gráfico I.1: franja etaria 18 a 30 años, sobre el conocimiento del término. Fuente: propia.

Ahora bien, se pasará a analizar la siguiente franja etaria: va desde los 31 a los 40 años. En este caso se encuentra, como resultado de la lectura de las encuestas, que de 38 personas, ya sean de sexo femenino o masculino que se encuentran dentro de la franja mencionada, la mayoría (31 personas) conoce el término, mientras que la minoría (siete personas) no tiene conocimiento o nunca escuchó hablar del mismo. De ahí, que cualitativamente, se puede afirmar que un patrón repetitivo que se da en otras franjas etarias, resulta en que las mujeres

conocen más que los hombres sobre el término: este fue el resultado: de diecinueve mujeres, todas respondieron afirmativamente, es decir, conocen el término EUTANASIA, mientras que de diecinueve (19) varones, doce (12) conocen el término, mientras que los siete (7) restantes no.

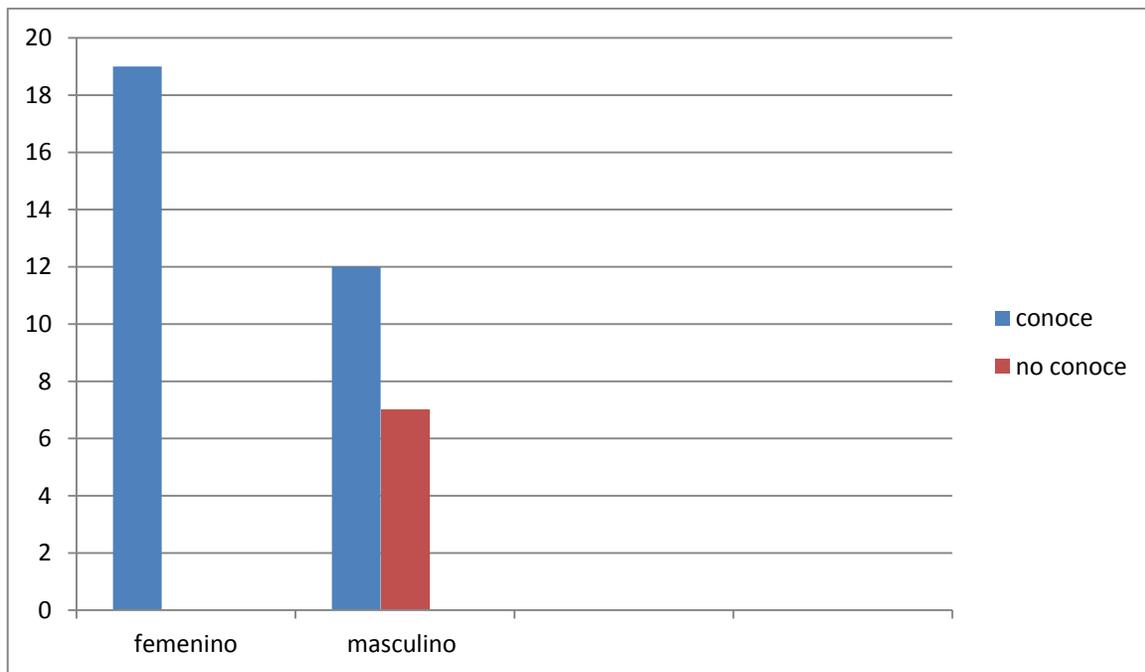


Gráfico 1.2: franja etaria 31 a 40 años. Sobre el conocimiento del término. Fuente: propia.

Interesante afirmación se puede realizar hasta aquí: de las dos franjas etarias vistas, se repite el patrón del conocimiento en la totalidad de las mujeres encuestadas, mientras que los hombres muestran un mayor desconocimiento sobre el término. Pero se sigue ahora con la siguiente franja etaria.

La misma va desde los 41 a los 50 años. De un total de 28 personas encuestadas, el 0,57 de las mismas, sean de sexo femenino o masculino, respondió afirmativamente acerca de si conocen sobre el término. Se puede ver cómo, a medida que sube la franja etaria en edad, el conocimiento sobre la

EUTANASIA se hace más visible en la población. Acerca de este ítem, se puede afirmar, luego de la investigación realizada, que la diferencia, en cuanto a porcentaje se refiere, sobre el conocimiento acerca del término, se nivela para arriba, es decir, cuanto más aumenta la franja etaria en edad, más porcentaje de conocimiento en relación al tema estudiado. Para su mejor comprensión, primero se diseñó un gráfico referido a la franja etaria nombrada, para luego relacionar cualitativa y cuantitativamente las tres.

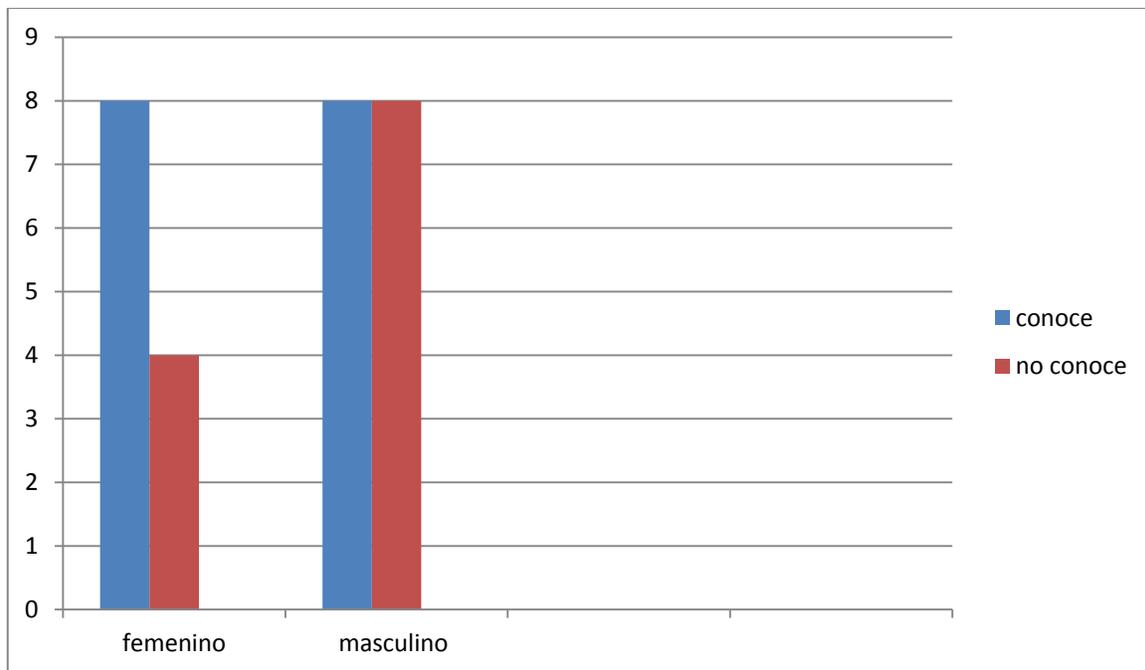


Gráfico I.3. Franja etaria 41 a 50 años. Sobre el conocimiento del término. Fuente: propia

Si se detiene a analizar en detalle, y de forma cualitativa los datos arrojados en las encuestas, se puede afirmar con certeza, que se repite nuevamente el patrón de conocimiento, siendo las encuestadas de sexo femenino las que más respondieron afirmativamente, es decir, el 0,67 de las mujeres conoce el término; mientras que en el caso de los encuestados de sexo masculino, la relación es de

50 – 50, es decir, el 0,5 conoce sobre el término, mientras que la misma proporción se refiere al no conocimiento. No obstante este último resultado, la proporción total de conocimiento sigue siendo elevado con respecto al resto de las franjas etarias analizadas hasta aquí.

Queda aún, demostrar que ocurre con la última franja etaria: la que va desde los 51 a los 75 años de edad. En este caso, la totalidad de los encuestados asciende a quince personas, con lo cual se puede dividir el estudio en sexo femenino (diez) y sexo masculino (cinco). Es interesante ver cómo en este ítem se invierten los resultados, porque de todos los encuestados varones, se puede ver cómo la totalidad de los mismos conoce sobre el término, mientras que en el caso del sexo femenino no fue así, de hecho, ninguna de las encuestadas mujeres manifestó conocer el término, es decir, el total de las mismas desconoce sobre el tema. Una relación inversamente proporcional entre el conocimiento y el sexo encuestado.

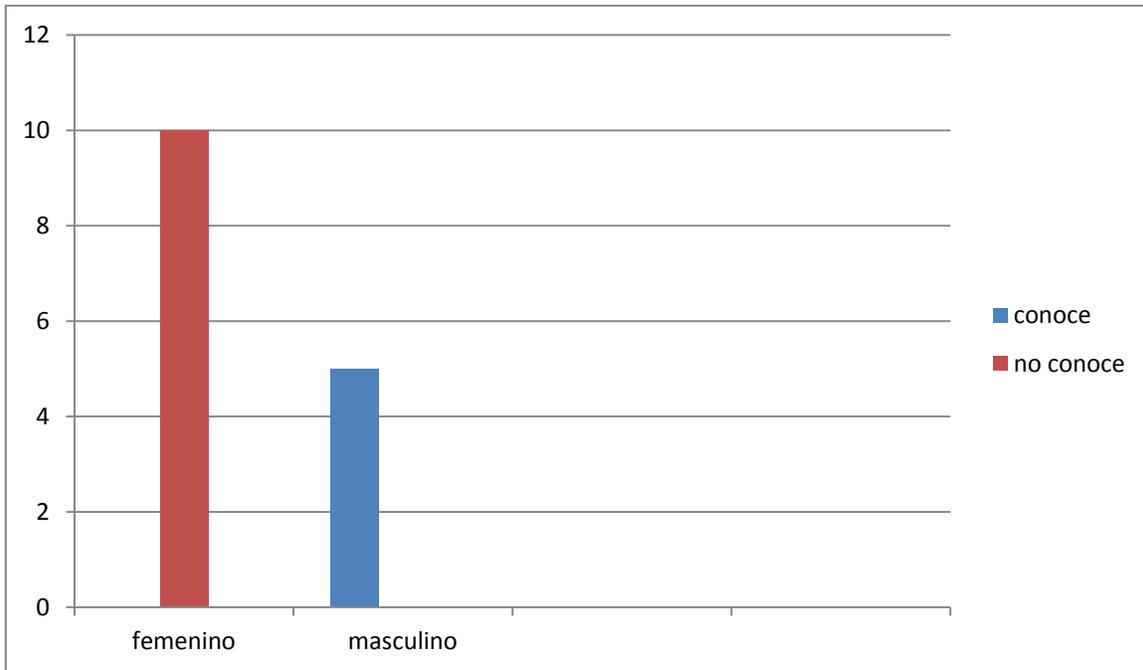


Gráfico I.4. Franja etaria 51 a 75 años. Sobre el conocimiento del término. Fuente: propia

De modo que se puede afirmar, que en esta última franja etaria se rompe con el patrón de continuidad que se venía dando en las anteriores por dos motivos:

- El primero se refiere al conocimiento en sí, cuya proporción se ve disminuida en relación a las franjas etarias anteriores que venían manifestando un conocimiento en aumento.
- La segunda tiene que ver con la ruptura en cuanto al sexo encuestado: mientras que en las franjas anteriores las mujeres demostraban mayor conocimiento sobre el tema, aquí se da exactamente lo contrario, son los encuestados de sexo masculino quienes manifestaron conocer sobre el tema.

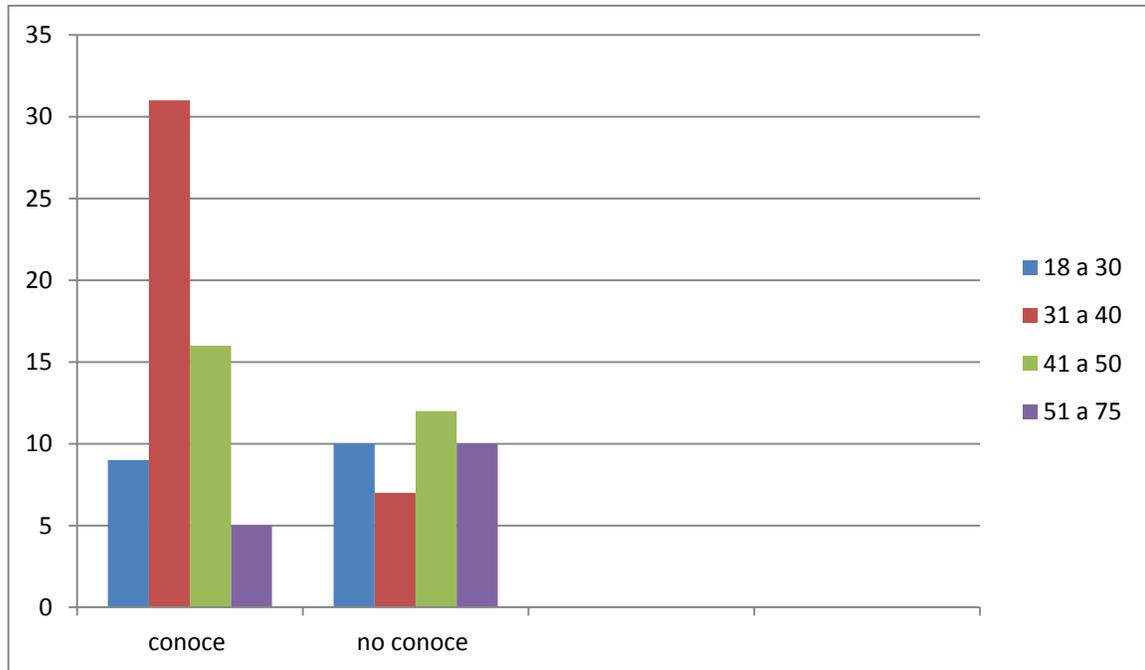


Gráfico I.5: sobre el conocimiento del término en relación a las franjas etarias. Fuente: propia.

Por último, se pasará a desarrollar cualitativa y cuantitativamente los resultados de las encuestas por franja etaria sin distinción del sexo. Prima facie, se puede leer que la franja etaria que va desde los 31 a los 40 años, es la que mayor conocimiento tiene sobre el término eutanasia, representando una proporción de 0,51 del total; mientras que la franja etaria que va desde los 18 a los 30 años representa un 0,15, la que va desde los 41 a los 50 años represente un 0,26, por último, la franja etaria de los 51 a los 75 años, sólo representa el 0,08, siempre referido al conocimiento sobre el término.

En cuanto a las repuestas negativas, es decir aquellas en las que se manifestaron no conocer sobre el término podemos afirmar cuantitativamente hablando que hay una igualdad entre la franja etaria que va desde los 18 a los 30 años, y la que va desde los 51 a los 75 años de edad. Ambas coinciden en una

proporción de 0,26, mientras que las que van desde los 41 a los 50 años y la franja etaria anterior representan un 0,31 y un 0,18, respectivamente.

Entonces, desde el aspecto cualitativo, se puede extraer las siguientes conclusiones, y afirmarlas con el respaldo de las encuestas realizadas:

- 1- Hay en general una mayor proporción de conocimiento sobre el término; esto resulta de la cantidad de respuestas afirmativas: 61 por sí, 39 por no. Entonces, la población en general de la localidad de Arroyo Dulce, conoce más de lo que desconoce sobre la eutanasia, al menos hablando del término.
- 2- En todos los casos de las franjas etarias estudiadas, se puede ver que el conocimiento es mayor al desconocimiento sobre el término a excepción de la última franja etaria; más allá, del sexo, la edad, etc. al menos la mayor parte de la población conoce sobre el término eutanasia.

47

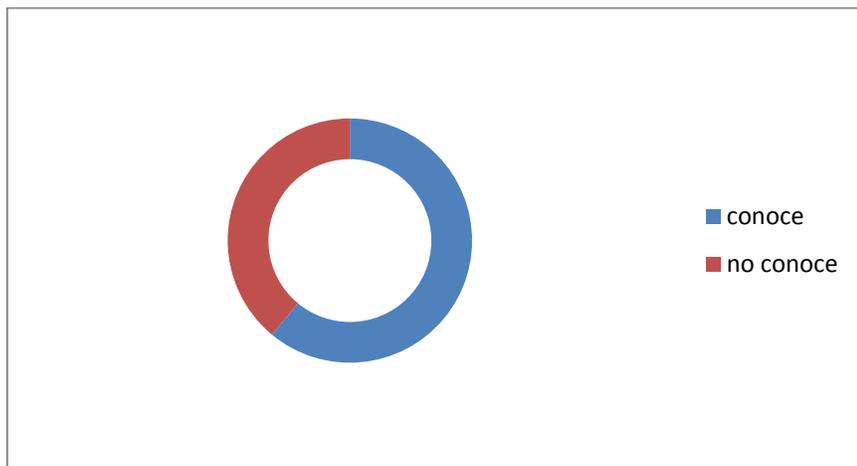


Gráfico I.5: sobre el conocimiento del término en general. Fuente: propia.

- 3- Con respecto al desconocimiento sobre el término, se puede leer que a medida que avanza la franja etaria, el mismo disminuye, es decir, cuanta

más edad tienen los encuestados, menos desconocimiento manifiestan, a excepción de la última franja etaria, por lo tanto se puede afirmar que la mayor parte del desconocimiento se encuentra en la última franja etaria.

- 4- Por último, el análisis con respecto al sexo: el sexo femenino en general manifestó mayor conocimiento sobre el término en relación al sexo masculino; aunque si bien este patrón, como se manifestó anteriormente se rompe al llegar a la franja etaria más avanzada (51 a 75 años), en términos generales, las mujeres se mostraron más conocedoras en cuanto a los hombres. 35 a 26. Con respecto al desconocimiento, la relación es de 14 a 25. Como se puede ver, las mujeres siguen siendo las que más conocen sobre el término, mientras que en el caso de los hombres ocurre lo contrario.

# CAPÍTULO II

## “PROFUNDIZANDO EL CONOCIMIENTO”

## II.1: Sobre la Eutanasia en términos médicos.

Para desarrollar este punto, es necesario primero tener en cuenta como se dijo en el capítulo anterior, que se tomó como definición de eutanasia la que se consideró más factible de ser comprendida por la población en general; esto es la que brinda la OMS (la misma se puede leer en el anexo I). ¿Por qué se hace esta aclaración? Porque es fundamental a la hora de analizar los resultados de las encuestas realizadas. Se produjo una ruptura con respecto a los resultados obtenidos: cuando se preguntó acerca del conocimiento o no sobre el término, la población en general respondió afirmativamente en la mayoría, pero a la luz de las encuestas, cuando se siguió indagando, aquellos que habían respondido por la negativa, cuando se les leyó la definición de la OMS, cambiaron su respuesta: con esto, se puede afirmar que la población que entendía no conocer el término, ahora al leer y profundizar sobre el mismo, modificaron su respuesta. Tal vez por una asociación de palabras sencillas que la OMS nos acerca, o tal vez por profundizar en el significado del término, lo cierto es que el nivel de conocimiento sobre la eutanasia, aumenta con la lectura de la misma.

Claro que como se anticipó no es la única definición que existe, que cada autor tiene su propia postura, que incluye otros elementos o los excluye, que hay otras definiciones que se acercan más a la realidad de la palabra, que su significado etimológico dista mucho de las práctica real, pero en términos médicos, y para ahondar en el conocimiento de la población, se entiende que no hay nada mejor que la conceptualización de la OMS, porque como se anticipó, es clara y sencilla. No se quiere con ello, dejar de reconocer otras que tal vez son más completas y

complejas, y no se le quita el mérito de incluir elementos fundamentales, pero se entiende que a la hora de practicar las entrevistas, nos fue más útil la elegida.

Hecha esta introducción, se pasará ahora a analizar en detalle los resultados: para ello se utilizará la misma metodología que en el capítulo anterior, es decir, se separaron, o mejor dicho se agruparon las respuestas en relación a cuatro franjas etarias para poder compararlas.

Con respecto a la primera franja etaria, vale decir la que va desde los 18 a los 30 años, sobre un total de 19 personas, diez (10) respondieron que alguna vez escucharon el concepto que brinda la OMS sobre eutanasia, mientras que el resto, nueve (9) respondieron que no. Esto hace una proporción general del 0,52 para la primera y un 0,48 para la segunda. Ahora bien, si se analiza cualitativamente, es decir en relación a los sexos, se puede decir que se continúa con el patrón visto en el capítulo anterior, ya que de 8 (ocho) mujeres, siete (7) respondieron que alguna vez escucharon nombrar la definición de la OMS, mientras que sólo una (1) dijo que no. En cambio, con los hombres sucedió lo contrario: de un total de once (11), sólo tres (3) respondieron por la afirmativa, mientras que el resto (8), respondieron que nunca escucharon hablar de tal definición. Entonces, se puede concluir, que las entrevistadas del sexo femenino, manifestaron conocer más en relación a los entrevistados del sexo masculino. Veamos los resultados en un gráfico para su mejor lectura. En el primer caso, graficamos el conocimiento o desconocimiento de la definición en general, mientras que en el segundo, se desglosó en sexo, para su mejor entendimiento.



Gráfico II.1: sobre el conocimiento de la definición de la OMS. Fuente: elaboración propia.

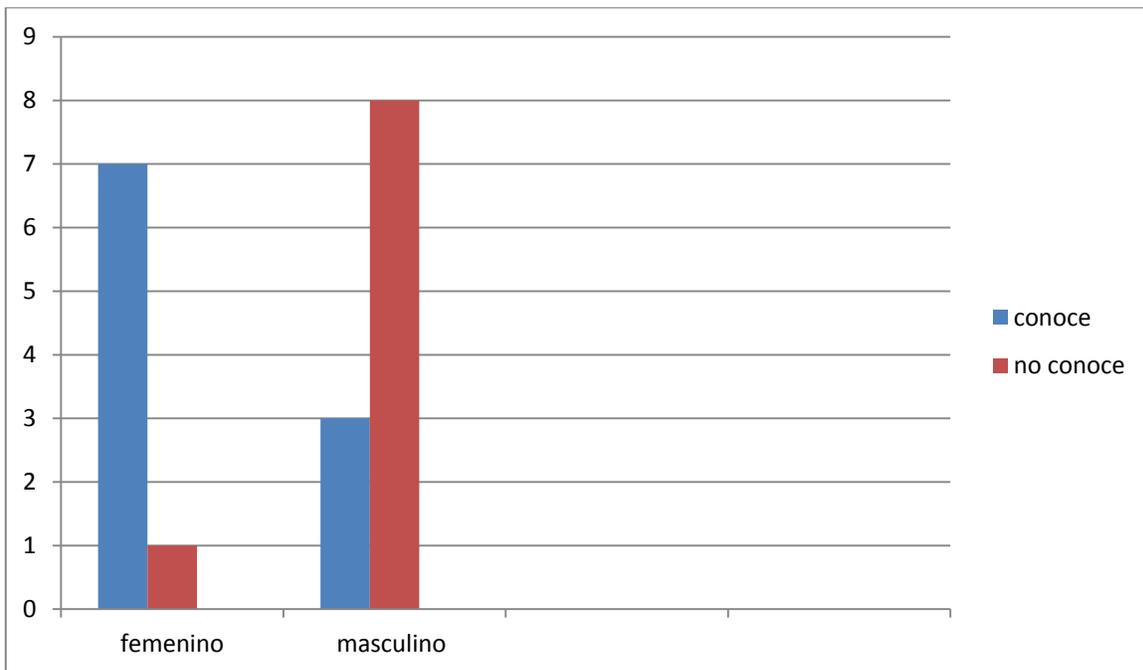


Gráfico II.2: sobre el conocimiento de la definición de la OMS en relación a los sexos. Fuente: Elaboración propia.

Continuando con la siguiente franja etaria, o sea la que va desde los 31 a los 40 años, sobre un total de treinta y ocho (38) personas entrevistadas, treinta y una

(31) respondieron afirmativamente, mientras que sólo siete (7), manifestaron no haber escuchado nunca la definición de la OMS. Una proporción de 0,82 a 0,18 respectivamente. Ahora bien, el análisis desglosado por sexos arrojó los siguientes resultados: quince (15) mujeres se manifestaron por la afirmativa y sólo cuatro (4) por la negativa; los hombres sólo tres (3) manifestaron su desconocimiento, mientras que dieciséis (16) respondieron por la afirmativa. Veamos los resultados en un gráfico, pero antes se dirá que como afirmación, en esta franja etaria aumenta el nivel de conocimiento, tanto en hombres como en mujeres.

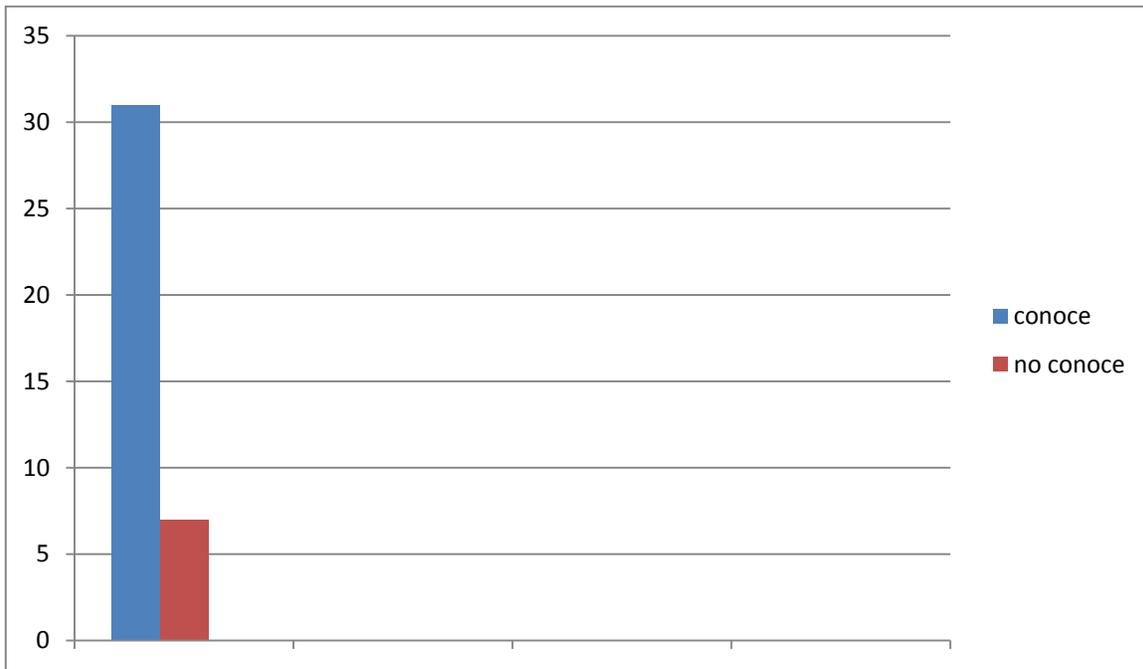


Gráfico II.3: sobre el conocimiento de la definición de la OMS. Fuente: elaboración propia

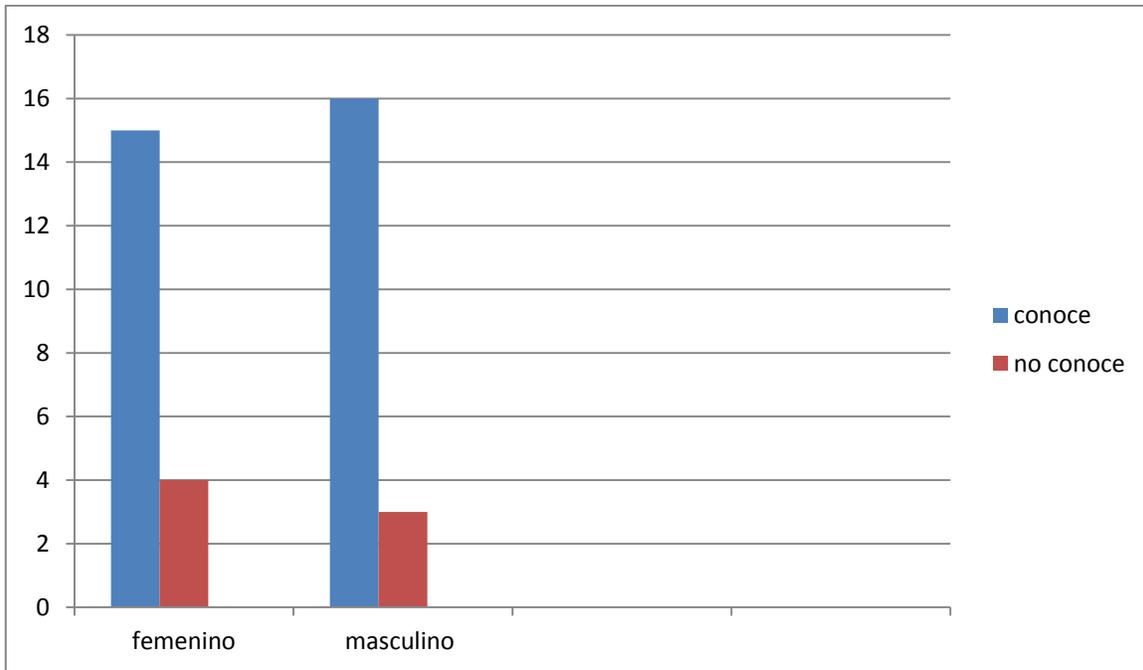


Gráfico II.4: sobre el conocimiento de la definición de la OMS en relación a los sexos. Fuente: Elaboración propia.

Continuando con la franja etaria que va desde los 41 a los 50 años, sobre un total de veintiocho (28) personas, catorce (14) respondieron afirmativamente, mientras que ocurrió lo mismo con aquellos que respondieron negativamente, es decir un 0,5 escuchó alguna vez la definición, mientras que la misma proporción no. Ahora si se pasa a desglosar los resultados por sexo, se verá que ocurrió exactamente lo mismo: seis (6) mujeres respondieron por si, y la misma cantidad por no. En el caso de los hombres se manifestó el mismo resultado. Se verá en gráficos lo expuesto aquí. Pero se puede anticipar la ruptura con respecto a la franja etaria anterior que manifestaba una diferencia entre sexos, aquí no ocurrió, más bien se presenta una igualdad.



Gráfico II.5: sobre el conocimiento de la definición de la OMS. Fuente: elaboración propia

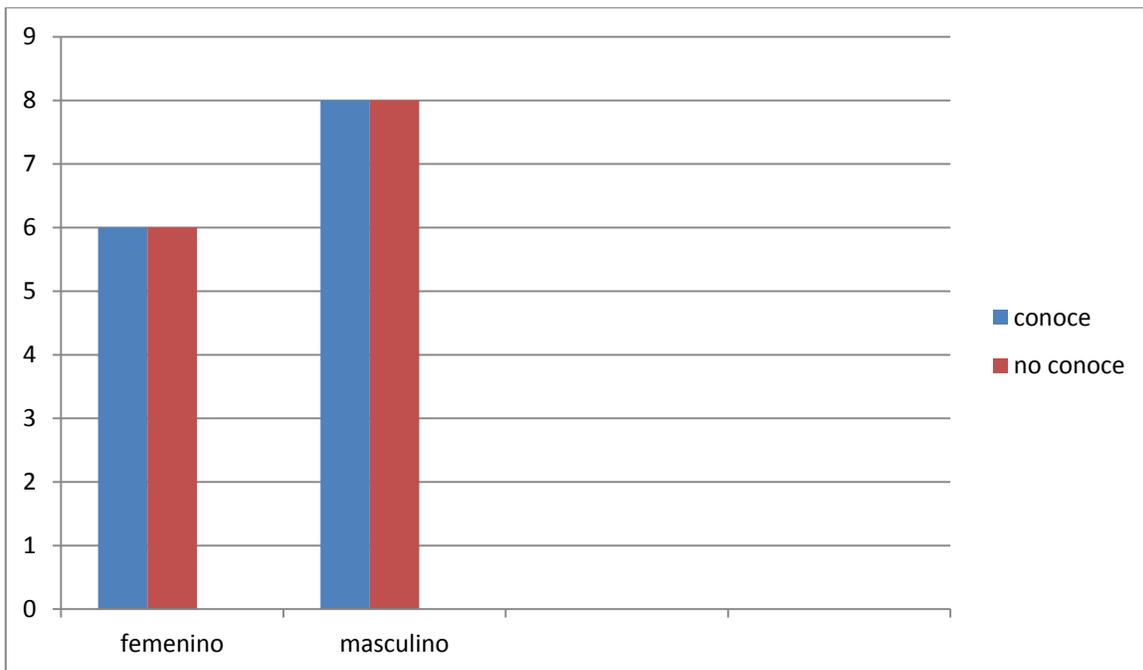


Gráfico II.6: sobre el conocimiento de la definición de la OMS en relación a los sexos. Fuente: Elaboración propia.

Resta analizar la última franja etaria, es decir la que va desde los 51 a los 75 años: sobre un total de 15 personas, diez (10) respondieron afirmativamente, mientras que sólo cinco (5) de manera negativa. Con lo cual se puede analizar y leer lo siguiente: en esta última, el conocimiento sobre la definición vuelve a aumentar, rompiendo con el patrón de la franja anterior, pero continuando con las franjas anteriores. Por otro lado, si se leen los resultados en relación a los sexos, se verá qué ocurre lo mismo que se manifestó. Las mujeres, sobre un total de diez (10), nueve (9) respondieron al sí, mientras que sólo una (1) por el no, es decir un 0,9 escuchó el término, y sólo un escaso 0,1 no. En cambio, el resultado para el hombre es precisamente el contrario: sobre un total de cinco (5), sólo uno respondió por la afirmativa, y el resto (4) por la negativa.



Gráfico II.7: sobre el conocimiento de la definición de la OMS. Fuente: elaboración propia.

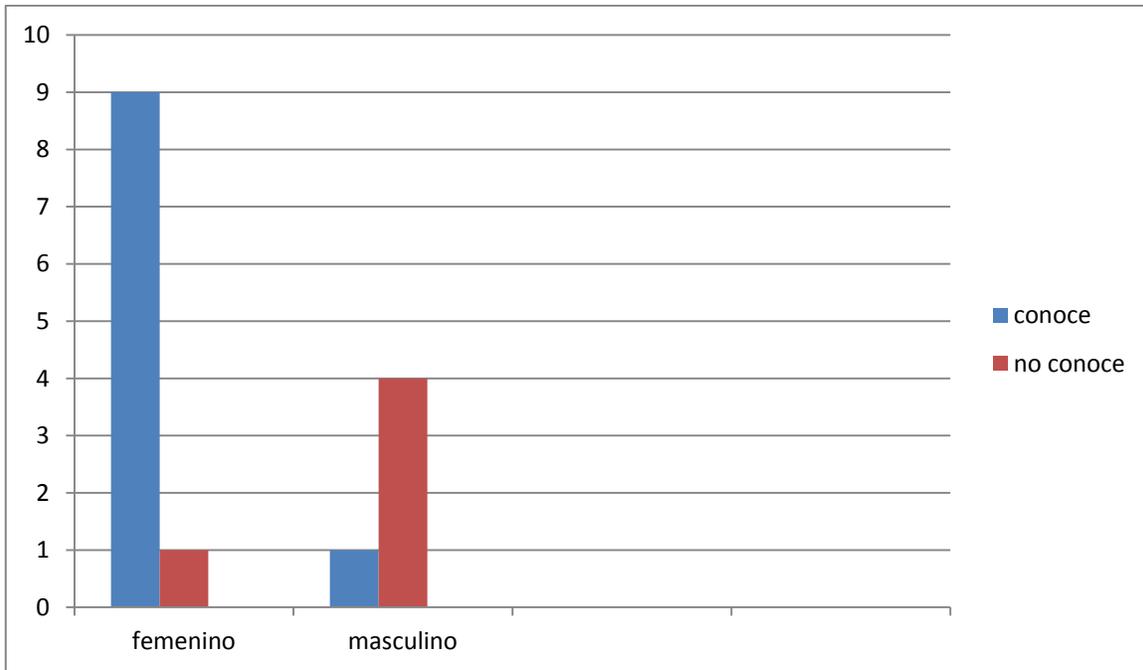


Gráfico II.6: sobre el conocimiento de la definición de la OMS en relación a los sexos. Fuente: Elaboración propia.

Después de haber leído minuciosamente los resultados, se puede concluir en las siguientes afirmaciones:

57

- En primer lugar, aquellos entrevistados, sean hombres o mujeres, cuando se les leyó la definición de la OMS, los que respondieron en principio conocer el término, mantuvieron su afirmativa a la respuesta, pero un notable cambio se dio en aquellos que habían respondido negativamente, y luego cambiaron su respuesta ante el concepto de la OMS. Como se manifestó anteriormente, la lectura de la misma ayudó a desentrañar el conocimiento en aquellos que hicieron memoria.
- En segundo lugar, un patrón de respuesta se da en la primera, segunda y cuarta franjas etarias, porque el conocimiento aumenta con las mismas, y porque además, las mujeres manifestaron conocer más que los hombres. La

única franja etaria que rompe con ello, es la tercera, que no sólo muestra una igualdad con respecto al conocimiento o desconocimiento, sino que además la misma se mantiene con respecto a los sexos.

- Por último, se puede comparar en general. Sobre un total de 100 personas entrevistadas, 65 respondieron haber escuchado alguna vez la definición, mientras que 35 no, por lo tanto el conocimiento, como era de esperarse sigue siendo mayor al desconocimiento.

## **II.2: Sobre las prácticas que existen respecto al tema.**

Se pasa a analizar ahora sobre el conocimiento o desconocimiento de la población en relación a las prácticas existentes sobre la eutanasia: específicamente se les preguntó si conocen que existen acciones u omisiones encaminadas a terminar con la vida de pacientes terminales de forma indolora. Claramente, en este punto, se trató de ampliar la definición que se tomó en el punto anterior para desarrollar con más claridad el concepto. Se habla básicamente de que la eutanasia puede consistir en prácticas que no sólo incluyen acciones, sino también omisiones, y específicamente delimitamos que las mismas se encaminan a producir una muerte digna e indolora.

En lo que respecta a la primera franja etaria (de 18 a 30 años), sobre un total de 19 personas, se produjo un resultado a favor de la negativa: ocho (8) respondieron afirmativamente, mientras que once (11) negativamente. Esto lleva a varios puntos: en primer lugar, si bien la población conoce sobre el término, esta franja etaria específica, manifestó un mayor desconocimiento acerca de las prácticas, es decir una proporción de 0,42 a 0,58 respectivamente.

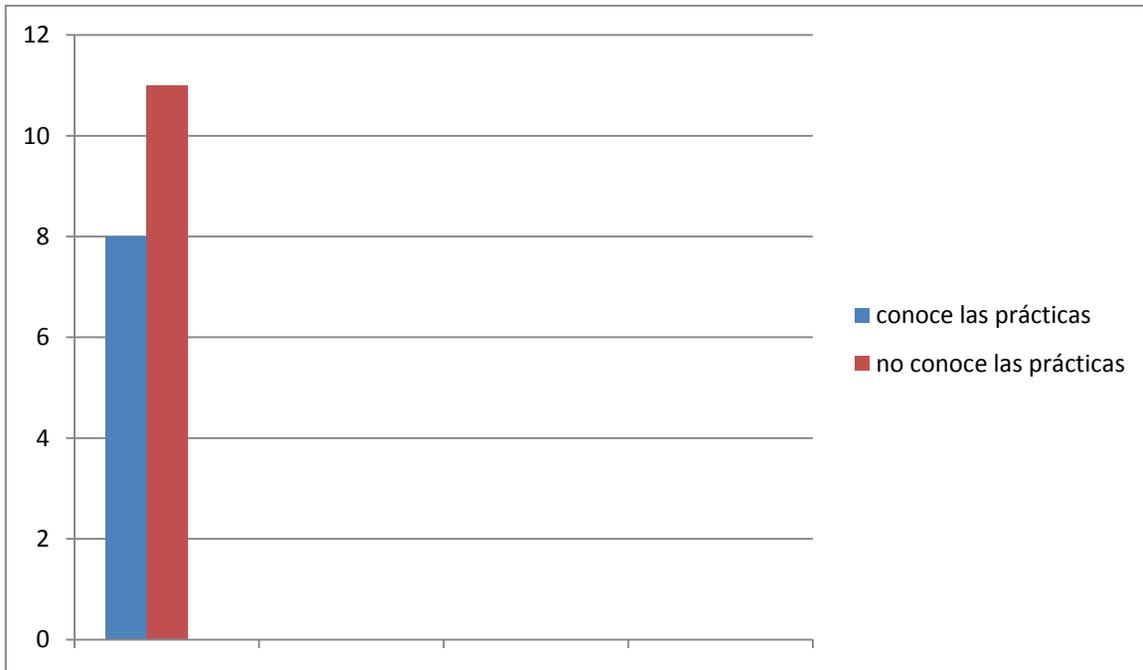


Gráfico II.7: sobre el conocimiento de las prácticas existentes. Fuente: elaboración propia.

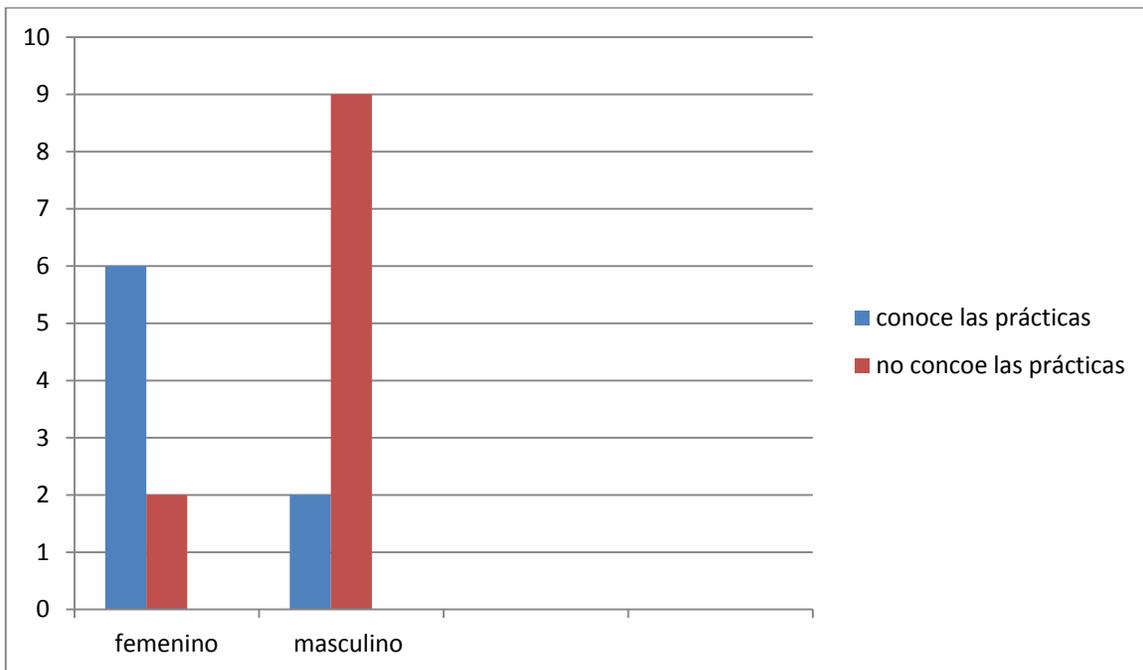


Gráfico II.8. Sobre el conocimiento de las prácticas existentes en relación a los sexos. Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la franja etaria siguiente, desde los 31 a los 40 años, en total veinte (20) personas manifestaron conocer las prácticas, mientras que dieciocho (18) respondieron de forma negativa ante la pregunta.

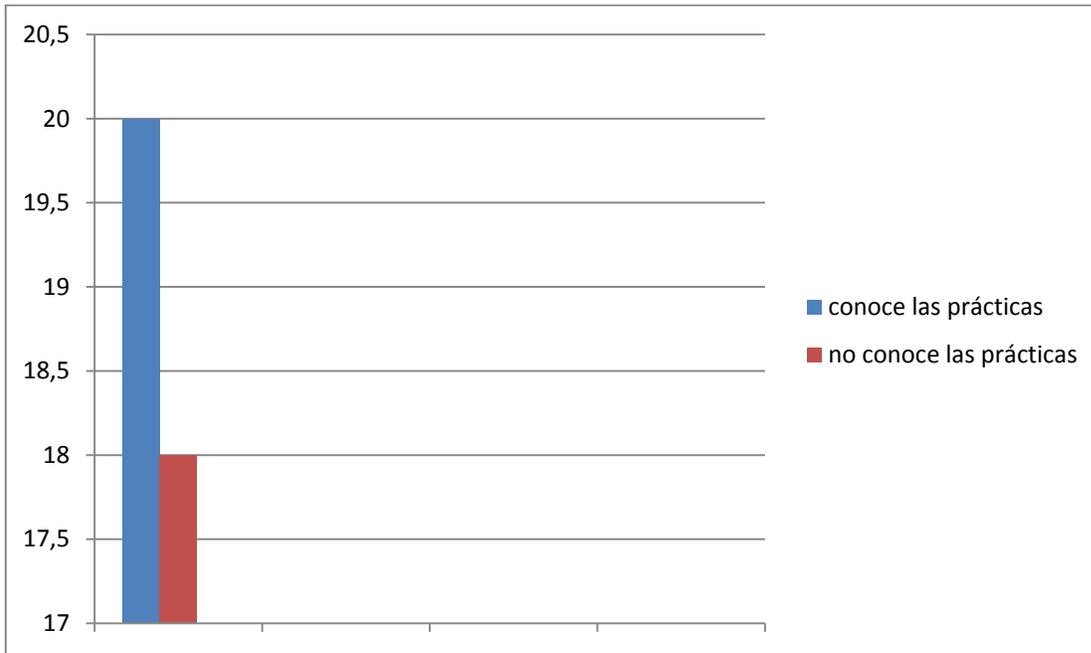


Gráfico II.9: sobre el conocimiento de las prácticas existentes. Fuente: elaboración propia.

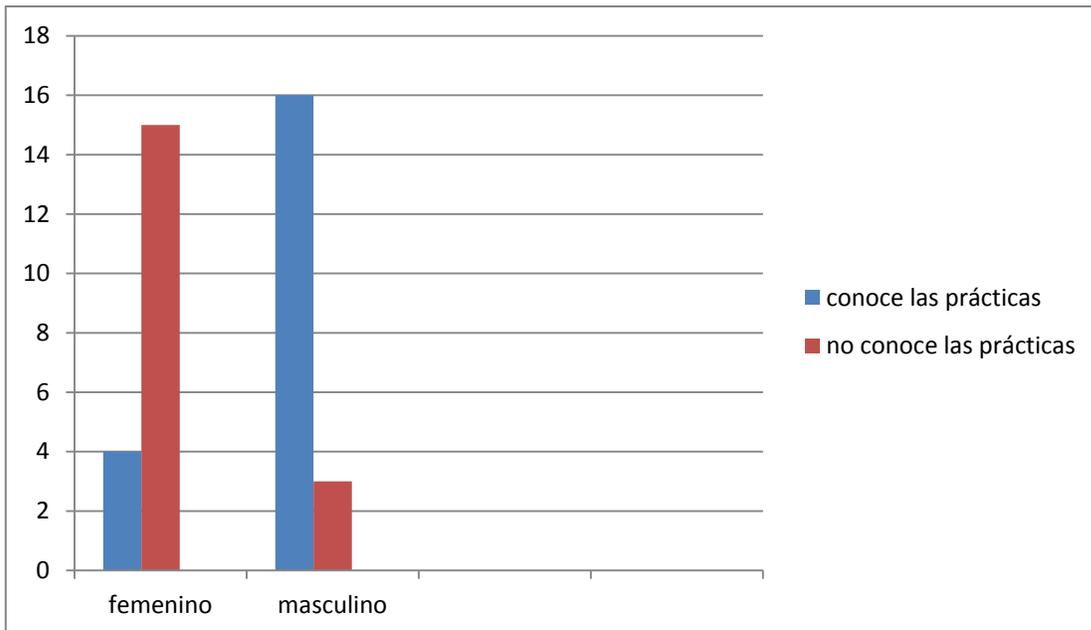


Gráfico II.10. Sobre el conocimiento de las prácticas existentes en relación a los sexos. Fuente: elaboración propia.

Pero si se analiza en relación a los sexos, como se ve en el gráfico II.10, se da una situación inversa: las mujeres, cuyo total es de diecinueve (19), un 0,21 (cuatro) manifestaron su conocimiento, mientras que el 0,79 (quince) restante respondió negativamente, rompiendo con perfiles anteriores. En cambio, los hombres, sobre un total de diecinueve (19), dieciséis (16) respondieron conocer las prácticas, mientras que sólo tres (3) no. Por ello, se puede afirmar que se da una relación exactamente inversa a la franja etaria anterior.

Siguiendo con la franja etaria que va desde los 41 a los 50 años, se puede leer que sobre un total de 28 personas, dieciocho (18) respondieron conocer las prácticas, mientras que sólo diez (10) no. Si se analiza a la luz de las proporciones, se verá que se produce una mayor cantidad por la afirmativa (0,64), que por la negativa (0,36).

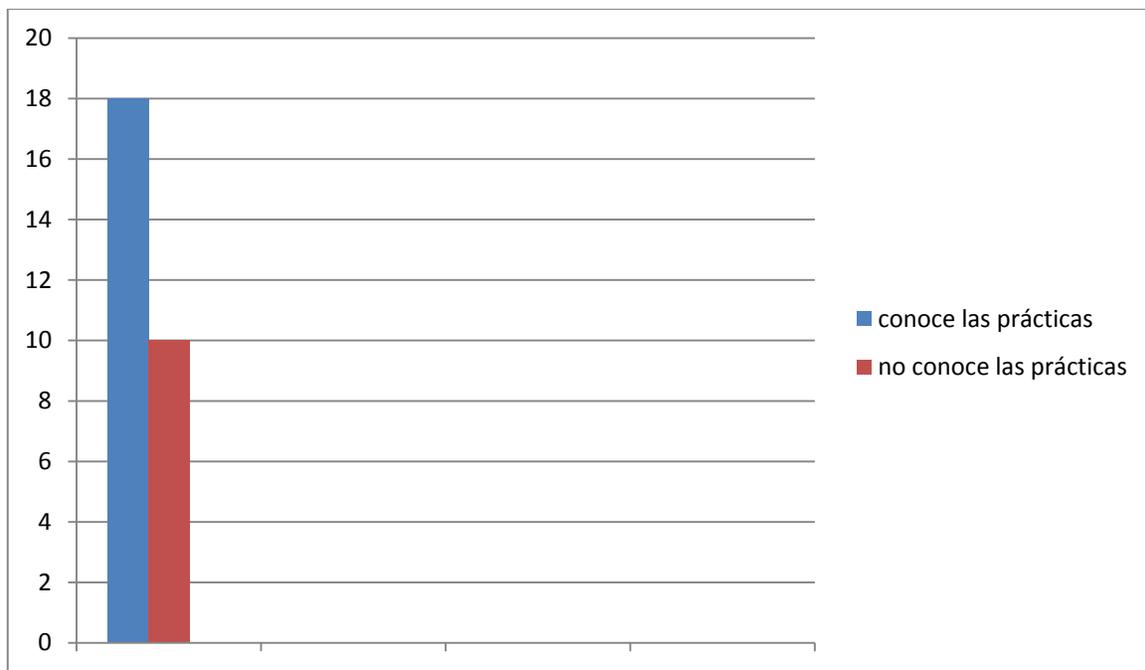


Gráfico II.11: sobre el conocimiento de las prácticas existentes. Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, siguiendo con la metodología de análisis, las mujeres en su totalidad (doce) respondieron por el sí, mientras que los varones, (16 en total), seis (6) manifestaron conocer y diez (10) no. Entonces, las encuestadas del sexo femenino conocen en su totalidad las prácticas, mientras que los de sexo masculino sólo el 0,37 contra el 0,63 que no. Sigue el perfil o patrón en esta franja etaria en el que las mujeres demuestran un mayor conocimiento que los hombres. Claro que en la totalidad, el nivel de conocimiento de las prácticas aumenta con respecto a la franja anterior.

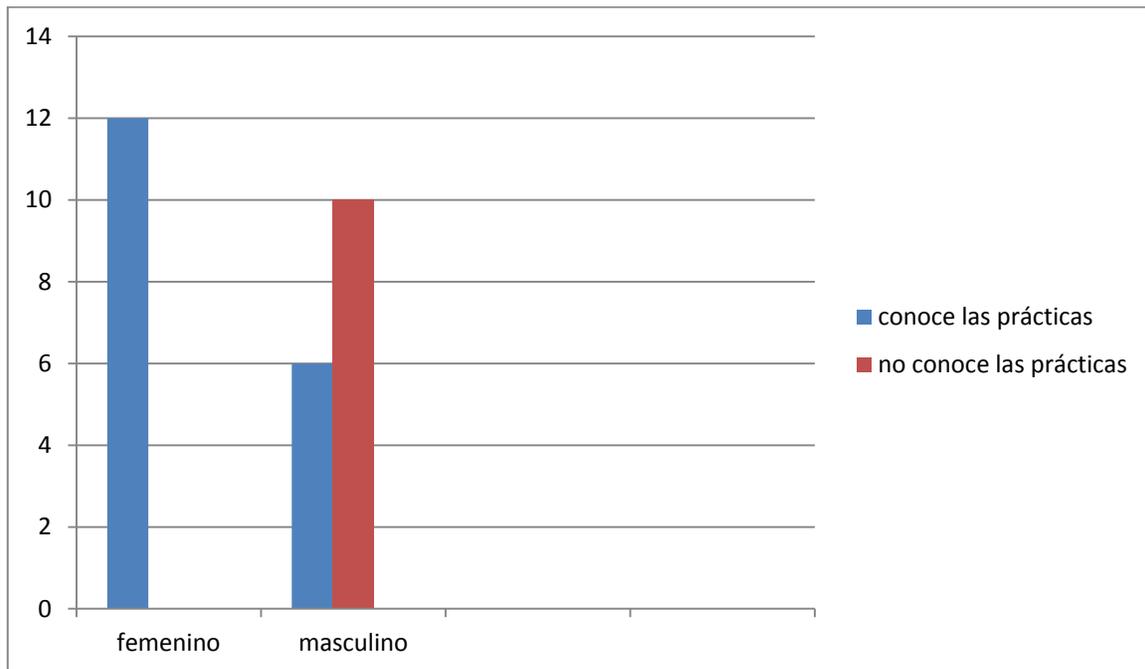


Gráfico II.12. Sobre el conocimiento de las prácticas existentes en relación a los sexos. Fuente: elaboración propia.

Por último, los encuestados de 51 a 75 años, mantienen el mismo perfil que la franja etaria anterior con respecto a los sexos: el femenino lleva 0,78 por la afirmativa, y sólo el 0,22 la negativa, en cambio, el sexo masculino, el 0,40 manifestó conocer, y el 0,60 no. Ahora bien, en general, la relación es de 10 por la

afirmativa y 5 por la negativa, es decir, 0,67 a 0,33, el conocimiento sobre las prácticas existentes sigue siendo mayor que el desconocimiento en su totalidad.

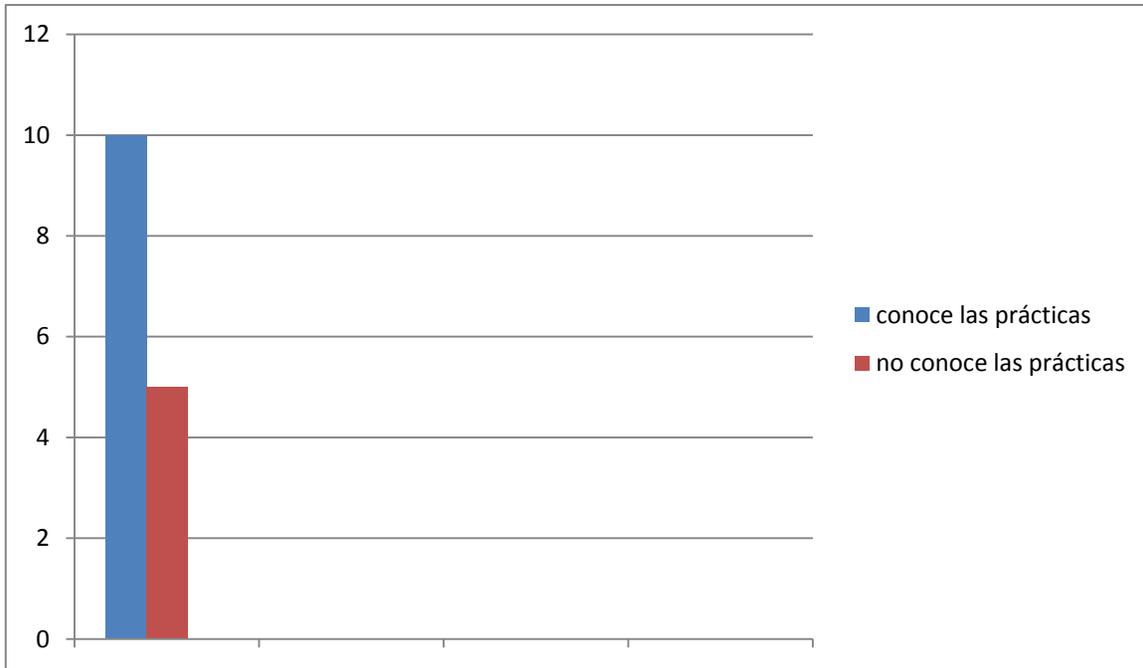


Gráfico II.11: sobre el conocimiento de las prácticas existentes. Fuente: elaboración propia.

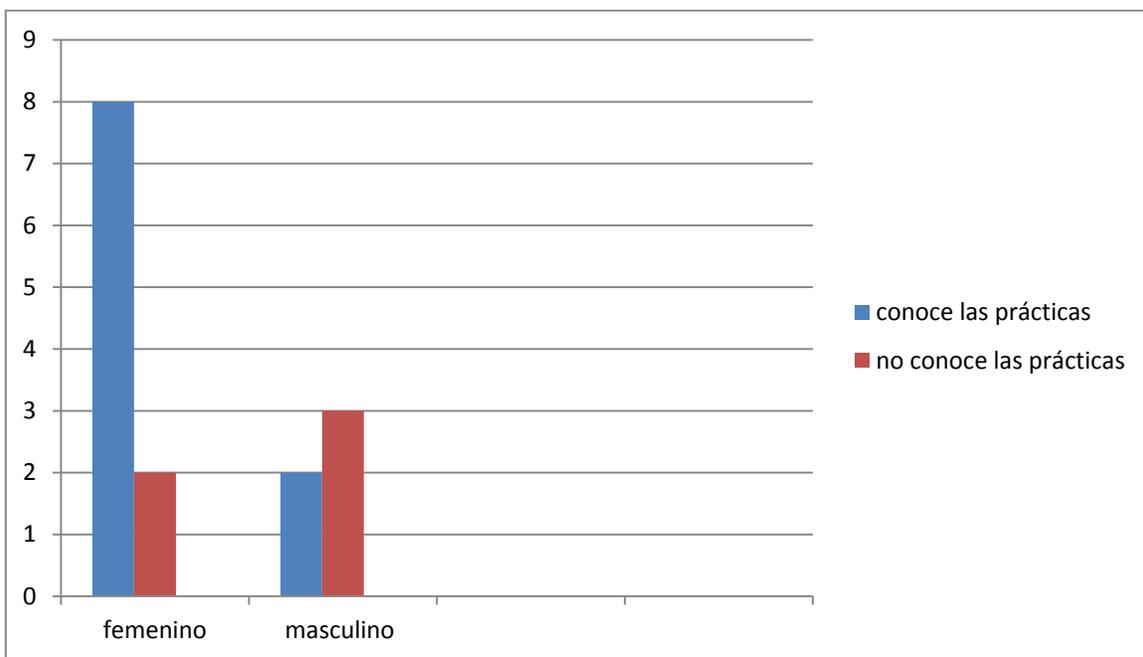


Gráfico II.13. Sobre el conocimiento de las prácticas existentes en relación a los sexos. Fuente: elaboración propia.

De lo expuesto anteriormente, se puede concluir en lo siguiente:

- Sobre un total de 100 personas encuestadas, 58 respondieron que conocen las prácticas existentes, mientras que 42 no. O sea, 58% por la afirmativa, 42% por la negativa.

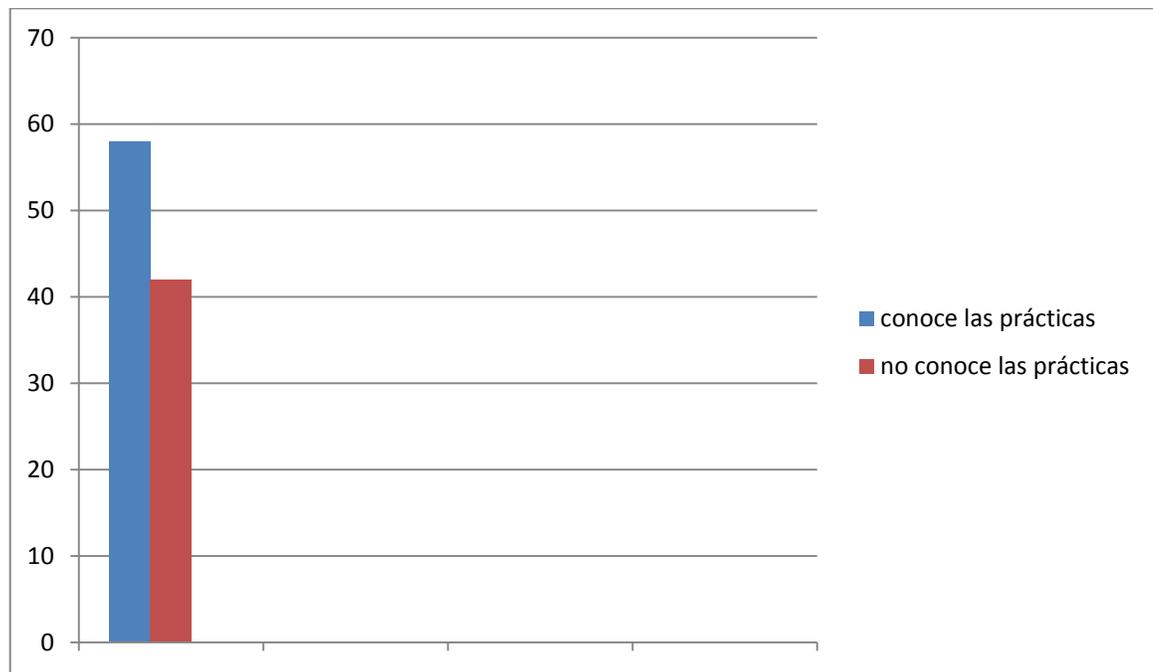


Gráfico II.14: sobre el conocimiento de las prácticas del total de la población encuestada.  
Fuente: elaboración propia.

- En la primera, tercera y cuarta franjas etarias, se da una relación de continuidad, porque cualitativamente hablando, las mujeres manifestaron conocer más que los hombres.
- Por último, este patrón sólo se rompe con la segunda franja etaria, porque los hombres en este caso, se mostraron con mayor conocimiento que las mujeres.

### **II.3 Sobre las opiniones encontradas.**

Se eligió este título, porque como se explicará más adelante, existen opiniones encontradas en referencia a las siguientes preguntas de la entrevista: se hace referencia concretamente a las siguientes preguntas: ¿Está de acuerdo con que el médico provoque la muerte de pacientes con sufrimientos intolerables debido a una enfermedad terminal o irreversible? Y ¿Cree oportuno que el médico deje morir intencionadamente al paciente abandonando todo tipo de tratamientos, incluidos los cuidados básicos necesarios cuando padece una enfermedad incurable? Para comenzar, se aclara que en ambas preguntas se hace referencia a la eutanasia, sólo que la primera se refiere a las acciones, mientras que la segunda a las omisiones. Se creyó necesario hacer esta distinción para la mejor comprensión de los resultados obtenidos en las entrevistas. Se pudo ver, cómo los mismos entrevistados entran en contradicción con su propia respuesta, ya que algunos manifestaron estar de acuerdo con las acciones, pero no así con las omisiones, o viceversa.

65

Para desarrollar este punto, se seguirá con la metodología de las franjas etarias descripta en capítulos anteriores.

#### *II.3.a: franja etaria de 18 a 30 años.*

Se comenzará con la primera franja etaria: de 18 a 30 años. Cuando se les interrogó acerca de las acciones del médico, sobre un total de 19 personas, diez (10) se manifestaron a favor de las mismas, mientras que nueve (9) en contra. En cambio, el resultado para las omisiones fue el siguiente: siete (7) a favor, doce

(12) en contra. Es decir, una proporción de 0,53 a 0,47 para el primer caso, y de 0,37 a favor contra 0,63 en desacuerdo para el segundo.

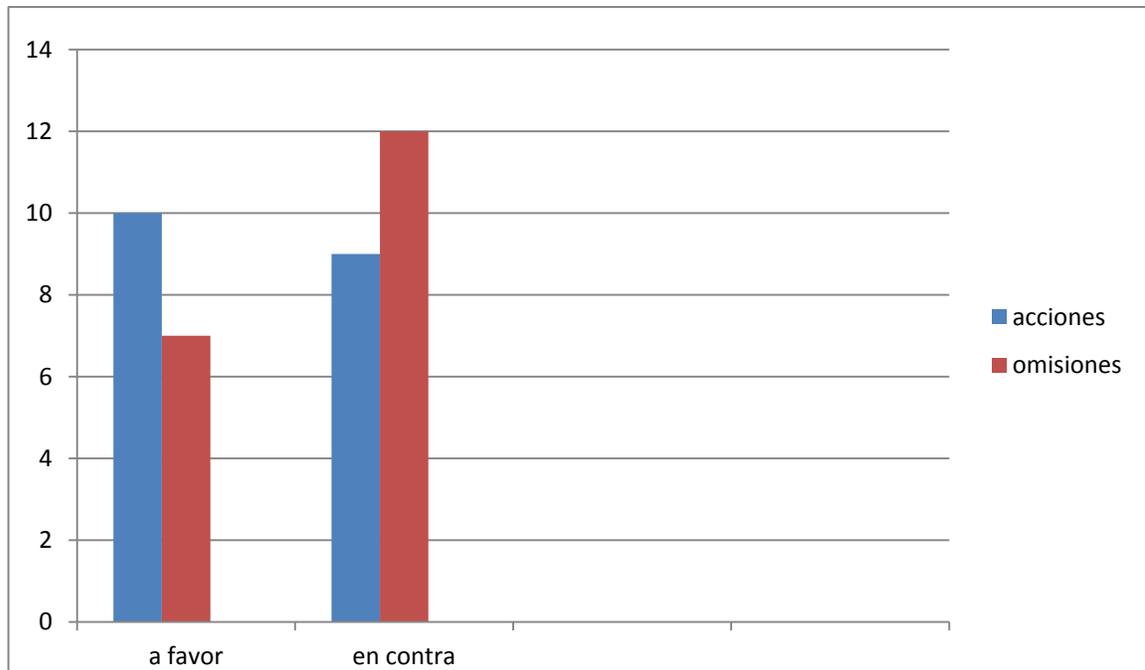


Gráfico II.15. Opiniones a favor y en contra de las acciones y omisiones de los médicos. Fuente: elaboración propia.

Siguiendo con el análisis cualitativo de los resultados, se desglosan los mismos por sexo: para el caso de las acciones médicas cinco (5) mujeres respondieron estar a favor, mientras que sólo tres (3) se manifestaron en contra, es decir 0,63 de las mismas está a favor de que el médico practique acciones encaminadas a provocar la muerte del paciente en casos específicos delimitados más arriba, mientras que 0,37 se manifestó en contra. En el caso de las omisiones, se dio una variable inversa: tres (3) se manifestaron a favor (0,37), y cinco (5) en contra (0,63). Un resultado exactamente inverso entre ambas variables de análisis, con lo cual se demuestra lo que se expuso en el título de este apartado: opiniones encontradas.

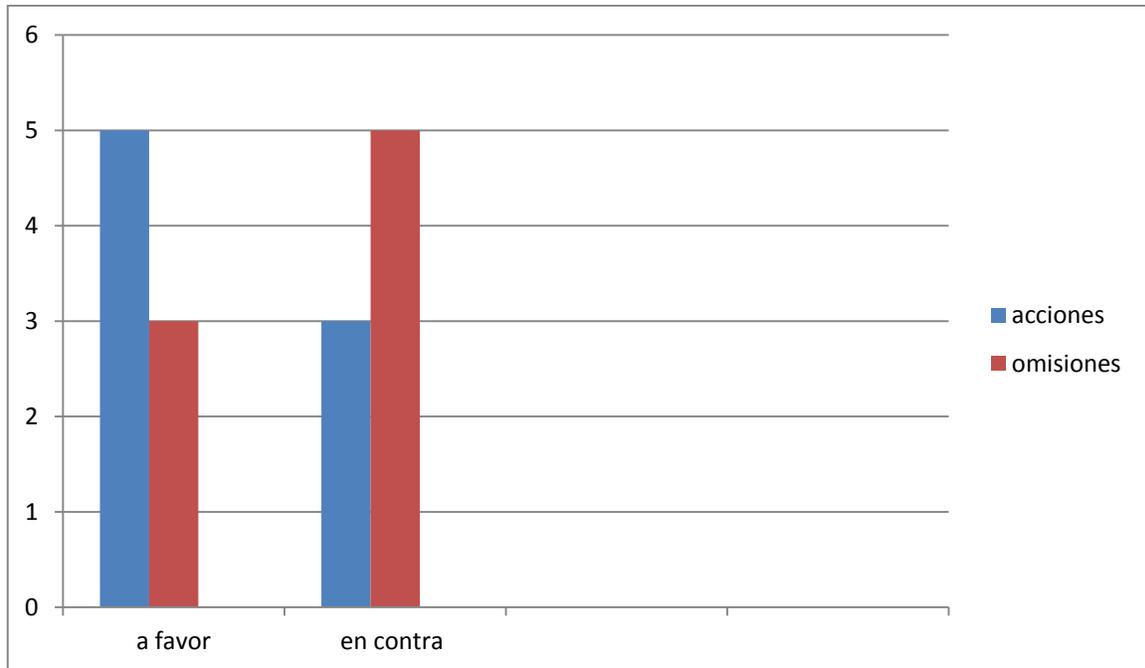


Gráfico II.16. Sobre las opiniones a favor y en contra en el caso del sexo femenino. Fuente: elaboración propia.

En el caso del sexo masculino, las variables se mantienen, es decir tanto para las acciones como para las omisiones, los hombres respondieron en su mayoría estar en desacuerdo con las mismas. Así fueron los resultados de las entrevistas:

67

En el punto de las acciones, cinco (5) hombres (0,45) se manifestó a favor, mientras que seis (6) hombres (0,55) se manifestó en contra. En las omisiones, el margen de la negativa se mantuvo al frente con respecto a las respuestas a favor. Sólo cuatro (4) respondieron a favor (0,36), mientras que siete (7) respondieron en contra (0,64). Como se puede leer de este último análisis, los entrevistados de sexo masculino se manifestaron más en contra que a favor, ya sea de que se hable de acciones u omisiones del médico. En cambio, las entrevistadas de sexo femenino, para las acciones se manifestaron más por las opiniones a favor, no así por las omisiones.

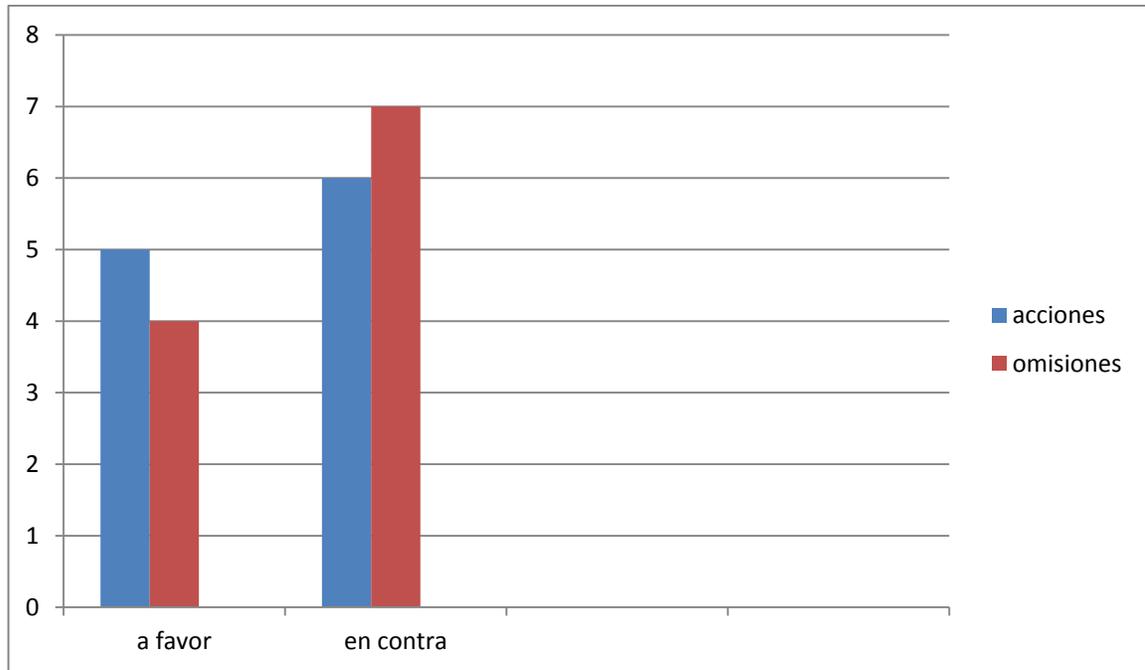


Gráfico II.17. Sobre las opiniones a favor y en contra en el caso del sexo masculino. Fuente: elaboración propia.

Entonces, al concluir en este punto, que hay rupturas y continuidades: las rupturas se dan en el caso del sexo femenino que respondió contradictoriamente en el caso de acciones y omisiones, pero también existen continuidades, como es el caso de los entrevistados de sexo masculino que mantuvieron su opinión, ya se hable de acciones o de omisiones del médico.

68

### II.3.b. franja etaria 31 a 40 años.

Se comenzará por la lectura de los resultados en general: sobre un total de 38 personas, treinta y seis (36) respondieron a favor para el caso de las acciones, y sólo dos (2) en contra, lo que representa una proporción de 0,95 a favor y sólo 0,05 en contra. Para el caso de las omisiones, otra vez se rompe el perfil de la respuesta anterior: sólo cuatro (4) se manifestaron a favor (0,11), mientras que

treinta y cuatro (34) en contra (0,89). Esto quiere decir que las mismas personas que respondieron a favor de las acciones, en algunos casos respondieron en contra de las omisiones.

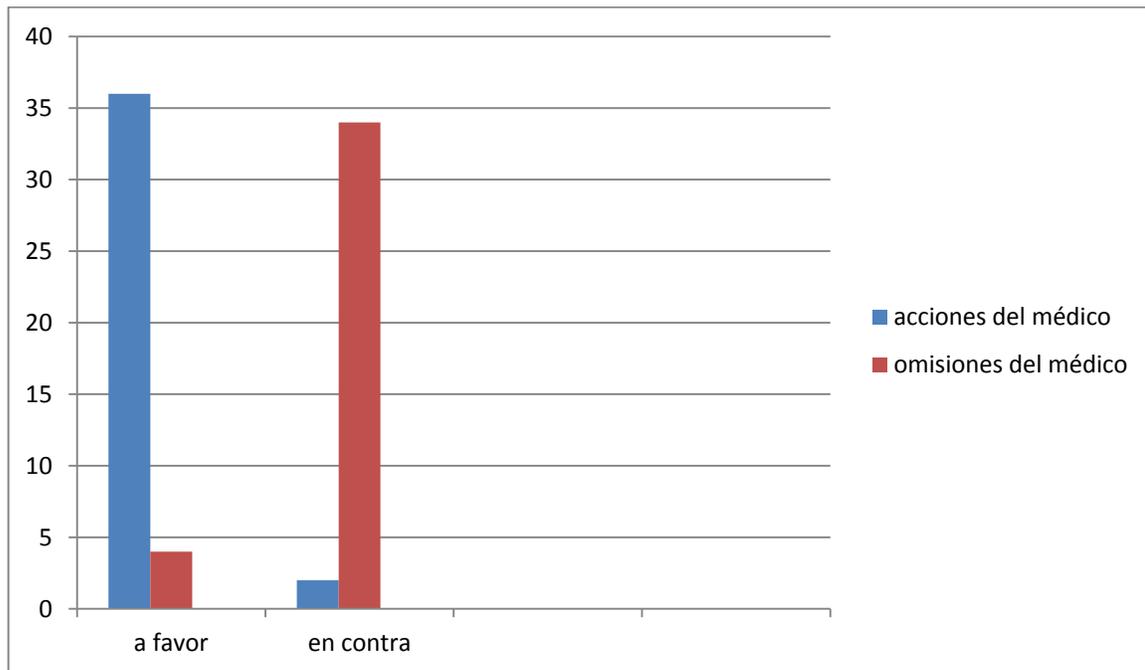


Gráfico II.18. Opiniones a favor y en contra de las acciones y omisiones de los médicos. Fuente: elaboración propia.

Se pasará a leer los resultados distinguiendo por sexos: para el caso del sexo femenino, sobre un total de diecinueve (19) mujeres, dieciocho (18) respondieron estar a favor con las acciones del médico (0,95), mientras que sólo una (1) respondió en contra (0,05). Para el punto de las omisiones, se repite el perfil de la franja etaria anterior: sólo tres (3) entrevistadas se pronunciaron a favor (0,16), mientras que dieciséis (16) respondieron en contra (0,84).

En el caso de los entrevistados de sexo masculino, se mantiene la perspectiva: en el caso de las acciones, dieciocho (18) respondieron estar a favor y sólo uno

(1) en contra. Pero, para el caso de las omisiones médicas, sólo uno (1) respondió a favor, mientras que los dieciocho (18) restantes respondieron en contra.

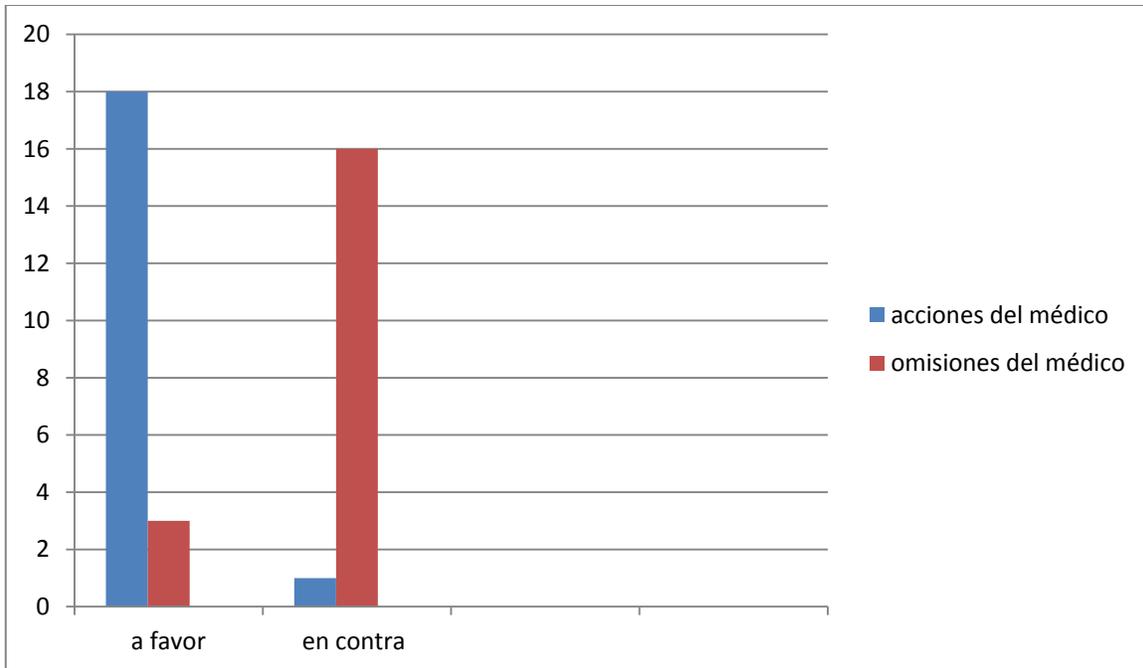


Gráfico II.19. Sobre las opiniones a favor y en contra en el caso del sexo femenino. Fuente: elaboración propia.

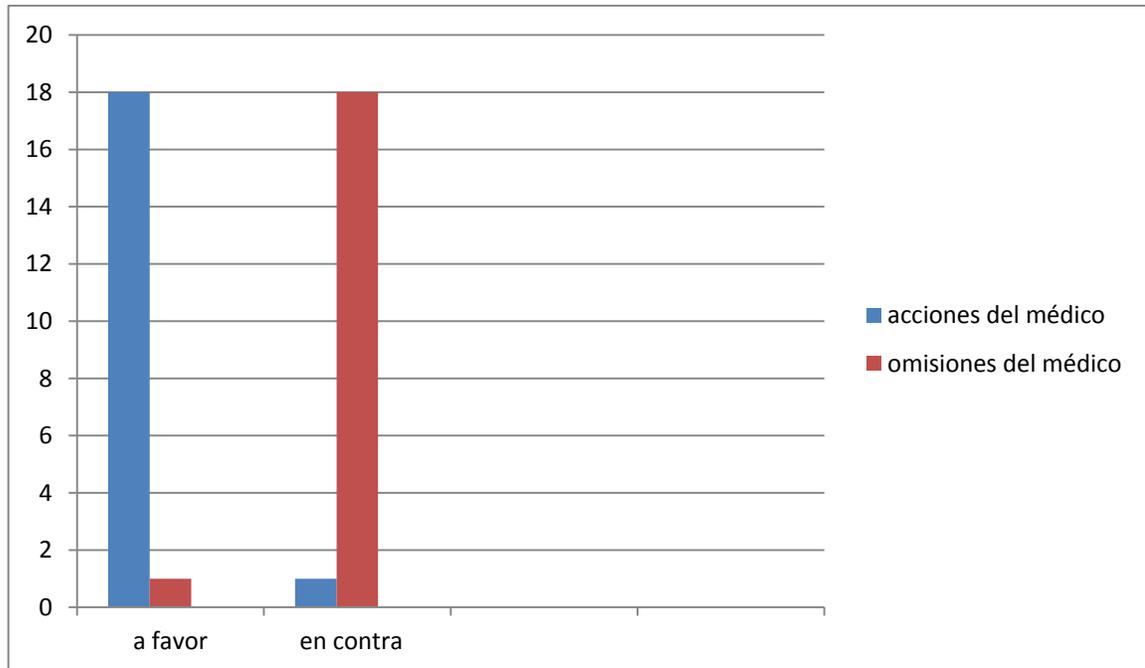


Gráfico II.20. Opiniones a favor y en contra de las acciones y omisiones de los médicos en el caso del sexo masculino. Fuente: elaboración propia.

Interesante resultado se dio en las respuestas, ya que cuando se trata de acciones hay más entrevistados/as que se muestran a favor, pero cuando se habla de omisiones, se da una relación inversa, es decir, hay mayor cantidad de entrevistados que se muestra en contra de las mismas, que los que respondieron a favor. ¿Qué se puede entender de ello? Que en realidad, la población común se muestra más a favor de las acciones, y que las omisiones no son un sinónimo de opiniones a favor.

### II.3.c. franja etaria 41 a 50 años.

En esta franja etaria sobre un total de 28 personas, en el caso de las acciones médicas, veintiún (21) respondieron a favor, y sólo siete (7) en contra; o sea a favor: 0,75, en contra: 0,25. Para el caso de las omisiones médicas, el resultado

fue más dividido: dieciocho (18) a favor (0,64), diez (10) en contra (0,36). Con ello, podemos afirmar que se mantiene la continuidad de la franja etaria anterior: hay una mayor favorabilidad hacia las acciones, pero no así con respecto a las omisiones.

Pero al desglosar los resultados, se ve cómo la situación se modifica sustancialmente. En el caso de las entrevistadas de sexo femenino, y para el caso de las acciones, sobre un total de doce (12), la totalidad respondió estar a favor de las mismas, manteniéndose la misma proporción para el caso de las omisiones.

En cambio, en el caso de los entrevistados de sexo masculino, para el caso de las acciones médicas, los resultados fueron divididos: nueve (9) se manifestaron a favor, o sea un 0,56, y siete (7) en contra, o sea 0,44. Y para el ítem de las omisiones, sólo seis (6) respondieron estar a favor (0,38), mientras que diez (10) lo hicieron en contra (0,62). De todo lo expuesto, surgen las siguientes conclusiones:

- Al igual que en la franja etaria anterior, la mayoría de los entrevistados se encuentra a favor de las acciones, pero no así de las omisiones.
- Con respecto a las opiniones a favor, la mayoría de ellas surge del sexo femenino para el caso de las omisiones, la totalidad respondió afirmativamente, por lo tanto podemos afirmar que las opiniones en contra de las omisiones se desprenden en su totalidad de los entrevistados de sexo masculino.
- No obstante, en conjunto, siguen siendo mayores las proporciones a favor de las acciones y las omisiones que los que se vieron en contra.

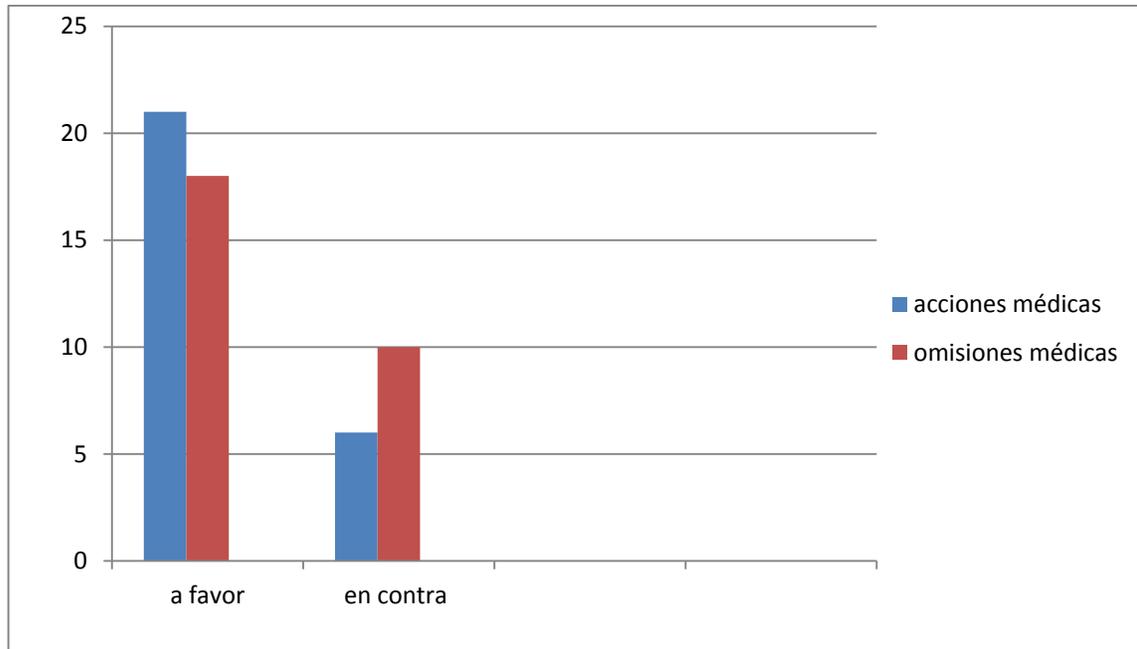


Gráfico II.21. Opiniones a favor y en contra de las acciones y omisiones de los médicos. Fuente: elaboración propia.

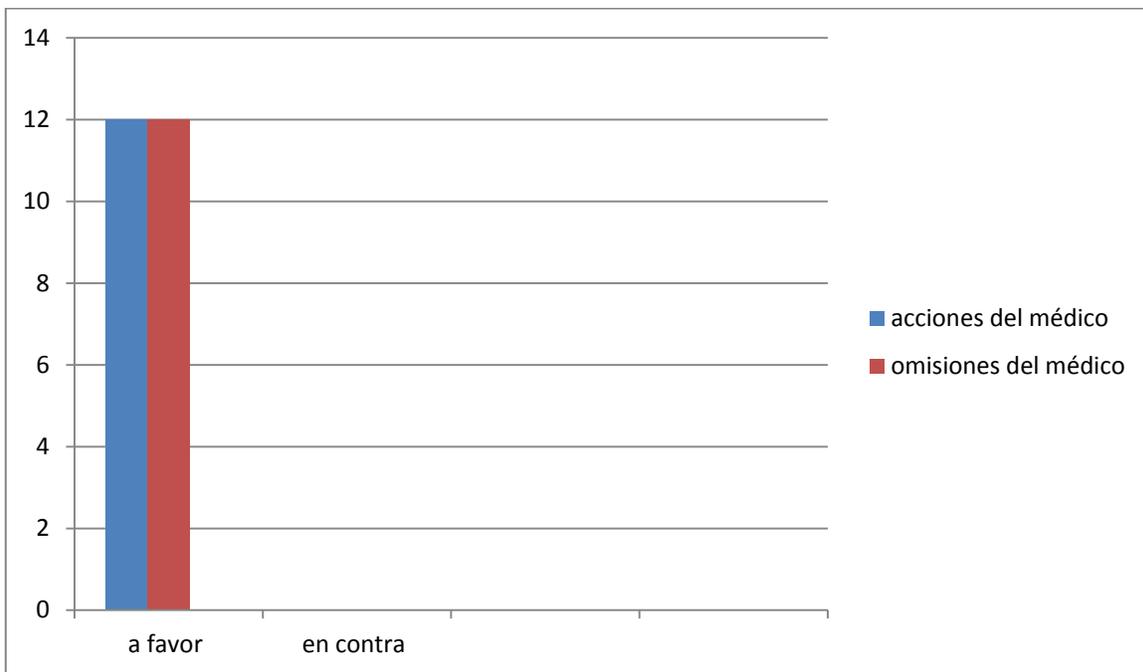


Gráfico II.22. Sobre las opiniones a favor y en contra en el caso del sexo femenino. Fuente: elaboración propia.

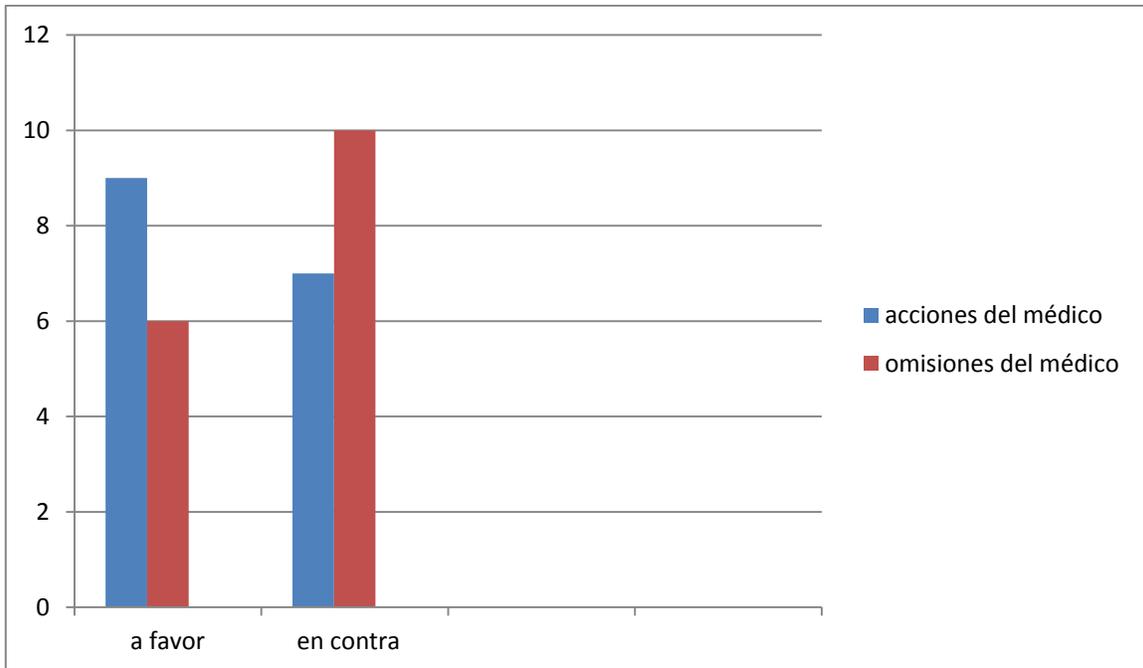
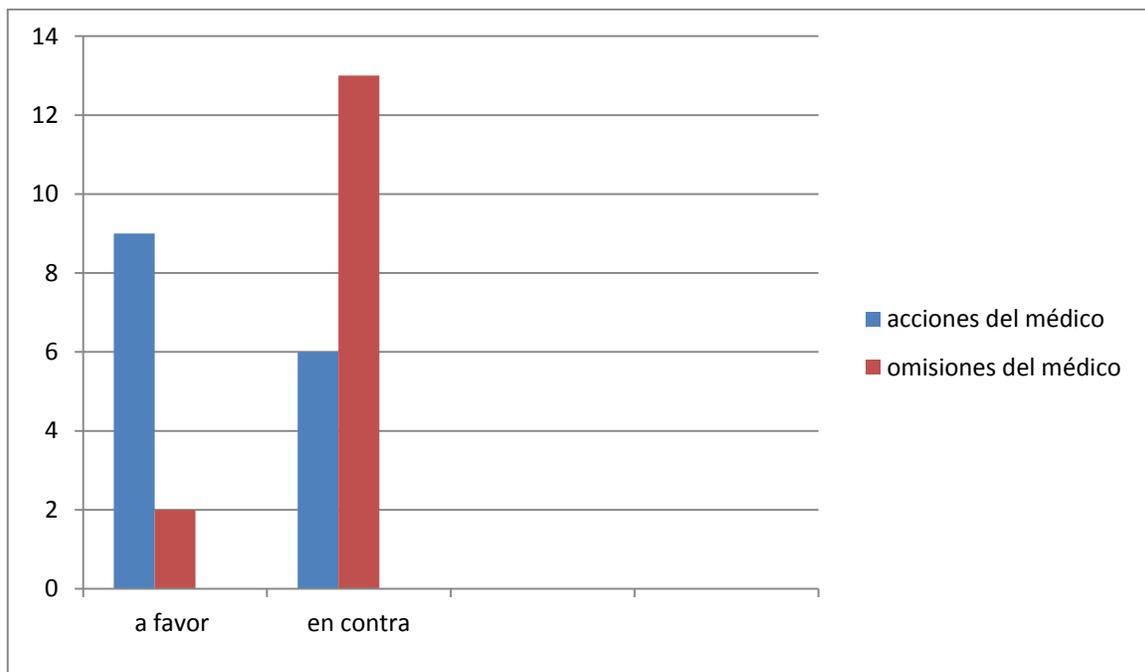


Gráfico II.23. Sobre las opiniones a favor y en contra en el caso del sexo masculino. Fuente: elaboración propia.

### II.3.d. franja etaria 51 a 75 años.

Cualitativamente hablando, se produce una importante ruptura con respecto a los patrones visualizados de las variables anteriores en relación a las franjas etarias más bajas. En general, la población de esta edad, para el caso de las acciones, se encuentra dividida, con lo cual se cumple la afirmación de las opiniones encontradas: sobre un total de 15 personas, nueve (9) se manifestaron a favor, mientras que seis (6) en contra: una proporción de 0,6 a favor, 0,4 en contra. Como podemos leer, la población en general se encuentra más a favor que en contra de las acciones médicas, pero si analizamos las omisiones, es aquí donde se produce la continuidad también: trece (13) se manifestaron en contra, o sea un 0,86, mientras que sólo dos (2), o sea un 0,13 a favor. Claro que este

resultado se condice con las respuestas de las franjas etarias anteriores, y por lo tanto hay continuidad, pero ¿Dónde se encuentra la ruptura de la que se habla? Se encuentra al analizar los resultados cualitativamente, en el caso de las entrevistadas de sexo femenino: cuando se les interrogó sobre si estaban a favor o en contra de las omisiones médicas, la totalidad de las mismas se manifestó en contra. Con respecto a las franjas anteriores: para los casos de 18 a 30 años, y de 31 a 40 años, se manifestaron en su mayoría en contra, no así en la franja de los 41 a los 50 años. En el caso de los entrevistados de sexo masculino, el patrón continúa porque sólo uno (1) se manifestó a favor, mientras que cuatro (4) en contra: una variable cuyo resultado se repite con respecto a los puntos anteriores.



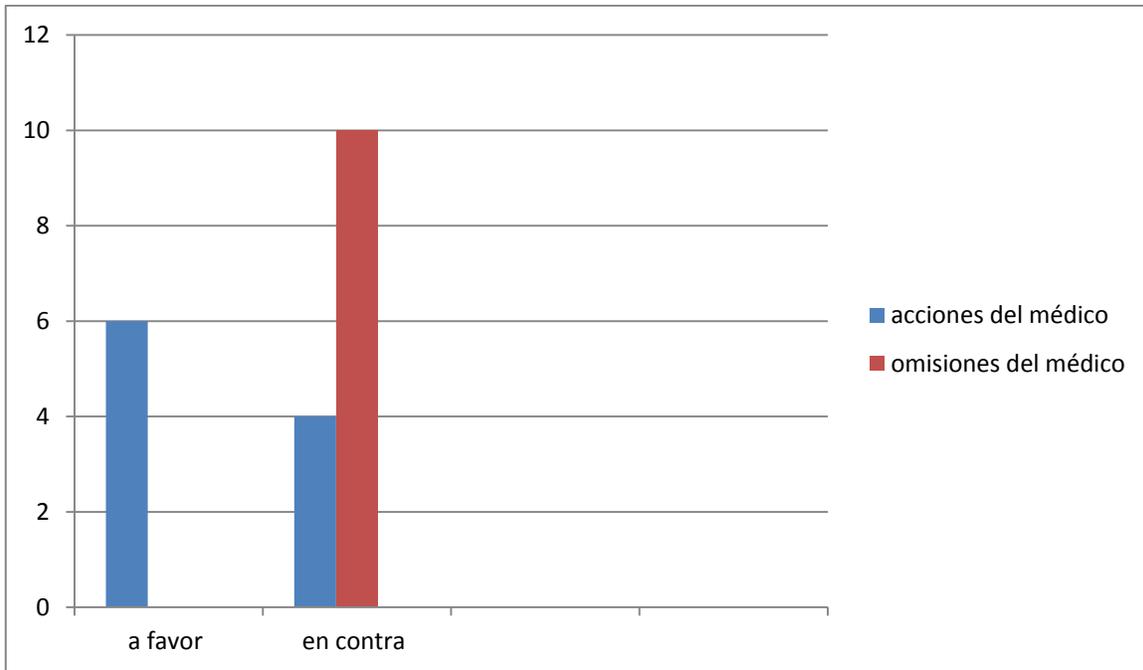
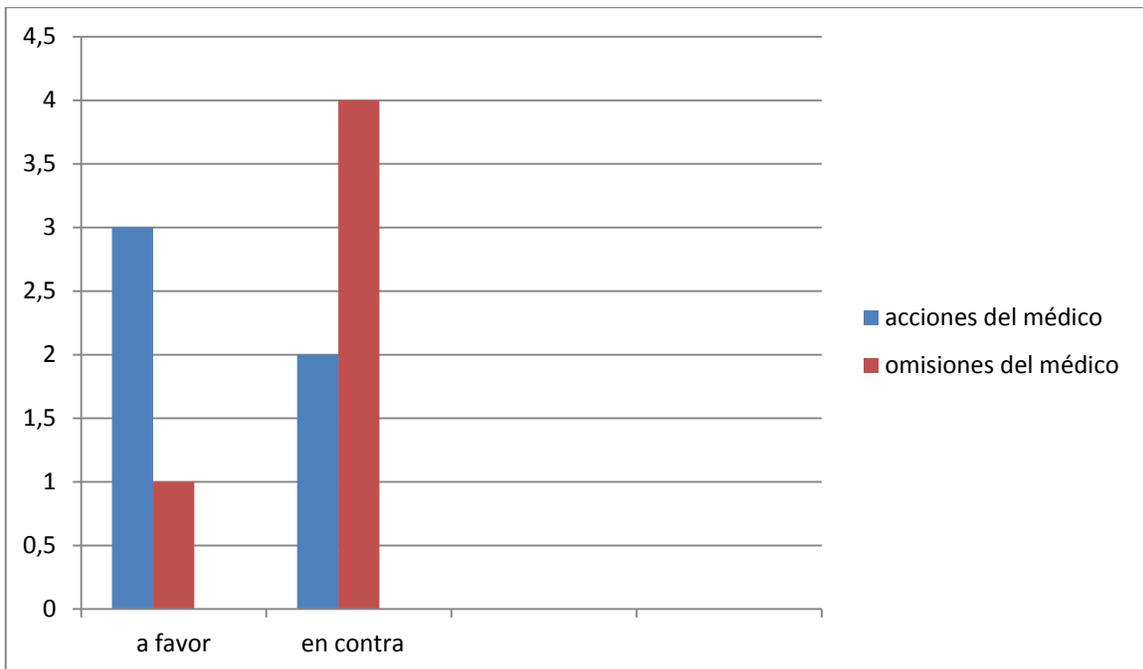


Gráfico II.25. Sobre las opiniones a favor y en contra en el caso del sexo femenino. Fuente: Elaboración propia.



Elaboración propia.

Gráfico II.26. Opiniones a favor y en contra de las acciones y omisiones de los médicos en el caso del sexo masculino. Fuente: elaboración propia.

#### **II.4. La Ley de Muerte Digna.**

La Ley 26529 y su modificatoria 26742, definen qué se entiende por eutanasia, o mejor dicho qué prácticas u omisiones se incluyen dentro del concepto; una interesante modificación se dio con la incorporación de lo que se denomina respetar la voluntad del paciente en casos de enfermedades terminales o irreversibles, pudiendo éste prestar su consentimiento a los fines de una muerte digna, ya sea por medio de acciones o de omisiones. Sin entrar en detalle de sus artículos por encontrarse en el anexo I de este trabajo, se trabajará sobre los resultados de las encuestas y entrevistas realizadas, para determinar cuanta población tiene conocimiento de la existencia de esta ley.

Comenzando por la franja etaria más baja, es decir la que va desde los 18 a los 30 años, sobre un total de diecinueve (19) personas, sólo cinco (5) es decir el 0,26 manifestó conocer la ley, mientras que los catorce (14) restantes no la conoce, o sea un 0,74. Si analizamos a la luz de los sexos entrevistados, se mantiene el resultado de la variable: las mujeres en una proporción de 0,63 desconoce la existencia de ley (5), mientras que sólo el 0,37 de las mismas la conoce (3). Para los hombres se da el mismo patrón, aunque con valores diferentes: sobre un total de once (11), sólo dos (2) o sea el 0,18, conoce la ley, mientras que el 0,82 restante (o sea 9) no la conoce.

Por lo tanto, es mayor el desconocimiento que el conocimiento en esta franja etaria.

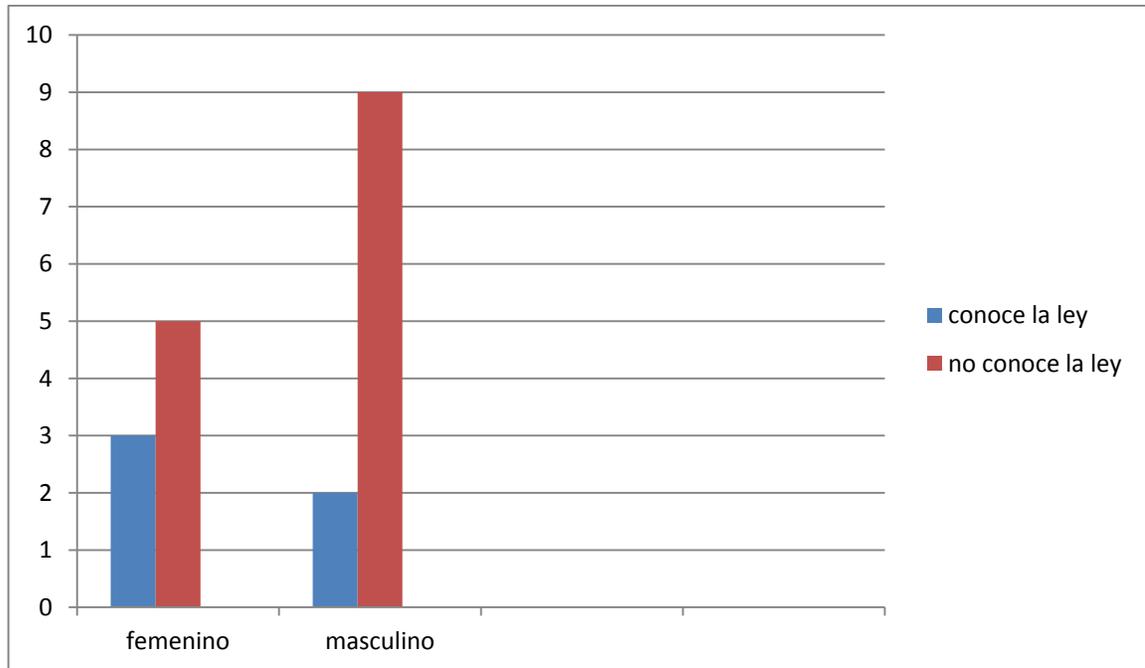


Gráfico II.27. Sobre el conocimiento de la ley. Franja etaria: 18 a 30 años. fuente: elaboración propia.

Pero ¿Qué ocurre cuando se analiza la franja etaria de los 31 a los 40 años? una continuidad con respecto a la franja anterior: es mayor el desconocimiento que el conocimiento, ya sea en términos generales o distinguiendo por sexos. En términos generales, la población de esta edad desconoce la ley en una proporción de 0,84 (o sea de un total de 38, respondieron no conocer la ley 32 personas), mientras que sólo el 0,16 (o sea 6 personas) respondieron conocer su existencia. Lo mismo ocurre con la distinción de sexos: las entrevistadas de sexo femenino: sobre un total de diecinueve (19), sólo cinco (5) conocen, mientras que las catorce (14) restantes no. Para el caso de los entrevistados de sexo masculino, sobre un total de diecinueve (19), sólo uno (1) respondió conocer, mientras que los dieciocho (18) restantes no conoce la existencia de la mencionada ley.

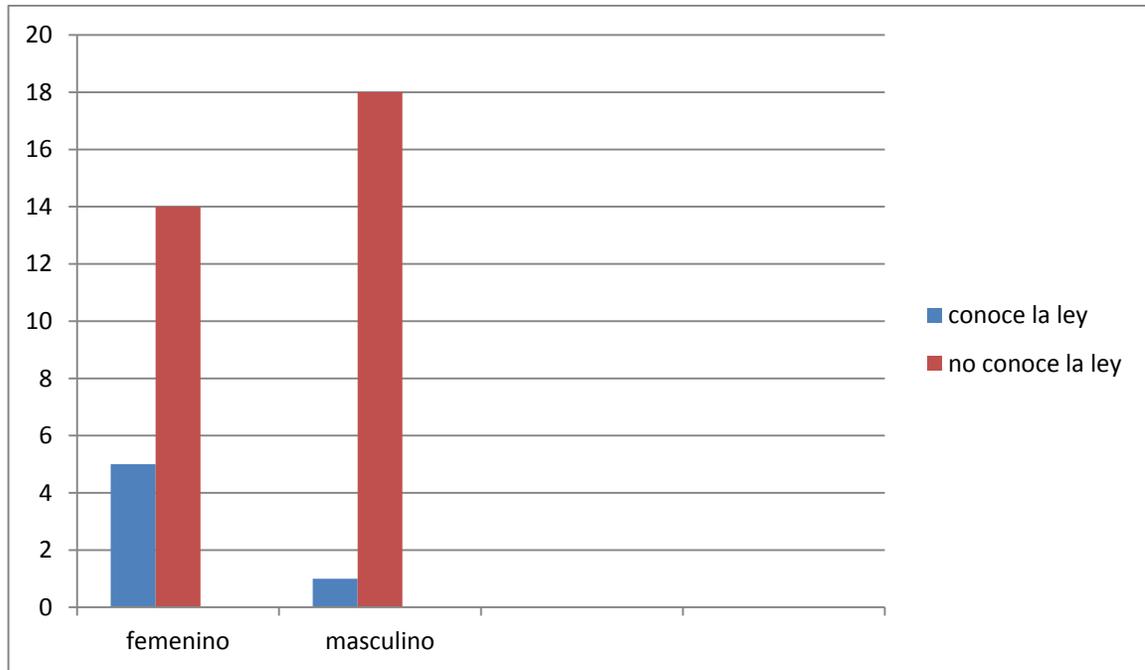


Gráfico II.28. Sobre el conocimiento de la ley. Franja etaria: 31 a 40 años. Fuente: elaboración propia.

Pues bien, existen las condiciones para afirmar que en esta variable, se mantiene mayor el nivel de desconocimiento, ya sea se lo analice de manera general o cualitativamente por sexos.

79

En el caso de la población de 41 a 50 años, se da una particularidad: sobre un total de 28 personas, doce (12) o sea 0,43 se manifestó por el conocimiento, mientras que los dieciséis (16) restantes, o sea el 0,57 por el desconocimiento. Pero si se analiza cualitativamente, el 0,43 del conocimiento proviene en su totalidad del sexo femenino, mientras que el 0,57 del desconocimiento proviene del sexo masculino.

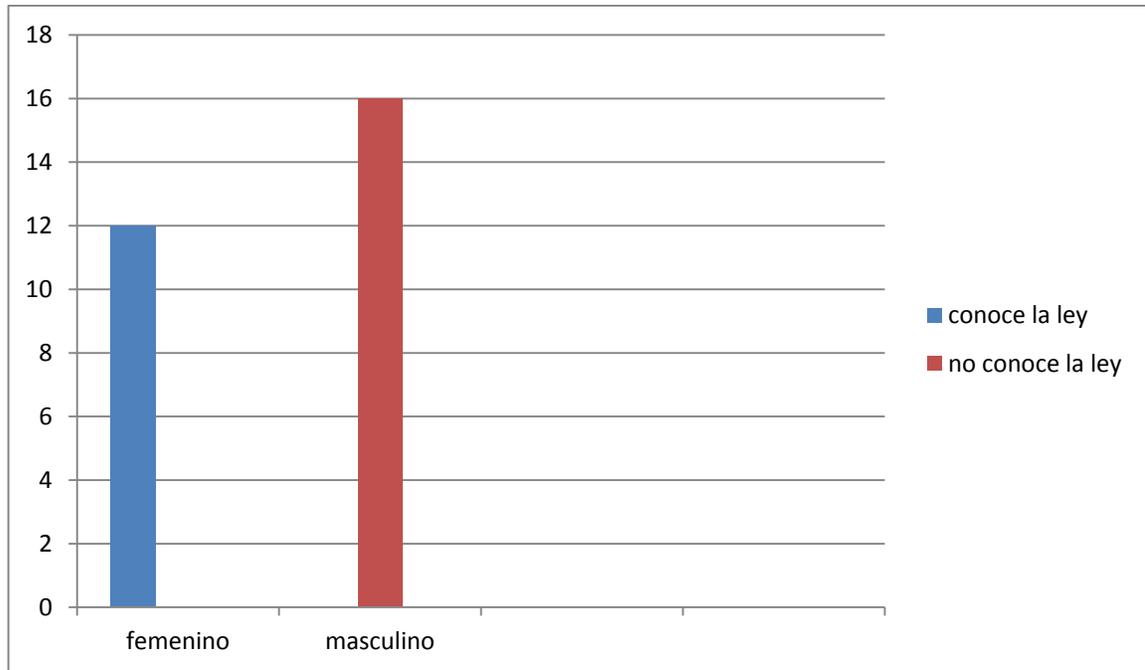


Gráfico II.29. Sobre el conocimiento de la ley. Franja etaria: 41 a 50 años. Fuente: elaboración propia.

Una relación inversamente proporcional a los sexos: mientras que la totalidad de las mujeres manifestó conocer la ley, el total de los entrevistados varones manifestó no conocerla.

Resta la última franja etaria de analizar, y ver con ello si sigue el patrón de las anteriores o se produce una ruptura. Pues bien se dan las dos situaciones, porque en general la población de esta edad desconoce igual a lo que conoce: sobre un total de 15 personas, ocho (8) respondieron afirmativamente, mientras que siete (7) respondieron negativamente.

Aquí se produce una continuidad con respecto a los puntos anteriores, en esta franja etaria quien conoce más es el sexo femenino, y por ende quien desconoce más es el masculino. Así, sobre un total de diez (10) mujeres, 0,8 de las mismas conoce la ley (ocho), mientras que 0,2 (o sea dos mujeres) manifestó la negativa.

En el caso de los hombres, la totalidad no conoce la ley, con lo cual se cumple la continuidad con respecto a la franja etaria anterior.

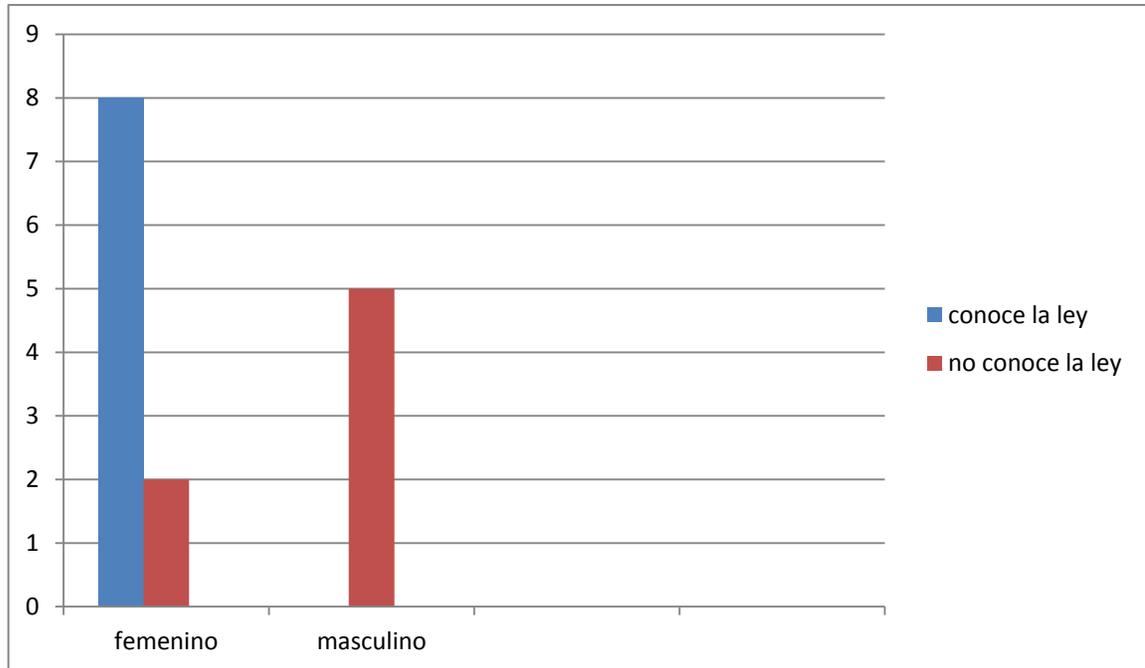


Gráfico II.30. Sobre el conocimiento de la ley. Franja etaria: 41 a 50 años. Fuente: elaboración propia.

# CAPÍTULO III: “¿QUÉ ELEGIMOS A LA HORA DE HABLAR DE NOSOTROS MISMOS?”

### **III.1 Sobre lo que elige la mayoría en la Argentina y en la localidad.**

Ya se analizó qué y cuánto conoce la población en general sobre la eutanasia en la localidad de Arroyo Dulce, se analizó cuantitativa y cualitativamente, pero este apartado se dedicará a leer qué opina la gente entrevistada acerca de si está o no de acuerdo con el artículo periodístico que presentó el Diario “El País” en Octubre de 2009: el mismo reflejaba el siguiente resultado: en el caso de los enfermos terminales, cerca del 1 % pide que se practique eutanasia al año. Como se puede ver, el porcentaje de los enfermos terminales que pide que se realice esta práctica es muy bajo, pero esto no es lo que se detendrá a analizar aquí, sino qué opina la población de la localidad. Además, se efectuará el análisis sobre si están de acuerdo o no en el caso de que sean los enfermos terminales quienes decidan vivir o morir dignamente.

83

Para efectuar este análisis, se toma la misma metodología que hasta el momento se viene desarrollando: la de las franjas etarias, y cualitativamente, por sexos.

#### *III.1.A: Franja etaria 18 a 30 años.*

Se comienza con la lectura de las encuestas. En este caso, sobre un total de diecinueve (19) personas entrevistadas, y para el acuerdo o desacuerdo con el artículo del Diario “El País”, doce (12) manifestaron estar de acuerdo, lo que representa una proporción de 0,63, mientras que siete (7) manifestaron que no, lo que representa un 0,37. Con respecto al análisis cualitativo, sobre un total de ocho (8) mujeres, siete (7) respondieron por la afirmativa, mientras que sólo una (1),

manifestó no estar de acuerdo. En cambio, en el caso de los hombres entrevistados los resultados fueron más divididos: sobre un total de 11 (once), 5 (cinco) manifestaron estar de acuerdo y 6 (seis) no. Entonces, podemos afirmar con certeza, que más allá del sexo que se trate, la mayoría de los entrevistados manifestó estar de acuerdo con el artículo, es decir con la práctica de la eutanasia en caso de enfermos terminales. Veamos ahora los resultados en gráficos:

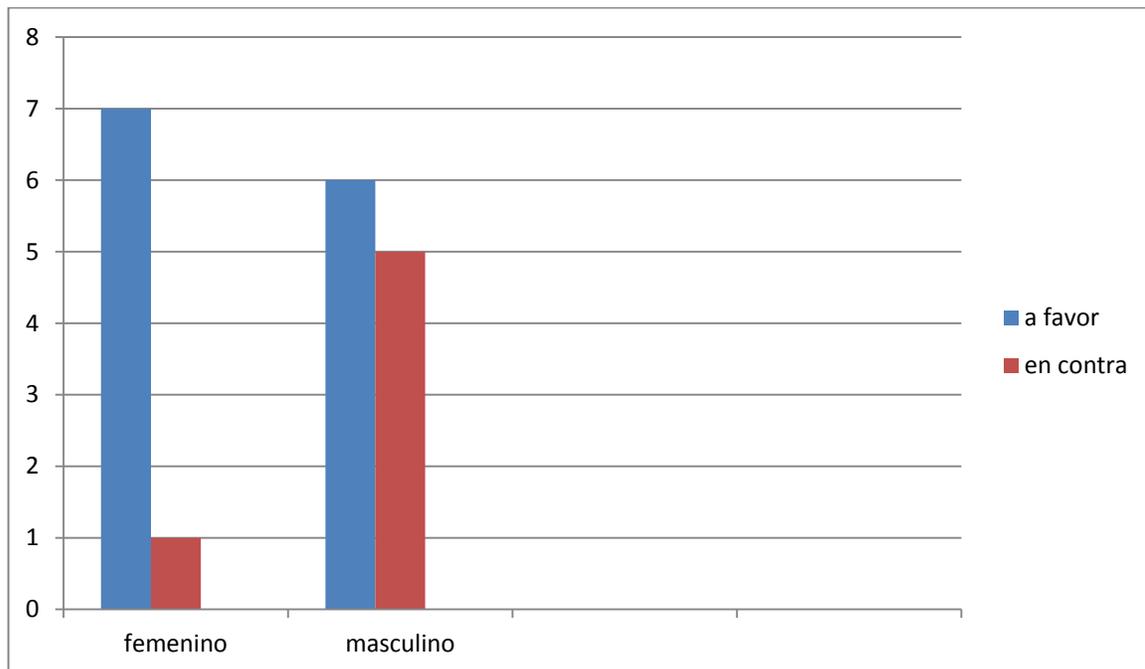


Gráfico III.1: Sobre el acuerdo o desacuerdo en relación al artículo del Diario "El País". Fuente: elaboración propia.

Ahora bien, cuando se les preguntó si el paciente tiene derecho a elegir si vivir o morir dignamente, sobre un total de diecinueve personas (19), catorce (14) respondieron por la afirmativa (0,74), mientras que cinco (5) personas (0,26) lo hicieron por la negativa. Teniendo en cuenta las respuestas anteriores, si bien varían las proporciones, si se puede afirmar que se repite el patrón anterior: de las mujeres (8 en total), siete (7) respondieron que el paciente tiene derecho a elegir,

mientras que sólo una (1) no. En el caso de los hombres entrevistados, sobre un total de once (11), siete (7) respondieron por la afirmativa, y cuatro (4) por la negativa. Veamos los resultados obtenidos en el siguiente gráfico:

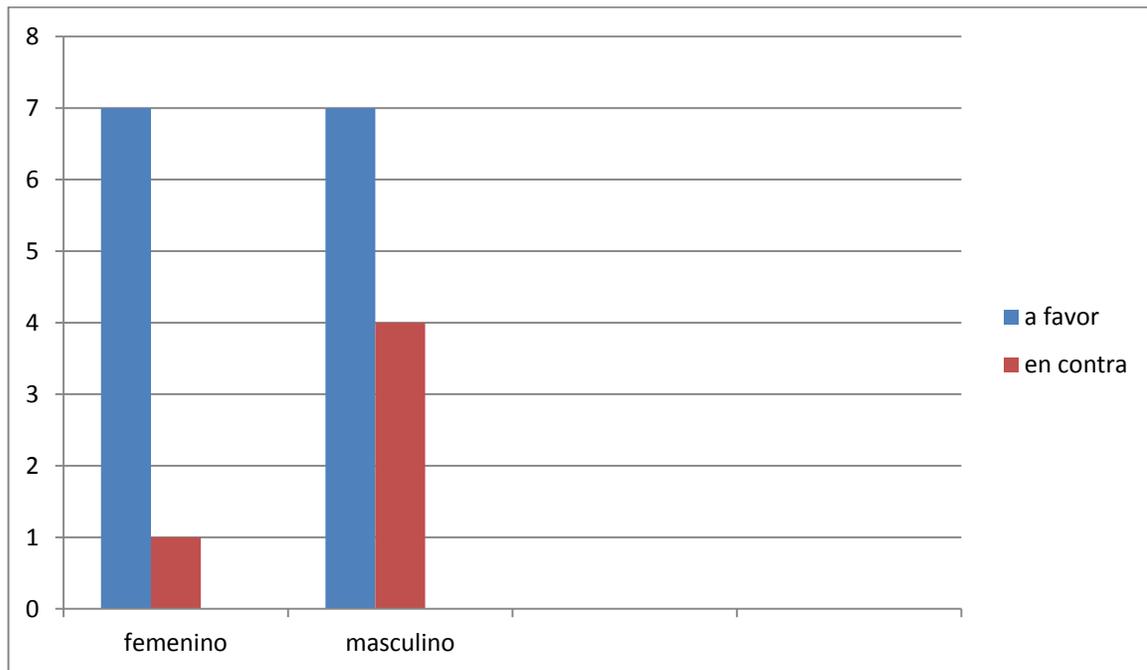


Gráfico III.2: Sobre el acuerdo o desacuerdo en relación al derecho de elegir del paciente.

Fuente: elaboración propia.

Como conclusión final a esta franja etaria, se puede señalar que la misma se mostró más en acuerdo que en desacuerdo con respecto a ambas preguntas, es decir con que los enfermos terminales pidan que se les practique eutanasia, y por ende también la mayoría manifestó estar de acuerdo con que ellos mismos sean quienes decidan sobre la vida o la muerte digna.

### *III.1.B. Franja etaria 31 a 40 años.*

En el caso de los entrevistados de esta franja etaria, podemos ver cómo las respuestas afirmativas suman la mayoría. Esto quiere decir que cuando se les interrogó sobre si están de acuerdo con el artículo del Diario “El País”, sobre un

total de treinta y ocho (38) personas, treinta y dos (32) respondieron por la afirmativa, lo que equivale a una proporción de 0,84. Si se analiza cualitativamente este punto, vemos que sigue el mismo perfil, porque sobre un total de diecinueve (19) mujeres, dieciséis (16) respondieron por el sí, mientras que sólo tres (3) por el no. En el caso de los varones entrevistados, sobre un total de diecinueve (19), dieciséis (16) respondieron afirmativamente, mientras que sólo tres (3) negativamente. Dicho de otra forma, mujeres y varones entrevistados coincidieron en las proporciones representando en ambos casos 0,84 por la afirmativa y 0,16 por la negativa.

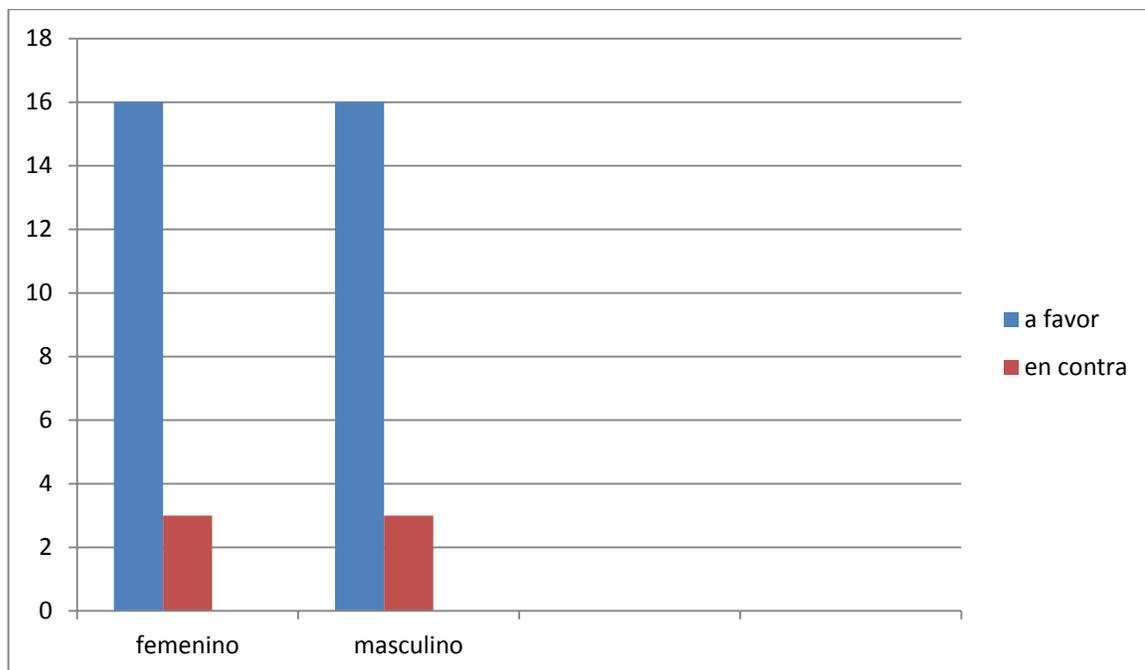


Gráfico III.3: Sobre el acuerdo o desacuerdo en relación al artículo del Diario "El País". Fuente: elaboración propia.

Ahora bien, para el caso de la pregunta si están o no de acuerdo con que el paciente elija su propio destino entre vivir o morir dignamente, las repuestas afirmativas fueron aún más contundentes que en el caso anterior, ya que de un

total de treinta y ocho (38) personas encuestadas, treinta y seis (36) respondieron por el sí, y sólo dos (2) por el no, lo que en proporciones representa el 0,95 para el primer caso y el 0,5 para el segundo; si a ello le sumamos el análisis de las respuestas en base a los sexos entrevistados, se repite el patrón anterior: la misma cantidad de mujeres que de hombres respondieron en forma afirmativa, coincidiendo también en la negativa.

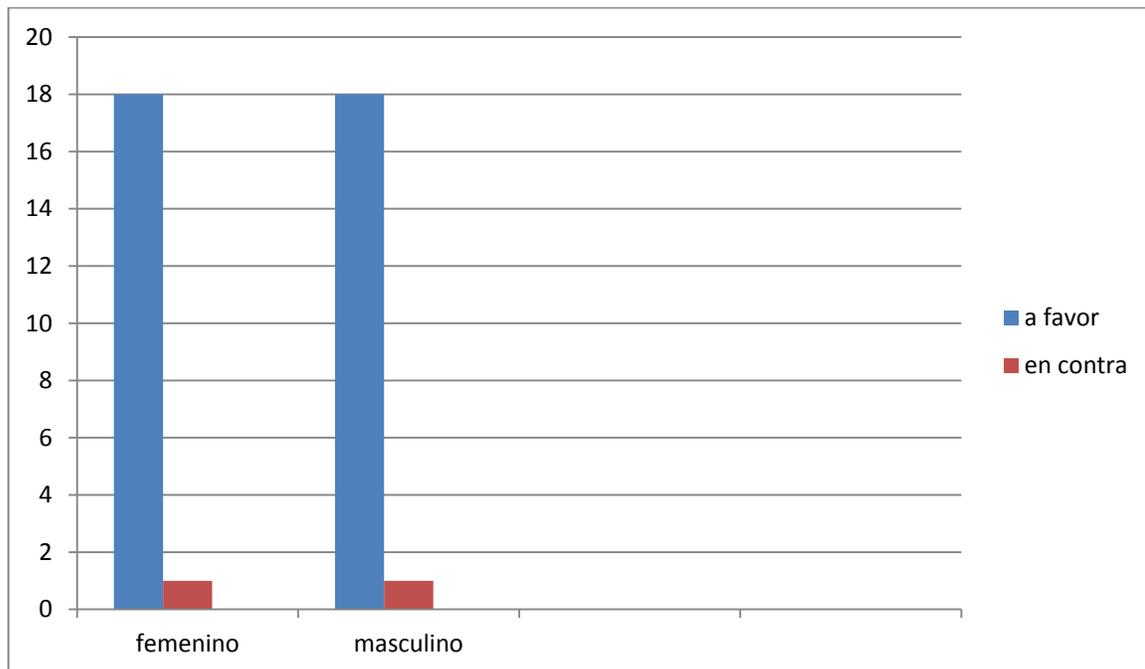


Gráfico III.4: Sobre el acuerdo o desacuerdo en relación al derecho de elegir del paciente.

Fuente: elaboración propia.

Como conclusión a este punto, o mejor dicho a la presente franja etaria, se puede señalar los siguientes ítems:

- En primer lugar, la proporción en acuerdo, ya sea hablando del artículo periodístico como del derecho del paciente a elegir, es mucho más elevada con respecto a la franja anterior, la que si bien presentaba una

proporción elevada con respecto a las repuestas afirmativas, de ningún modo alcanzaron la proporción que arrojaron los entrevistados de 31 a 40 años.

- Además, hombres y mujeres coincidieron en sus respuestas, tanto para el caso de la primera pregunta detallada anteriormente, como de la segunda, arrojando un resultado positivo muy alto.
- Por último, comparando con la franja etaria anterior en la que las mujeres respondieron más veces de forma positiva que los hombres, en este caso, como se mencionó anteriormente, se produjo una igualdad.

### *III.1.C. Franja etaria 41 a 50 años.*

¿Qué ocurre con los entrevistados de esta edad? Como se demostrará a continuación, siguen con el mismo perfil de respuesta que las franjas etarias anteriores para el caso de la segunda pregunta, mientras que para la primera se rompe claramente el mismo. Es decir, ante las preguntas:

- Según el Diario “El País” del 07 de Octubre de 2009, el 1% de los enfermos terminales pide la eutanasia al año al padecer la enfermedad ¿Qué opina al respecto?
- ¿Considera usted que en estos casos los enfermos terminales tienen derecho a elegir si vivir o morir dignamente?

La mayoría de los entrevistados, sean de sexo femenino o masculino se manifestó por la afirmativa. En términos cuantitativos: sobre un total de veintiocho personas (28), en caso de la pregunta que se refiere al artículo periodístico, sólo

diez (10) respondieron que sí están de acuerdo, mientras que dieciocho (18) se manifestaron en contra, lo que representa una relación del 0,36 a favor y 0,64 en contra. Ahora si nos detenemos a analizar cualitativamente los resultados, vemos como se invierten los resultados, porque sobre un total de doce (12) encuestadas del sexo femenino, las doce (12) se manifestaron por la opción de no estar de acuerdo con el artículo. Para el caso de los encuestados de sexo masculino, sobre un total de dieciséis (16), diez (10) se manifestaron por la opción de estar de acuerdo, mientras que sólo seis (6) en desacuerdo. Es decir, que:

- La mayoría de los entrevistados, a diferencia de las franjas etarias anteriores, respondió por la negativa en la pregunta, con lo cual se rompe el perfil de respuesta con respecto a los casos anteriormente analizados.
- Quienes se manifestaron en su totalidad en contra del artículo fueron las entrevistadas de sexo femenino, mientras que los entrevistados de sexo masculino se repartieron en sus respuestas.
- Cuando se habla del artículo periodístico, claramente esta franja etaria dejó ver su postura con respecto al tema: una negativa del 0,64, comparada con las respuestas afirmativas que sólo sumaron el 0,36.

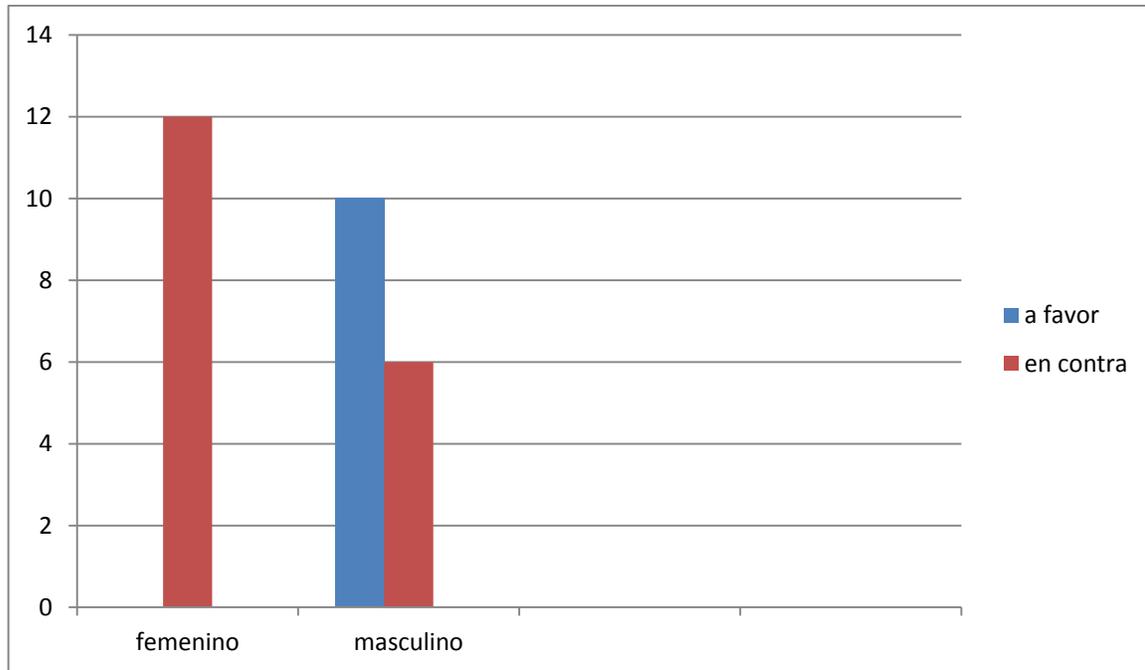


Gráfico III.5: Sobre el acuerdo o desacuerdo en relación al artículo del Diario “El País”. Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la pregunta siguiente, es decir aquella en que a los entrevistados se les interrogó acerca del derecho del paciente a elegir si vivir o morir dignamente, esta vez las respuestas inclinaron la balanza hacia el lado positivo, o mejor dicho sobre un total de veintiocho (28) personas, veintiséis (26) respondieron estar de acuerdo, mientras que sólo dos (2) se inclinaron por la negativa. Una relación, en términos de proporciones de 0,93 a favor y 0,7 en contra. Claramente, una contradicción con la pregunta anterior, no sólo desde el aspecto cuantitativo, sino también cualitativo, ya que las entrevistadas del sexo femenino mientras que en la anterior pregunta respondieron todas por la negativa, aquí todas (doce mujeres) se manifestaron por la afirmativa. Para el caso de los entrevistados de sexo masculino, sobre un total de dieciséis (16), catorce (14) respondieron estar de acuerdo, y sólo dos (2) en desacuerdo. Si lo analizamos

comparando esta pregunta con la anterior para el caso del sexo masculino, vemos cómo el perfil de respuesta se mantiene, situación que no ocurre con el sexo femenino.

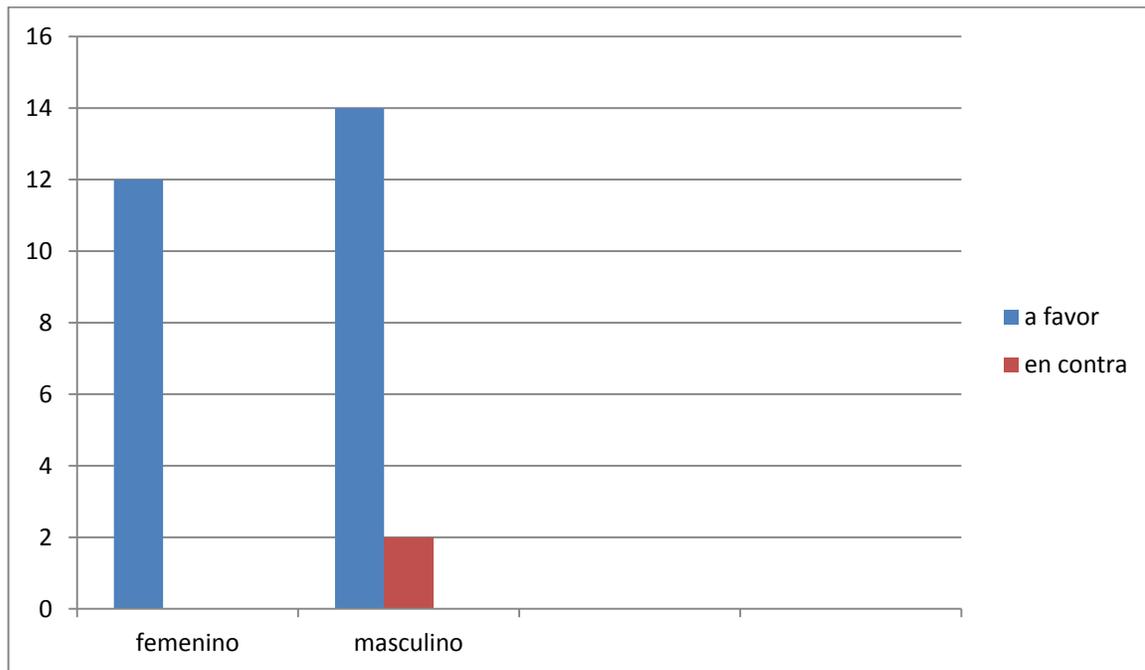


Gráfico III.6: Sobre el acuerdo o desacuerdo en relación al derecho de elegir del paciente.

Fuente: elaboración propia.

Queda ahora, repasar las conclusiones que resultan de las respuestas de esta franja etaria, porque difieren de las anteriores.

- En primer lugar, la mayoría de los entrevistados, sean de sexo femenino o masculino, se inclinaron por las respuestas afirmativas en el caso de que cada uno tenga su propio derecho a elegir si continuar o no con su vida, con lo que definitivamente se da una continuidad con el patrón de respuestas con respecto a las franjas etarias anteriores.

- En el caso de las entrevistadas de sexo femenino, el cambio de respuestas fue rotundo: anteriormente se manifestaron todas en contra del artículo periodístico, mientras que ahora hicieron lo propio pero a favor, es decir, el total de las entrevistadas manifestó estar de acuerdo cuando se les interrogó sobre el derecho del paciente.
- Para el caso de los entrevistados de sexo masculino, se da una continuidad, porque sus respuestas siguen siendo en su mayoría afirmativas, con lo que el patrón se repite no sólo con respecto a la pregunta anterior, sino también con respecto a las franjas etarias anteriores.

### *III.1.D.Franja etaria de 51 a 75 años.*

Queda por resolver y analizar la última franja etaria, y en este punto hay que analizarlo detenidamente porque hay varias cuestiones en las que vale la pena detenerse: desde lo cuantitativo, los resultados se asemejan al patrón anterior para el caso de la primera pregunta, y también para el caso de la segunda. Desde lo cualitativo, se marcan continuidades y rupturas que seguidamente pasamos a explicar.

Desde lo general, es decir sumando el total de la población entrevistada de esta edad y para el caso de la pregunta que se refiere al artículo periodístico, sobre un total de quince (15) personas, sólo cinco (5) manifestaron su acuerdo, mientras que diez (10) manifestaron su desacuerdo: en términos de proporciones la relación es de 0,33 a 0,67. Ahora si se detiene a analizar las respuestas de forma cualitativa, se ve cómo las entrevistadas del sexo femenino inclinaron la

balanza hacia el desacuerdo, porque de un total de diez (10) mujeres, dos (2) se manifestaron por el acuerdo, mientras que el resto de las ocho (8) respondió estar en desacuerdo. En cambio, en el caso de los entrevistados de sexo masculino, sobre un total de cinco (5), tres (3) respondieron afirmativamente, mientras que dos (2) lo hicieron de forma negativa. A la luz de los resultados, se ve cómo las continuidades y rupturas comienzan a dibujarse.

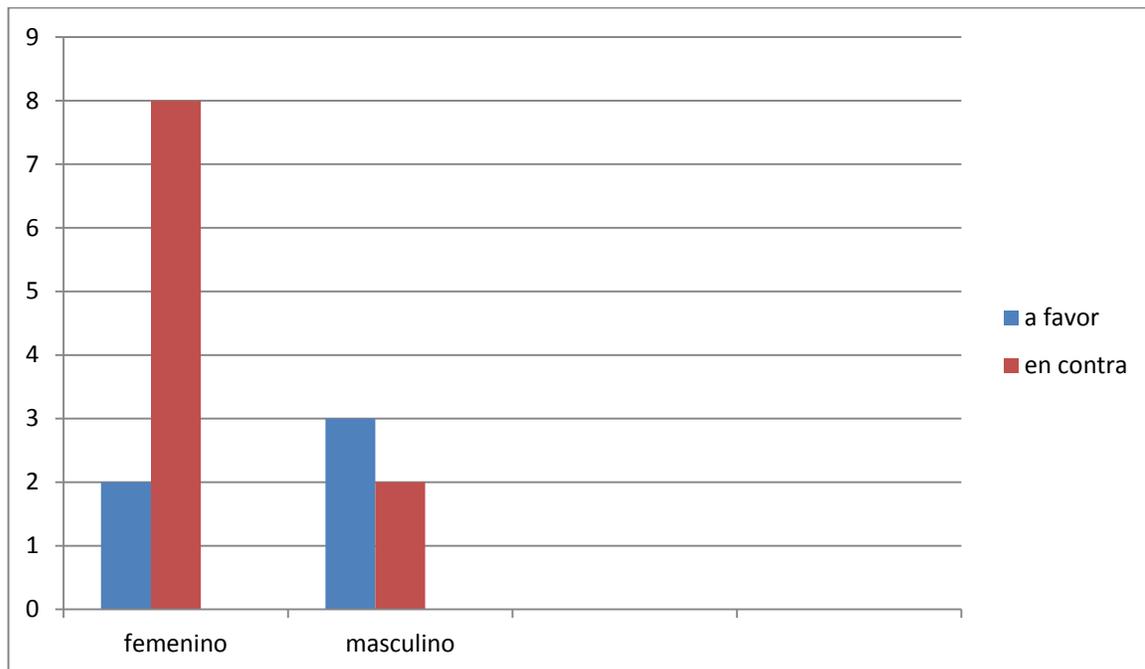


Gráfico III.7: Sobre el acuerdo o desacuerdo en relación al artículo del Diario "El País". Fuente: elaboración propia.

Ahora se puede preguntar ¿Qué ocurrió con la pregunta siguiente? Es decir, aquella en que los entrevistados debieron responder si están de acuerdo o no con el derecho a elegir del paciente. Otra vez se puede encontrar con continuidades y rupturas. Continuidades porque hablando en términos generales, la población se manifestó por la afirmativa: sobre un total de quince (15), trece (13) respondieron

estar de acuerdo, mientras que sólo dos (2) en desacuerdo. Si comparamos este resultado con la franja etaria anterior, se ve como la continuidad se hace presente en el patrón de las respuestas obtenidas.

Ahora en el caso de la distinción y análisis por sexos, se puede afirmar con certeza que es aquí donde se manifiestan las rupturas que mencionamos más arriba. Ello se explica a la luz de las respuestas analizadas para el sexo femenino, porque las mismas mujeres que se manifestaron en contra para el caso del artículo periodístico, son ahora quienes responden afirmativamente, es decir que están de acuerdo con el derecho a elegir del paciente. Los resultados fueron los siguientes: sobre un total de diez (10) mujeres, ocho (8) respondieron estar de acuerdo, mientras que sólo dos (2) en desacuerdo.

Siguiendo con la lectura cualitativa, para el caso de los entrevistados de sexo masculino, sobre un total de cinco (5), la totalidad manifestó su acuerdo. Aquí, se puede ver también una ruptura, porque los mismos hombres que ante la pregunta del artículo periodístico manifestaron su desacuerdo en algunos casos, ahora se inclinan por la afirmativa. Entonces se puede concluir en lo siguiente:

- Para el caso de la pregunta del artículo periodístico, la mayoría se mostró en desacuerdo, tal como se dio en la tercera franja etaria, no así en las dos primeras.
- Para el caso de la pregunta acerca del derecho del paciente, aquí los resultaron se volcaron a favor del acuerdo.
- Como conclusión, se puede afirmar que las mismas personas entrevistadas, fueron modificando su respuesta con ambas preguntas, produciendo

continuidades con respecto a franjas etarias anteriores, y rupturas en cuanto a las preguntas se refiere.

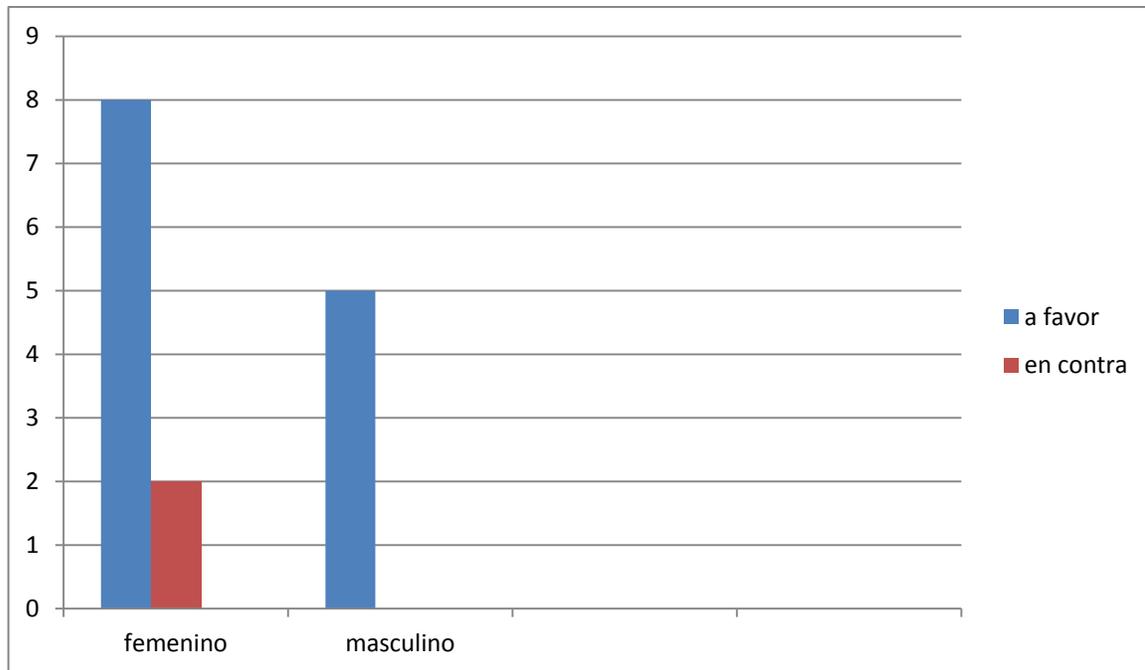


Gráfico III.8: Sobre el acuerdo o desacuerdo en relación al derecho de elegir del paciente.

Fuente: elaboración propia.

### III.2: La propia elección.

Hecha la lectura de las respuestas con respecto a la opinión propia de los entrevistados, pero para casos ajenos, toca ahora analizar detenidamente qué opinan si la situación es propia, es decir cómo reaccionan los mismos ante las preguntas sobre eutanasia pero inclinadas a su propia persona, en otras palabras veremos cómo respondieron los entrevistados ante la situación de ser ellos mismos quienes les toque vivir la misma, porque hasta aquí sólo analizamos el caso de la vivencia ajena, pero es de vital importancia ver cómo se dan las respuestas en el caso de la hipotética situación de la vivencia propia.

Concretamente se preguntó ¿Qué haría usted si se viera en tal situación? ¿Elegiría morir? Y dependiendo de la respuesta afirmativa o negativa, se exponen cuatro opciones ante cada una para determinar el porqué de la misma. El resultado de la lectura.

### III.2.A. Franja etaria 18 a 30 años

¿Qué opinan los jóvenes de la localidad de Arroyo Dulce sobre la hipotética situación de tener que vivir ellos mismos una enfermedad terminal o irreversible? ¿Qué eligen para su propio caso? Es lo que se trató de analizar en este punto. En términos generales, es decir, sin distinción de sexo, sobre un total de diecinueve (19) entrevistados, catorce (14) se manifestaron por la elección de morir, mientras que sólo cinco (5) no. Para el primer caso, la proporción que representan las respuestas es del 0,74, para el segundo 0,26. Ahora bien, veamos los resultados con respecto a los sexos: para el caso del sexo femenino, sobre un total de ocho (8) mujeres, seis (6) respondieron que elegirían morir, mientras que sólo dos (2) no.

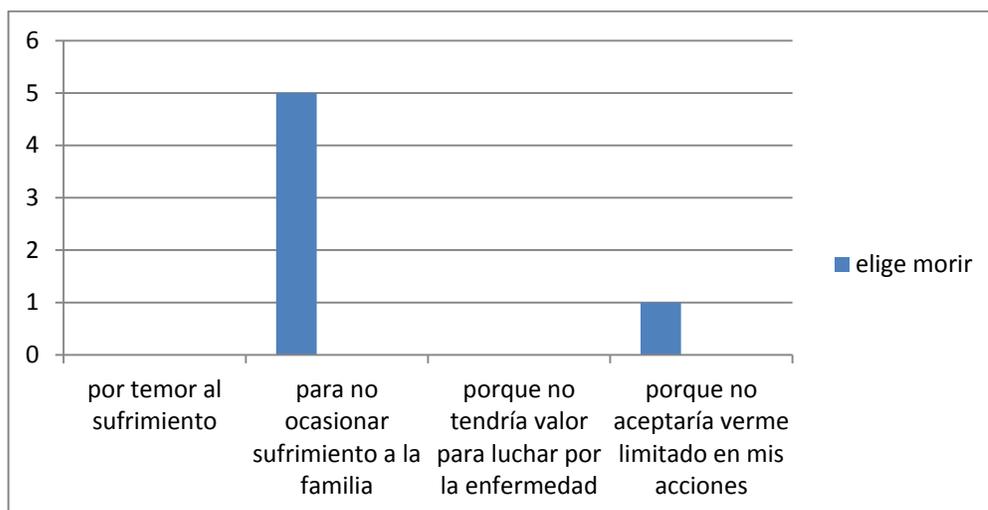


Gráfico III.9: sobre las razones del sexo femenino. Fuente: elaboración propia.

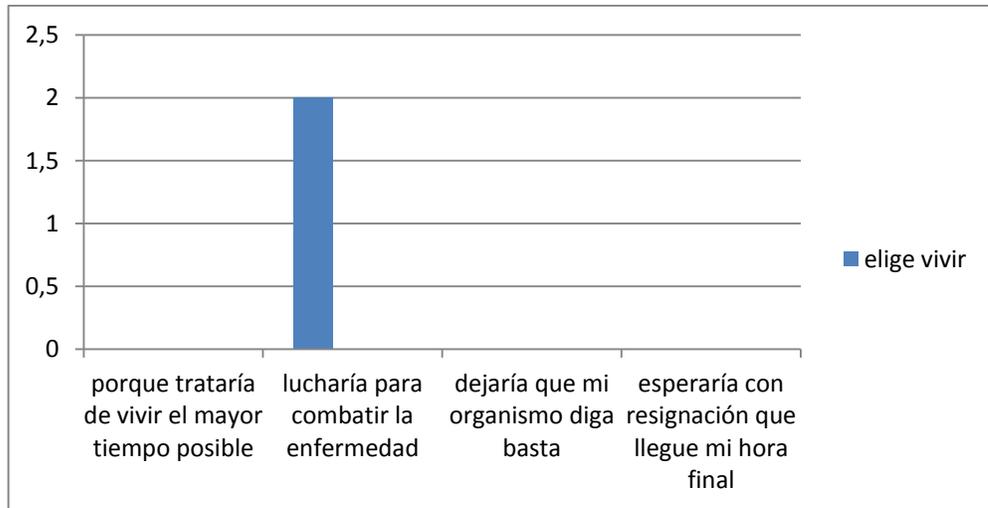


Gráfico III.10: sobre las razones del sexo femenino. Fuente: elaboración propia.

Queda analizar las respuestas de los entrevistados varones: sobre un total de once (11), ocho (8) se manifestaron por la elección de morir, mientras que tres (3) por la elección de vivir. Si bien los resultados numéricos difieren, en términos generales se puede decir, que tanto las entrevistadas del sexo femenino como los entrevistados del sexo masculino, elige morir coincidiendo además las razones que exponen cada uno, como se demostrará en el gráfico que sigue:

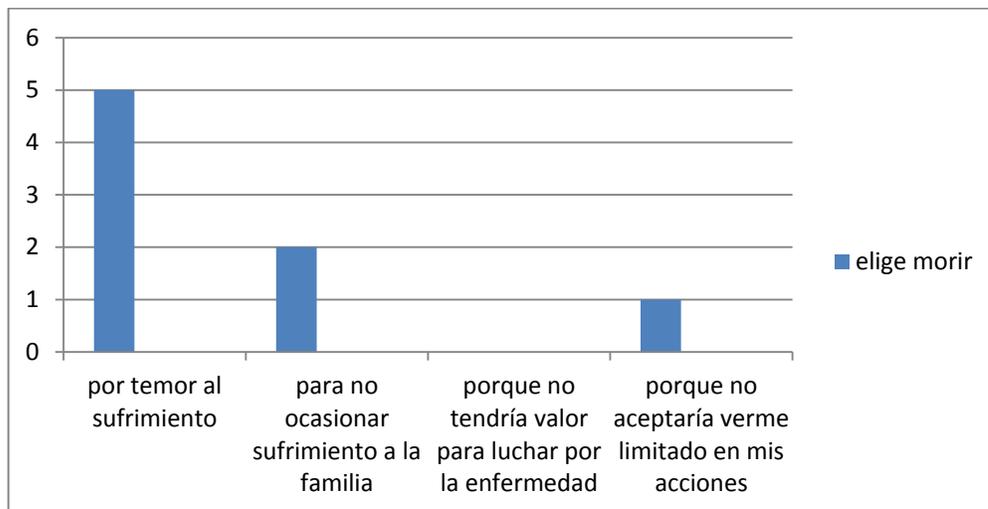


Gráfico III.11: sobre las razones del sexo masculino. Fuente: elaboración propia.

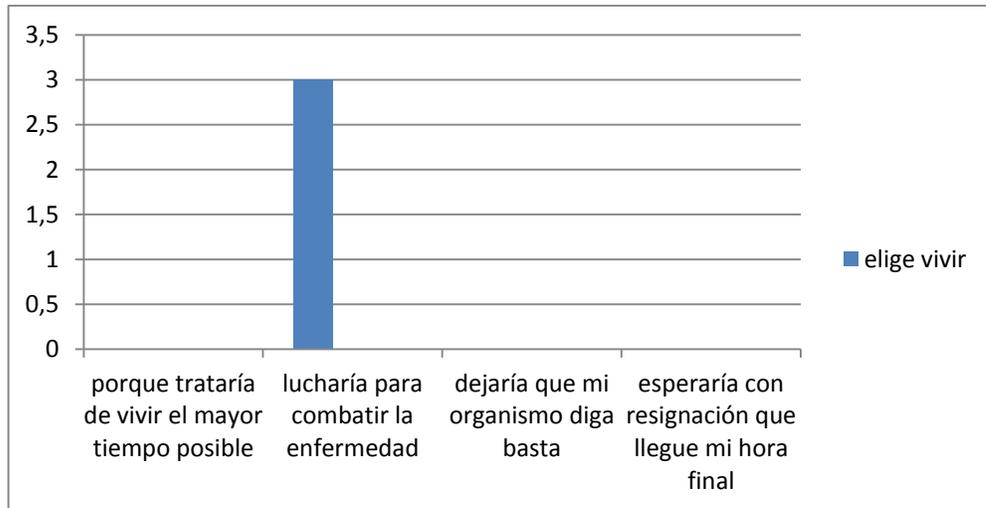


Gráfico III.12: sobre las razones del sexo masculino. Fuente: elaboración propia.

### III.2.B. Franja etaria de 31 a 40 años.

En términos generales, la franja etaria de esta población, respondió en su mayoría por la afirmativa, es decir que de un total de treinta y ocho (38) entrevistados, veintisiete (27), o sea 0,71 respondieron que elegirían morir, mientras que once (11) se manifestaron por la elección de seguir viviendo, o sea un 0,29. Las proporciones aquí presentadas en base a las respuestas obtenidas, permiten determinar que la línea de continuidad con la franja anterior no se rompe, ya que la mayoría de los entrevistados respondió como la franja etaria anterior. Pero ¿Qué sucede en el caso de la lectura comparada de los sexos? Pues bien, se comienza con el femenino: para el caso de las mujeres, sobre un total de diecinueve (19), dieciocho (18) respondieron que elegirían morir, mientras que sólo una (1) elegiría seguir viviendo. ¿Cuáles fueron las razones que expusieron? Para ello es necesario observar el gráfico que sigue:



Gráfico III.13: sobre las razones del sexo femenino. Fuente: elaboración propia.

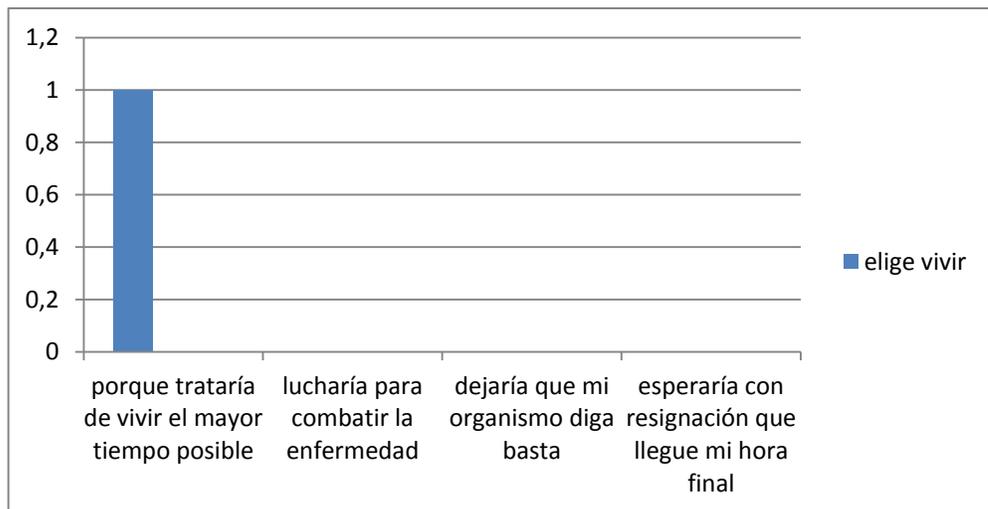


Gráfico III.14: sobre las razones del sexo femenino. Fuente: elaboración propia.

Y el caso de los hombres, sobre un total de diecinueve (19) entrevistados, se da el caso contrario: nueve (9) respondieron que eligen morir, mientras que la mayoría restante, diez (10) elegiría seguir viviendo. Claro contraste con el patrón de respuestas anteriores, no sólo con referencia al sexo femenino, sino también a franjas etarias anteriores. Las razones se exponen en los gráficos que siguen:

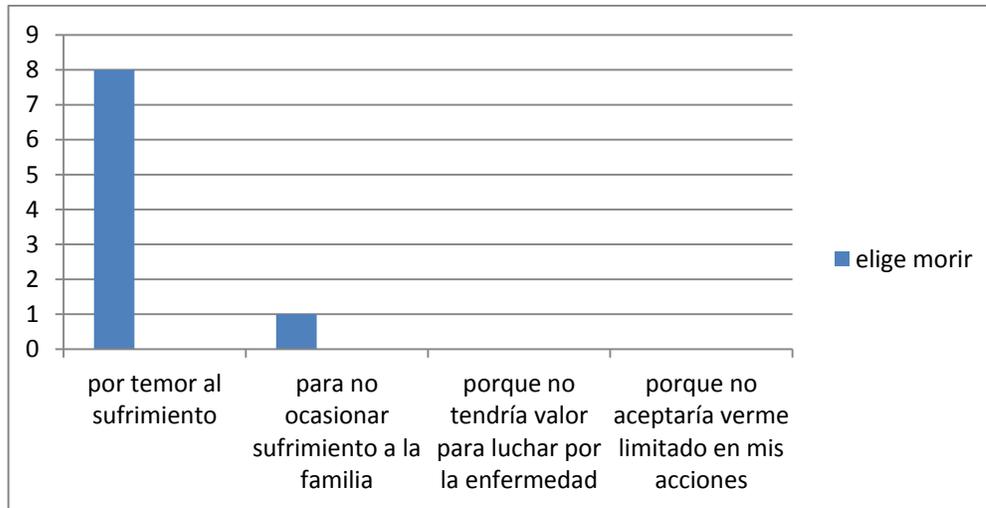


Gráfico III.15: sobre las razones del sexo masculino. Fuente: elaboración propia.



Gráfico III.16: sobre las razones del sexo masculino. Fuente: elaboración propia.

### III.2.C.Franja etaria de 41 a 50 años.

Interesante resultado se obtuvo de la lectura de las respuestas de los entrevistados en general de esta edad, y cualitativamente hablando también. Con respecto al resultado en general, sobre un total de veintiocho (28) personas, veintisiete (27) respondieron que elegirían morir, mientras que sólo una (1) manifestó su elección de seguir viviendo. En términos de proporción, la elección

de morir representa el 0,96 y la de vivir el 0,4. Comparando este resultado con las franjas etarias anteriores, vemos cómo la elección de morir en el caso de la enfermedad propia, se eleva mucho más que en las anteriores.

Con respecto a la lectura de los sexos se pueden arrojar los siguientes puntos: confirmamos que el total de las entrevistadas de sexo femenino, es decir doce (12) se manifestó por la elección de morir, no habiendo ninguna que se manifieste por la elección de seguir viviendo.

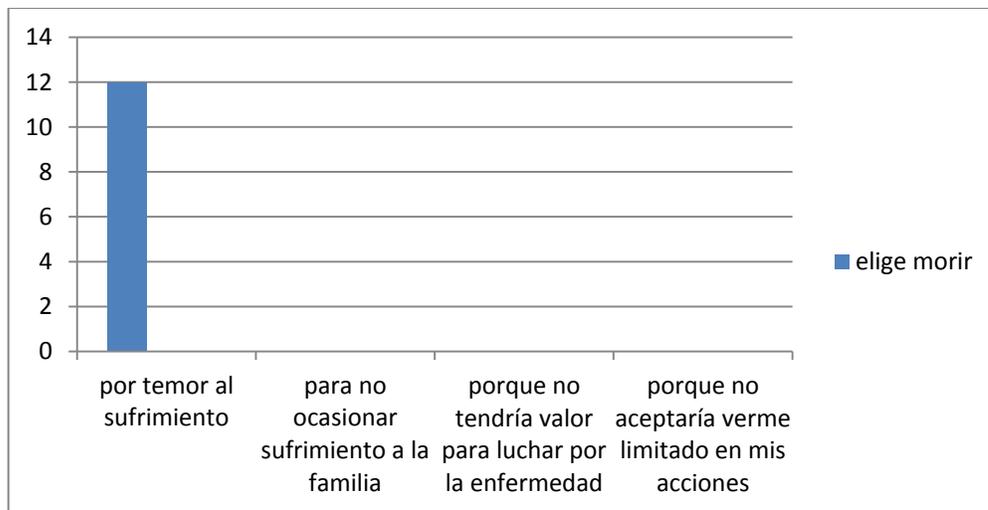


Gráfico III.17: sobre las razones del sexo femenino. Fuente: elaboración propia.

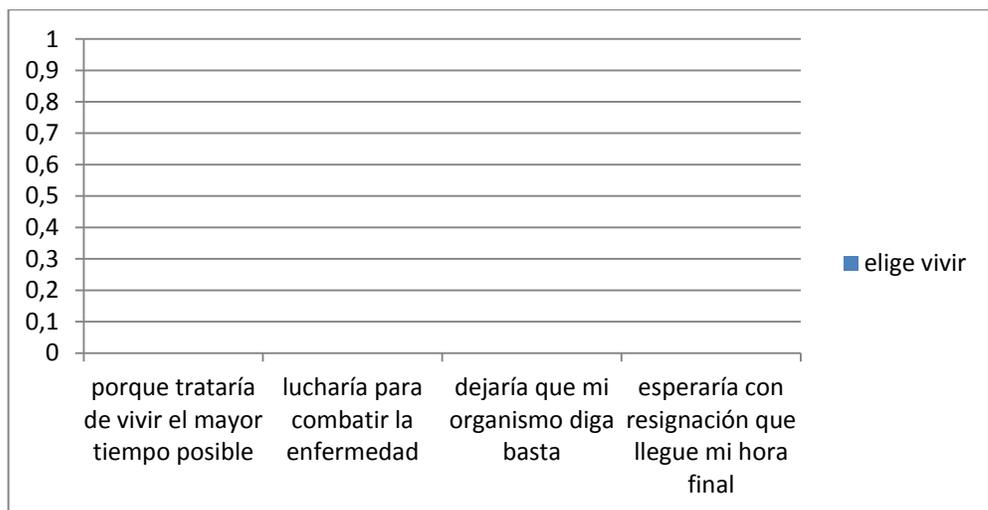


Gráfico III.18: sobre las razones del sexo femenino. Fuente: elaboración propia.

Para el caso de los entrevistados de sexo masculino, si bien por una respuesta difiere la proporción, se produce una mayoría absoluta para el caso de la elección de morir: sobre un total de dieciséis (16) entrevistados, quince (15) manifestaron su voluntad de morir, mientras que sólo uno (1) se inclinó por la respuesta de seguir viviendo. Las razones se exponen en los gráficos que figuran a continuación:

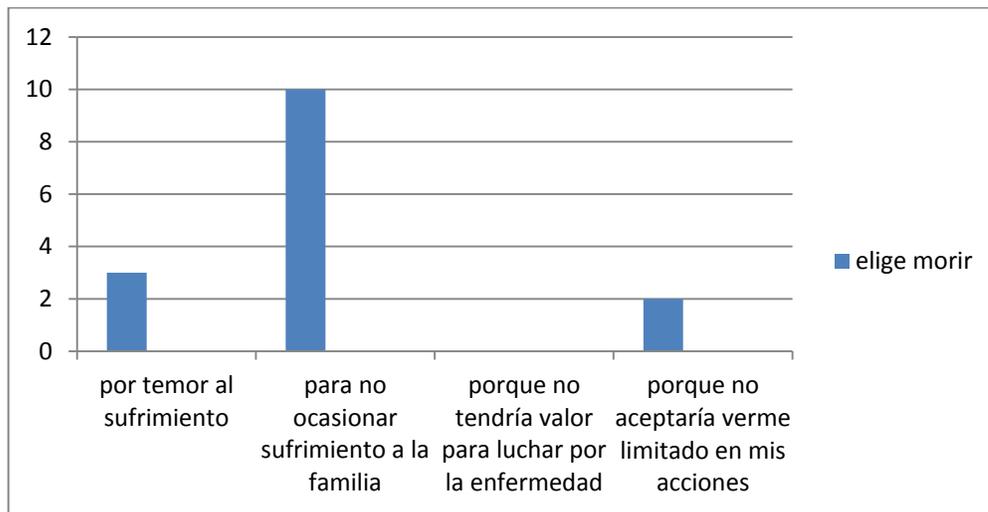


Gráfico III.19: sobre las razones del sexo masculino. Fuente: elaboración propia.



Gráfico III.20: sobre las razones del sexo masculino. Fuente: elaboración propia.

### III.2.D. Franja etaria de 51 a 75 años.

Lo que ocurre con la última franja etaria lo exponemos a continuación. En términos generales, sobre un total de quince (15) personas entrevistadas, nueve (9) personas que representan una proporción de 0,6 de los entrevistados eligen morir, mientras que seis (6) personas que representan el 0,4 de los mismos, elige seguir viviendo. Claro que la mayoría marca una línea de continuidad con respecto a franjas etarias anteriores, pero como se puede leer, esta proporción se ve disminuida en general. Ahora, con respecto al caso de las entrevistadas femeninas, de un total de diez (10), seis (6) se manifestaron por la elección de terminar con la vida, mientras que cuatro (4), por la elección de seguir viviendo.

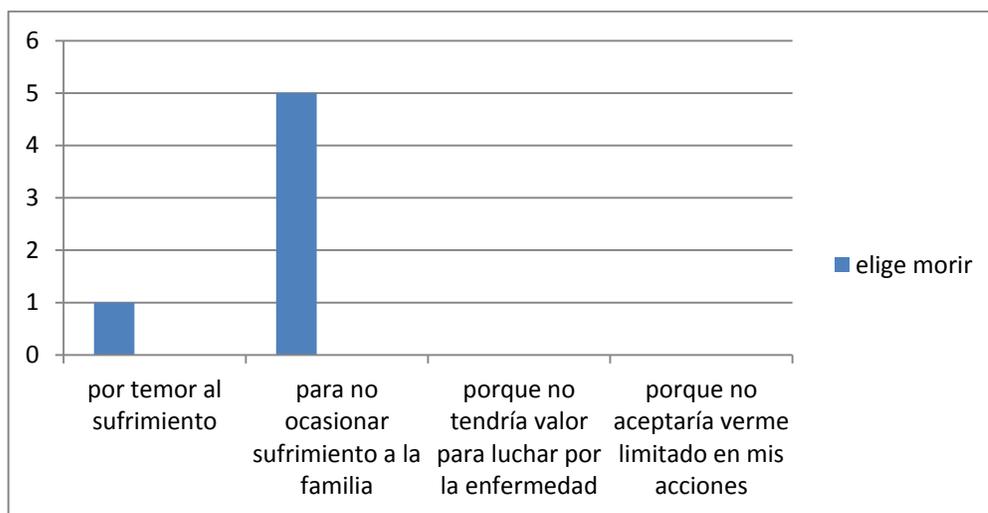


Gráfico III.21: sobre las razones del sexo femenino. Fuente: elaboración propia.

Las razones que se exponen a continuación en el gráfico siguiente, se ve como por primera vez suman aquellas que antes no habían tenido respuestas. Un claro indicio de que las mismas van modificándose con la franja etaria de que se trate.

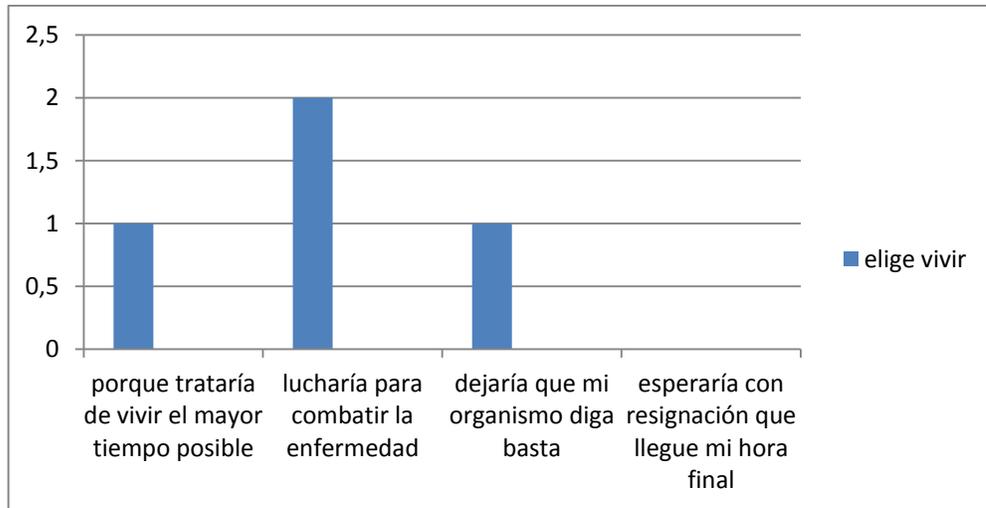


Gráfico III.22: sobre las razones del sexo femenino. Fuente: elaboración propia.

Por último, toca analizar las respuestas para el caso de los entrevistados de sexo masculino. Sobre un total de cinco (5), tres (3) manifestaron su elección de morir, mientras que dos (2) se manifestaron por seguir viviendo. Las razones, se exponen a continuación:

104

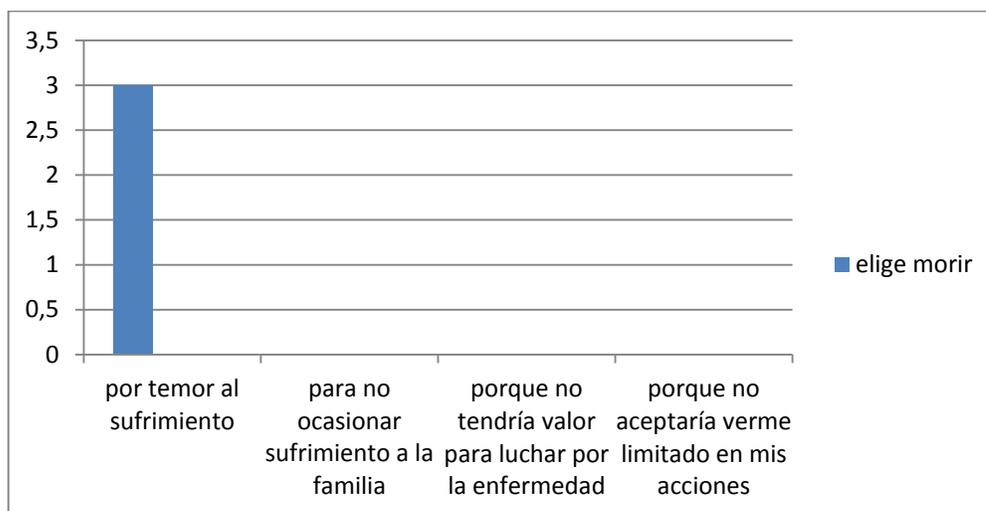


Gráfico III.23: sobre las razones del sexo masculino. Fuente: elaboración propia.

Lo mismo que para el caso femenino, las respuestas de los entrevistados de sexo masculino muestran razones que ya venían sumando respuestas en otras franjas etarias.

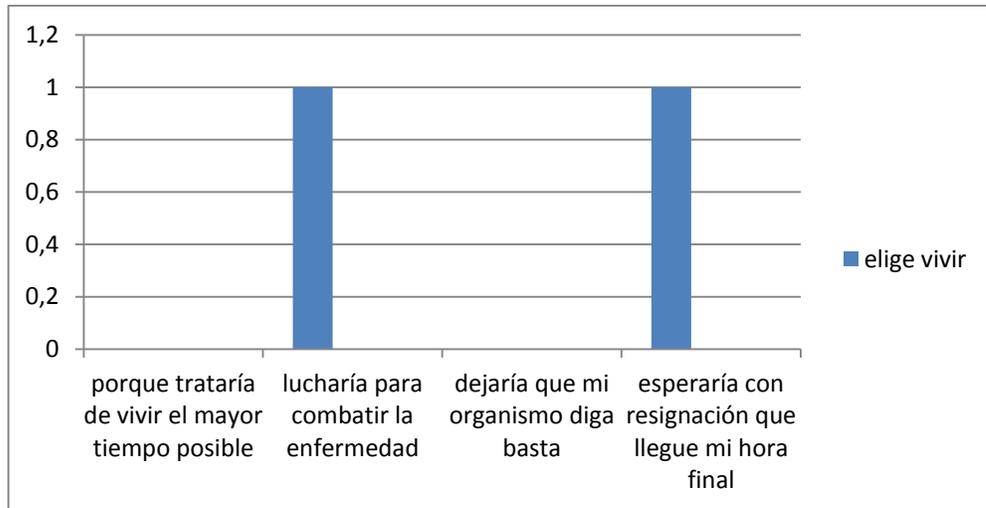


Gráfico III.24: sobre las razones del sexo masculino. Fuente: elaboración propia.

### III.3 La propia opinión del significado etimológico del término.

En este apartado, se verá cómo luego de realizar varias preguntas en las entrevistas, los entrevistados fueron adquiriendo conocimiento sobre la eutanasia, es decir sobre su significado, sobre las prácticas u omisiones existentes, etc. como así también se recorrió el camino sobre la subjetividad de cada uno apelando a respuestas que tienen que ver tanto con casos ajenos como propios, por ello se entiende que ahora se dan las condiciones para analizar o mejor dicho preguntar a los entrevistados acerca de si están de acuerdo o no con el significado de eutanasia traducido como “buena muerte”. Al respecto, la opinión se traduce en desentrañar la subjetividad de los entrevistados.

Para la población en general, es decir aquella que no discrimina en sexos, los resultados fueron los siguientes:

- a- Para la franja etaria de 18 a 30 años, sobre un total de diecinueve (19) personas, diez (10) respondieron por la negativa, mientras que nueve

(9) por la afirmativa; aquí claramente se da el caso de que no están de acuerdo con el significado etimológico de la palabra. La relación de proporción es la siguiente: 0,53 en desacuerdo, 0,47 en acuerdo. Ahora bien, se leen los resultados a la luz de los sexos. Para el sexo femenino, sobre un total de ocho (8) mujeres entrevistadas, seis (6) se manifestaron en desacuerdo, mientras que sólo dos (2) en acuerdo, una clara mayoría a favor del desacuerdo. Para el caso de los hombres entrevistados, se dio precisamente el resultado contrario, porque de un total de once (11) varones entrevistados, siete (7) respondieron estar de acuerdo con la definición, mientras que cuatro (4) en desacuerdo.

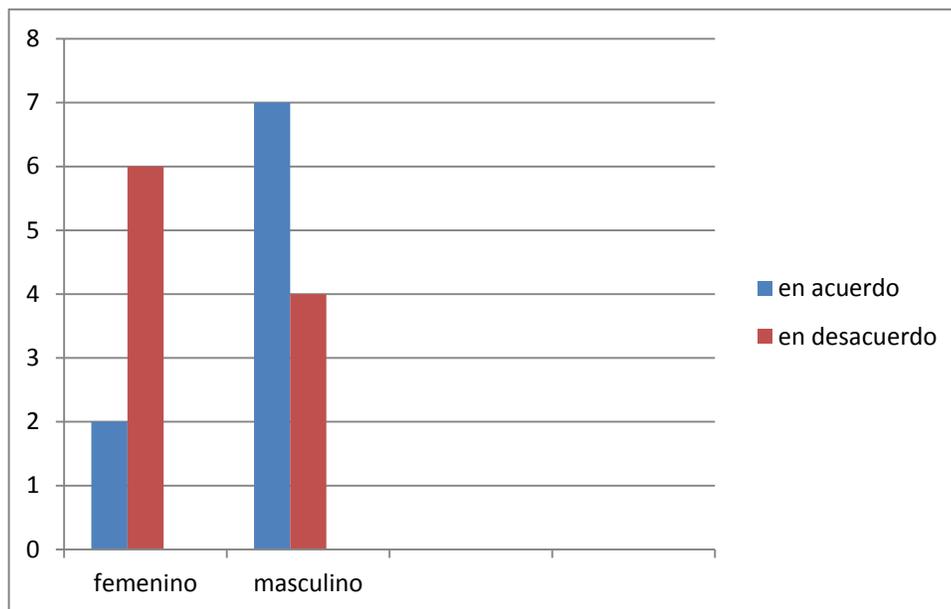


Gráfico III. 26: sobre el acuerdo o desacuerdo del significado del término en relación a los sexos. Fuente: elaboración propia.

Es decir, que leyendo los resultados cualitativamente, se puede comprobar cómo los mismos cambian del sexo femenino al masculino.

Lo último expuesto no quiere decir que se modifique el resultado final de

la población en general, porque como se expresó anteriormente, la mayoría se encuentra en desacuerdo con la definición etimológica.

- b- En la franja etaria que sigue, es decir que la que va desde los 31 a los 40 años, para el caso de la población consultada en general se pueden arrojar los siguientes resultados: sobre un total de treinta y ocho (38) personas, treinta y tres (33) cree que el significado “buena muerte” es el correcto. De aquí que se puede concluir lo siguiente: se produce una ruptura con la franja etaria anterior, ya que en este caso la población en general consultada respondió estar de acuerdo con la definición en una proporción de 0,87, y sólo el 0,13 en desacuerdo. ¿Qué sucede en el caso de la lectura cualitativa?: sobre un total de diecinueve (19) mujeres entrevistadas, diecisiete (17) respondieron por la afirmativa, mientras que sólo dos (2), por la negativa. La ruptura continúa con respecto a la franja etaria anterior. Ahora, para el caso de los hombres entrevistados, se puede afirmar que continúa el mismo patrón, es decir que sobre un total de diecinueve (19), dieciséis (16) respondieron estar de acuerdo, mientras que sólo tres (3) en desacuerdo. Todo lo expuesto anteriormente nos lleva a concluir que tanto los entrevistados de sexo femenino como los de sexo masculino coinciden en estar de acuerdo con el significado, por ello de aquí podemos extraer dos conclusiones: por una lado hombres y mujeres coinciden en sus respuestas, por otro se rompe la línea de respuestas con respecto a la franja etaria anterior. Dos contrastes bien marcados en referencia a las respuestas obtenidas.

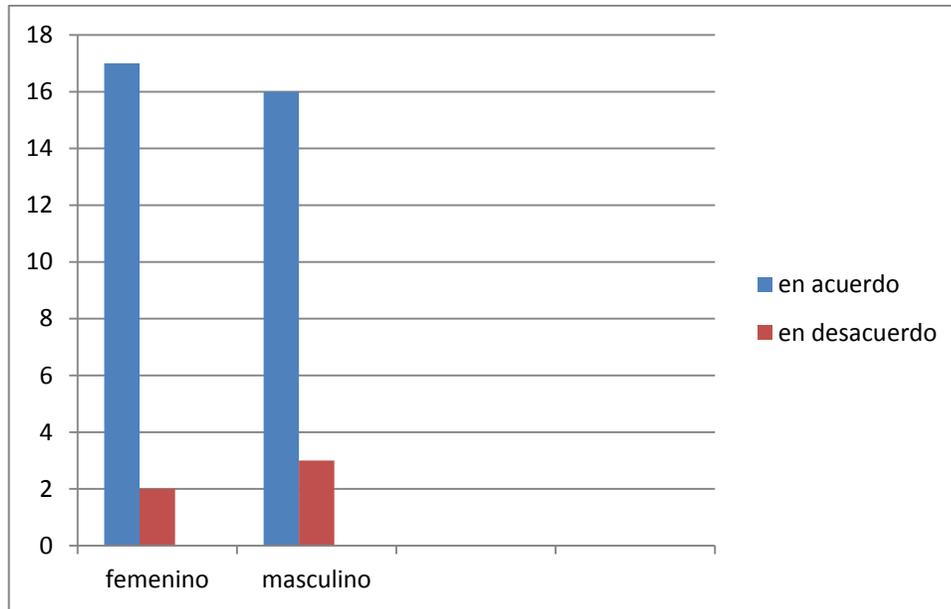


Gráfico III. 27: sobre el acuerdo o desacuerdo del significado del término en relación a los sexos. Fuente: elaboración propia.

- c- Siguiendo con la franja etaria de los 41 a los 50 años, se puede afirmar con certeza que se marca claramente un patrón de continuidad con respecto a la franja etaria anterior. En general, sobre un total de veintiocho (28) personas entrevistadas, veintidós (22) se mostraron estar de acuerdo con el significado, mientras que seis (6) no. Es decir, una relación de 0,79 por el sí, y 0,21 por el no. Ahora, deteniéndose en el análisis cualitativo, se puede observar los siguientes resultados: en el caso del sexo femenino, sobre un total de doce (12) mujeres, la totalidad respondió por la afirmativa, mientras que ninguna se manifestó por la negativa. En cambio, para el caso de los entrevistados de sexo masculino, el resultado fue más dividido, no obstante la mayoría a favor del acuerdo: sobre un total de dieciséis (16) varones, diez (10) respondieron estar de acuerdo, mientras que seis (6) en desacuerdo. Por

último, se puede afirmar, que esta franja etaria mantiene una relación de contrariedad con la primera franja, pero de continuidad con la segunda.

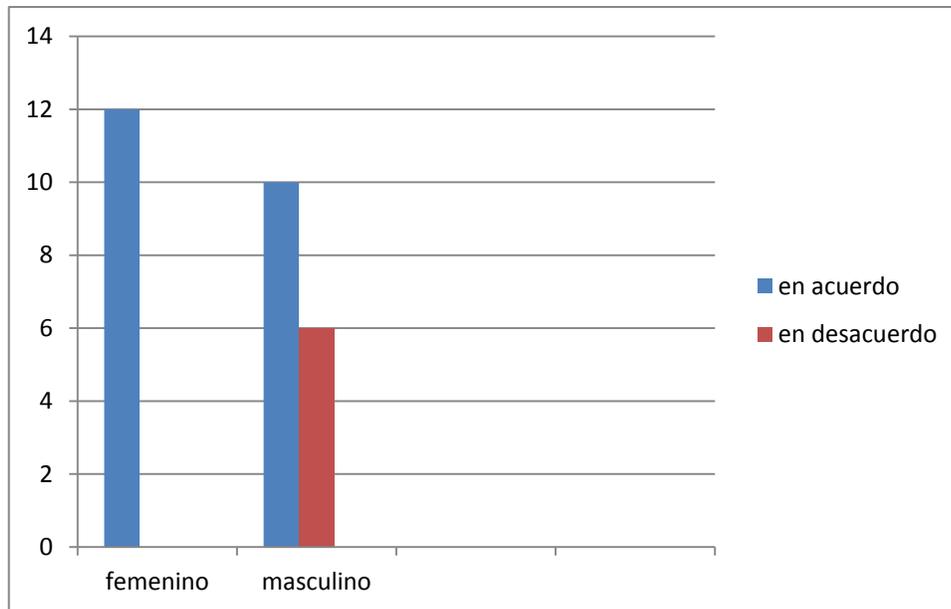


Gráfico III. 28: sobre el acuerdo o desacuerdo del significado del término en relación a los sexos. Fuente: elaboración propia.

- d- Por último, la franja etaria de los 51 a los 75 años. en este caso son interesantes los resultados obtenidos, porque se dan dos conclusiones dispares: por un lado los resultados arrojados muestran cómo esta franja etaria coincide en sus respuestas con la primera, con lo cual claramente contradice a la segunda y tercera; por otro lado, esta continuidad se rompe, porque en la primera franja etaria eran las entrevistadas de sexo femenino quienes se manifestaron en su mayoría en desacuerdo con el significado, en cambio aquí, es decir en la última franja etaria, tanto mujeres como varones se mostraron en desacuerdo en su mayoría. Pero veamos los resultados en forma cuantitativa para su mejor entendimiento. En el caso general, sobre un total de quince (15)

personas entrevistadas, sólo una proporción de 0,4 se mostró en acuerdo, es decir seis (6) personas, mientras que 0,6 se manifestó en desacuerdo, o sea nueve (9) personas. Cualitativamente hablando, sobre un total de diez (10) entrevistadas, cuatro (4) respondieron estar de acuerdo, y seis (6) en desacuerdo. Y por último, en el caso de los entrevistados, sobre un total de cinco (5), dos (2) se manifestaron por el acuerdo, mientras que tres (3) en desacuerdo.

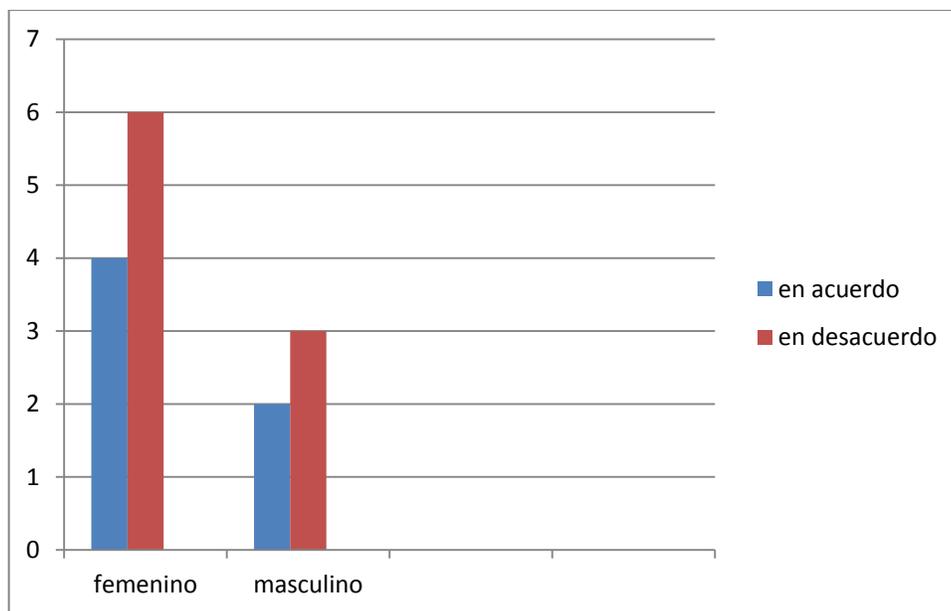


Gráfico III. 29: sobre el acuerdo o desacuerdo del significado del término en relación a los sexos. Fuente: elaboración propia.

#### III.4 La opinión final ¿A favor o en contra de la eutanasia?

Recorrido un largo camino en las entrevistas, se está ahora en condiciones de analizar una de las respuestas centrales a nuestro trabajo: conocer si la población de Arroyo Dulce está a favor o en contra de la eutanasia. Pero antes de llegar a esta pregunta, primero se pasará por una serie de reflexiones que intentaron

apelar a la opinión de los entrevistados. Como última respuesta a las entrevistas realizadas pedimos a cada uno de los entrevistados que manifiesten su opinión acerca de si están a favor o en contra de la eutanasia. Los resultados fueron como siguen:

Para la franja etaria que va desde los 18 a los 30 años, se produjo una proporción de 0,68 a favor y un 0,32 en contra, lo cual surge de lo siguiente: sobre un total de diecinueve (19) personas entrevistadas, trece (13) se manifestaron a favor, mientras que seis (6) en contra. En el análisis cualitativo, y para el caso de las entrevistadas de sexo femenino, sobre un total de ocho (8), seis (6) respondieron estar a favor de la eutanasia, mientras que sólo dos (2) en contra. Para el caso de los entrevistados de sexo masculino, sobre un total de once (11), siete (7) respondieron a favor, y sólo cuatro (4) en contra. Como puede apreciarse de la lectura de las respuestas, esta franja etaria se mostró en general y en particular por sexos, mayoritariamente a favor de la eutanasia.

111

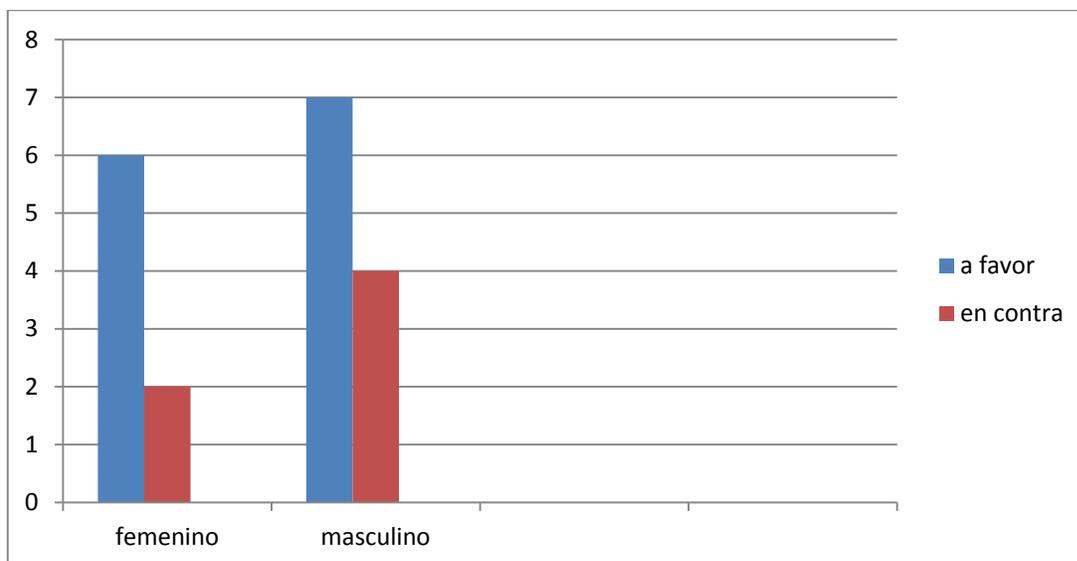


Gráfico III.30. Sobre las opiniones a favor y en contra de la eutanasia. Fuente: elaboración propia.

La franja etaria que va desde los 31 a los 40 años: en general, sobre un total de treinta y ocho (38) entrevistados, treinta y seis (36) se manifestaron a favor, mientras que sólo dos (2) en contra, es decir una relación de 0,95 a favor y 0,5 en contra. Cualitativamente, se muestra un patrón repetitivo con respecto a la franja anterior: sobre un total de diecinueve (19) mujeres entrevistadas, la totalidad se mostró a favor de la eutanasia, mientras que los hombres entrevistados (en total diecinueve, 19), diecisiete (17) respondieron a favor y sólo dos (2) en contra. Como se puede ver, las opiniones a favor siguen siendo la mayoría, ya sea en general, o cualitativamente hablando, lo cual marca la continuidad con la franja etaria anterior.

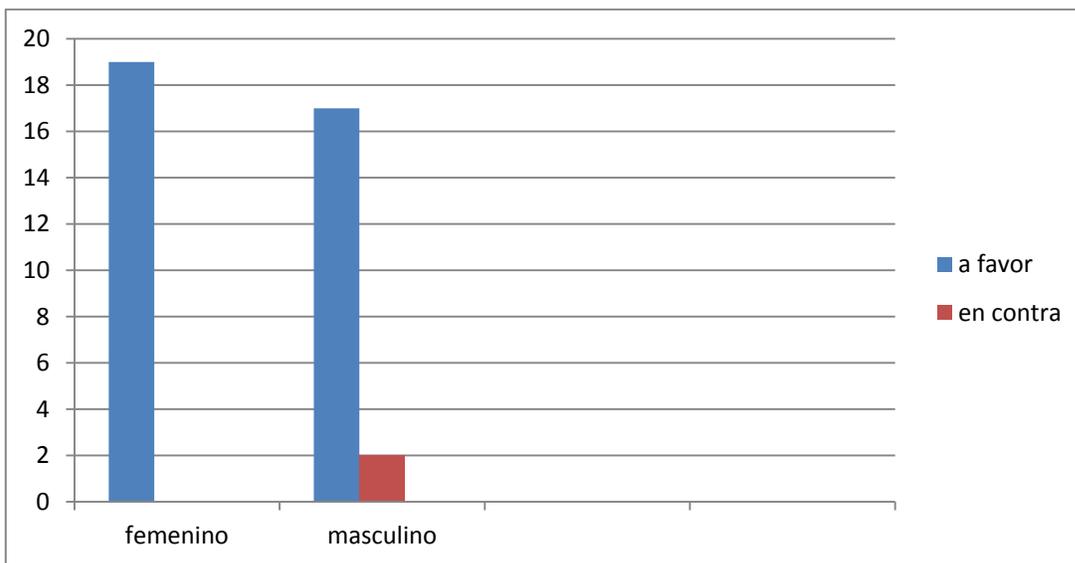


Gráfico III.31. Sobre las opiniones a favor y en contra de la eutanasia. Fuente: elaboración propia.

Pero ¿Qué opinan los de la franja etaria de 41 a 50 años? Prácticamente lo mismo que las franjas anteriores, y se dice prácticamente porque cuantitativamente los números varían no obstante la mayoría a favor de la

eutanasia, pero cualitativamente se repite el perfil expuesto para las franjas anteriores.

Es decir, en general los entrevistados de esta edad respondieron: sobre un total de veintiocho (28) personas, veinticinco (25) respondieron estar a favor de la eutanasia, mientras que sólo tres (3) en contra; en proporciones: 0,89 a favor, 0,11 en contra. Aquí se puede ver cómo en esta franja etaria la proporción, si bien, no alcanza los valores de la franja etaria anterior, sigue siendo elevada con respecto al nivel de conformidad. Por otro lado, luego de haber analizado tres franjas, se puede decir que las proporciones a favor se van elevando a medida que la edad va en aumento, variable directamente proporcional entonces a la edad estudiada. Desglosado el análisis mostró los siguientes resultados: sobre un total de doce (12) mujeres, la totalidad se manifestó a favor, mientras que para el caso de los entrevistados de sexo masculino, sobre un total de dieciséis (16), trece (13) se manifestaron a favor y sólo tres (3) en contra.

Deteniéndose un momento en leer más profundamente esta variable: hasta aquí y por los resultados expuestos, son los entrevistados de sexo masculino quienes más en contra de la eutanasia se mostraron, no obstante, las opiniones en contra no llegan a sumar la mayoría como se expuso más arriba. Claro que ello conduce a deducir que las entrevistadas de sexo femenino son las que mayormente se muestran a favor de la eutanasia. Por último, la relación directamente proporcional que se da hasta aquí en concordancia con la edad, será interesante analizar si continua o se rompe en la última franja.

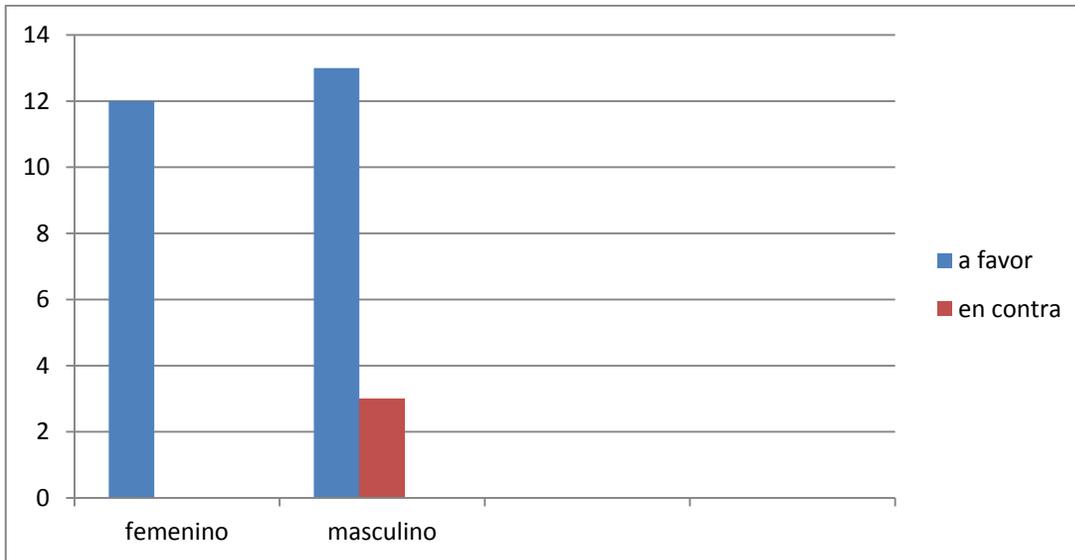


Gráfico III.32. Sobre las opiniones a favor y en contra de la eutanasia. Fuente: elaboración propia.

La última franja: de los 51 a los 75 años. Lo primero que se puede afirmar con respecto a la población en general, es que continua con el perfil de las respuestas anteriores, es decir la mayoría se muestra a favor de la eutanasia, porque sobre un total de quince (15) personas entrevistadas, doce (12), es decir una proporción de 0,8 se manifestó a favor, mientras que tres (3) lo hicieron en contra, o sea un 0,2. Hasta aquí la distinción: la mayoría si está a favor de la eutanasia, pero la relación deja de ser directamente proporcional como en casos anteriores, lo cual se deduce de la lectura de las proporciones obtenidas que descienden en un 0,10 con respecto a la franja anterior.

Se pasará ahora a analizar cualitativamente los resultados: sobre un total de diez (10) mujeres entrevistadas, ocho (8) se manifestaron a favor, mientras que dos (2) lo hicieron en contra. Y para el caso de los hombres entrevistados, en total cinco (5), cuatro (4) respondieron a favor y sólo uno (1) en contra. Se pueden extraer las

siguientes conclusiones: la proporción de las mujeres entrevistadas a favor, rompe con la respuesta de la franja anterior, ya que algunas se mostraron en contra, no obstante la mayoría sigue la opinión a favor. Lo mismo puede decirse de los hombres.

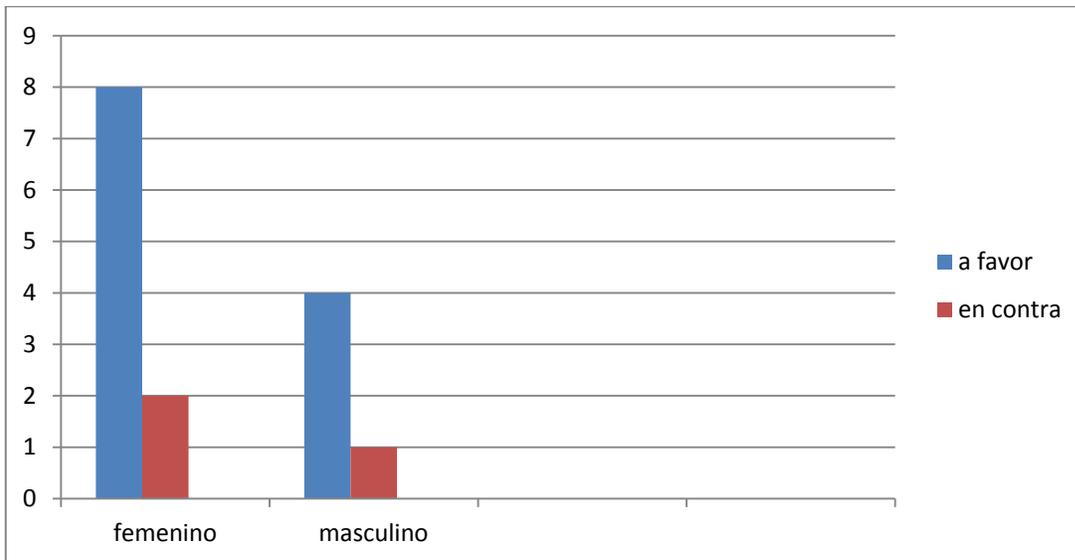


Gráfico III.33. Sobre las opiniones a favor y en contra de la eutanasia. Fuente: elaboración propia.

Por último, una lectura general ya que este punto es uno de los centrales del trabajo. Sobre un total de cien (100) personas entrevistadas: ochenta y seis se manifestaron a favor, mientras que sólo catorce (14) en contra. Cualitativamente, sobre un total de cuarenta y nueve (49) mujeres, cuarenta y cinco (45), o sea el 0,92 se mostró a favor, mientras que cuatro (4), o sea el 0,8 en contra. Para el caso de los hombres entrevistados, sobre un total de cincuenta y uno (51), cuarenta y uno (41), o sea el 0,8 se mostró a favor, y diez (10) o sea el 0,2 en contra.

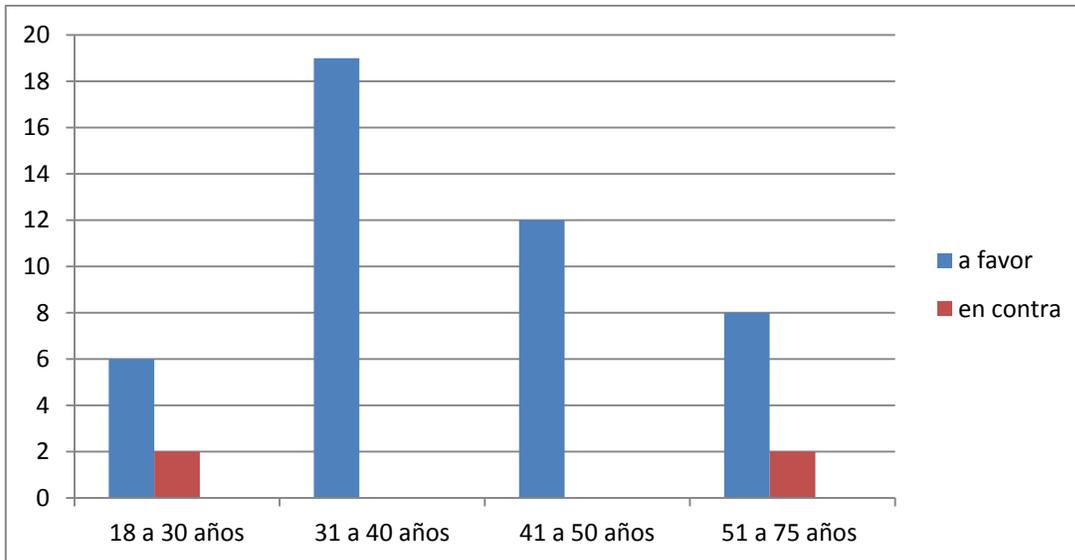


Gráfico III.34. Sobre las opiniones a favor y en contra de la eutanasia, sexo femenino Fuente: elaboración propia.

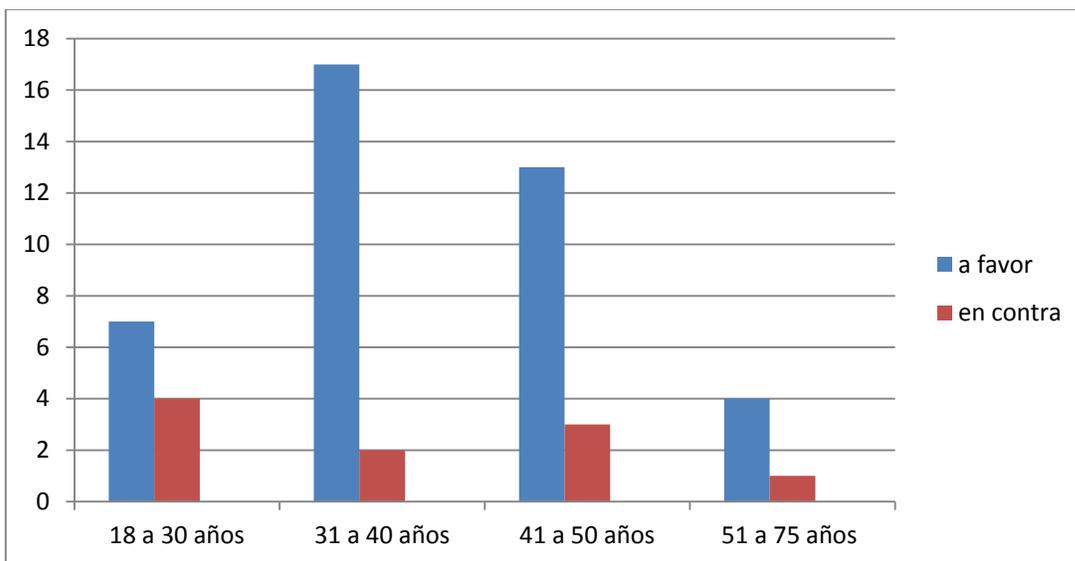


Gráfico III.35. Sobre las opiniones a favor y en contra de la eutanasia, sexo masculino Fuente: elaboración propia.

# DISCUSIÓN

Se vio en los capítulos anteriores, qué opina la población de la localidad de Arroyo Dulce sobre la eutanasia, se comprobó cómo la población conoce el término, y no sólo ello: se afirmó que la mayoría de la misma se encuentra a favor de la eutanasia. Se indagó, se investigó y se analizó cada una de las entrevistas y encuestas realizadas para llegar a un resultado del 86% a favor, y sólo el 14% en contra.

Además, se analizó en detalle un artículo del diario “El País” de 2009, que establece que cerca de 2000 personas piden la eutanasia al año, es decir el 1% de las mismas. Pero ¿Cuál es la opinión en otros lugares? Se pasa a comparar los resultados con otras investigaciones realizadas, por ejemplo en España:

En 1997 una encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) dice que el 67 % de la población pide la despenalización de la Eutanasia. Por otro lado, La Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) en la revista Salud nº 33, aparece una encuesta realizada a 11.452 personas de cinco países diferentes. España participa con 477 médicos (un tercio de cuidados paliativos), 63 enfermeras, 961 familiares de enfermos fallecidos de cáncer y personas en general.

- El 65 % de los médicos y el 85% de las enfermeras reconocen que han recibido la petición de pacientes de morir antes mediante el suicidio asistido o la eutanasia.
- El 16 % de los familiares de los pacientes fallecidos reconocen que la muerte fue acelerada.
- El 21 % de los médicos reconoce que se practica la eutanasia directa.

- El 15 % de los médicos reconocen haber practicado al menos una vez la eutanasia activa. (Arroja un dato de 15.000 facultativos en 10-15 años). Reconocen que el 12,5 % sin consentimiento del paciente.
- El 70 % y el 75 % de la población consultada está a favor del suicidio asistido y de la eutanasia.

El instituto IOLAW ([www.iolaw.org](http://www.iolaw.org)) en el año 2002 hace una encuesta a abogados de diferentes países. En España el 73,18 % responde positivamente a la pregunta "¿Cree que la eutanasia es un derecho fundamental de la persona?".

En el año 2002, una encuesta del CIS "Actitudes y opiniones de los médicos ante la eutanasia" fueron elegidos médicos de forma aleatoria entre todas las especialidades y fueron entrevistados 1.057 médicos. El 60% de los médicos apoyan un cambio de ley "para permitir a los enfermos pedir y recibir el suicidio por un médico y /o la eutanasia activa, mientras que el 85% considera que un correcto empleo de los cuidados paliativos No es suficiente para resolver "todas las situaciones de eutanasia".

El diario español "Diario.es" publicó lo siguiente: "...El estudio oficial más reciente, el encargado por el Ministerio de Sanidad, realizado en 2009 siendo ministro Bernat Soria ( CIS, estudio 2803), pone de manifiesto que sólo un 4% de los encuestados desearía que se prolongase su vida de forma artificial, aun sin esperanza de curación y un 8% optaría por dejar evolucionar su enfermedad de manera natural, sin tratamiento. El 64% está total o bastante convencido de que lo correcto es ayudar a morir al paciente en situación de sufrimiento mientras que sólo un 15% rechaza tajantemente esa opción.

Y el porcentaje alcanza el 73 % cuando se trata de estar a favor de la eutanasia (58,4% totalmente a favor y 15,2 bastante a favor). Por el contrario, sólo el 14% de encuestados se opone completa o parcialmente a la eutanasia.

Respecto del suicidio asistido, los porcentajes a favor y en contra son el 53 y el 26 respectivamente. Es reseñable el hecho de que tan sólo el 13% desconocía el significado de suicidio asistido y menos aún, el 5%, el de eutanasia.

Coherentemente, el 76% opina que debería permitirse por ley la eutanasia y el 64,2% el suicidio médicamente asistido en el caso de pacientes con cáncer terminal y sólo ligeramente inferiores son los porcentajes para enfermedades degenerativas que incapacitarán física o mentalmente en el futuro: concretamente el 70 y el 60 respectivamente...<sup>xxxiii</sup>.

Comparando los anteriores con un estudio realizado en Lima, se puede leer lo siguiente: La última encuesta de El Comercio, elaborada por Lapsos, señala que el 52% de limeños está a favor de la eutanasia, mientras que el 40% la desaprueba. La diferencia es aún mayor cuando se pregunta si están a favor de la eutanasia para enfermos terminales en estado vegetal: el 63% está favor y el 32% en contra. Claro que la mayoría sigue inclinándose por la eutanasia, aunque como se puede ver el porcentaje en Lima disminuye con respecto a la localidad y a los encuestados españoles.<sup>xxxiv</sup>

Por último, se quiere destacar un dato interesante, La muestra examinada del 24 de septiembre al 9 de octubre, afirmó la Swiss Lawyers Medical Association (SMLA) que encargó la investigación, dejó de lado expresamente los cuatro países

de Europa donde la eutanasia está permitida por ley (Suiza, Holanda, Bélgica y Luxemburgo) y no sondeó a los países del este de Europa.

Los resultados, por lo tanto, conciernen a España, Portugal, Francia, Reino Unido, Irlanda, Austria, Italia, Suecia, Finlandia, Dinamarca, Alemania y Grecia.

De las posiciones relevadas emerge con claridad que más de los tres cuartos de la población europea mira favorablemente una ley definitiva que dé a cada uno la posibilidad de poder decidir su propio destino.

La primera pregunta fue la más esencial: ¿Considera que cada individuo debe tener la posibilidad de determinar en modo autónomo cuándo y cómo quiere morir, o bien que no debería ser cada persona en particular quien decida?

Las respuestas a favor de la primera opción desde el 87% de Alemania hasta el 52% de Grecia, pasando por Italia con un 76%.

121

Curiosamente, estos porcentajes descienden en todos los países cuando se examina la hipótesis de una grave enfermedad acompañada por sufrimientos.

Un claro análisis al respecto, permite determinar, que en la localidad de Arroyo Dulce, al igual que en los casos de discusión presentados, se encuentra mayoritariamente a favor de la eutanasia, y además afirmar que sus porcentajes se acercan a los de los países europeos del primer mundo.

# CONCLUSIONES

Se recorrió un largo camino en el presente trabajo, para determinar entre otros puntos qué y cómo conocemos, claro referido a la eutanasia. Se indagó sobre el conocimiento del vocablo desde su aspecto común, vale decir cotidiano: con ello se quiso que la población consultada entre en tema y producir un primer impacto cuantitativo y cualitativo sobre el mismo. El conocimiento es la facultad de conocer, de saber, pero ¿En qué medida se conoce sobre el término? ¿Se sabe lo suficiente? Estas son las preguntas que se intentaron responder al interrogar a la población sobre el mismo. Una vez que se determinó, como se expuso en el Capítulo I, que la población de la localidad de Arroyo Dulce conoce más de lo que desconoce sobre eutanasia, se intentó, o mejor dicho se demostró cómo conoce. Vale decir en este punto, que uno puede tener conocimiento sobre un determinado tema, pero ello no quiere decir que el mismo sea certero, verdadero; el conocimiento puede erróneo, pero como se afirmó en el cuerpo de este trabajo la población en general, conoce verdaderamente el significado del término: es decir, el conocimiento que se tiene sobre el mismo no es erróneo, sino verdadero. Pero, como se demostrará a continuación, si bien es verdadero no es completo.

Por otro lado, cuando se consultó sobre el conocimiento de las prácticas u omisiones sobre el tema, se encontraron con patrones de respuestas similares: para el caso de las prácticas, la población entrevistada respondió en su mayoría al sí, mientras que para el caso de las omisiones, se encontró con la primera ruptura del patrón de respuestas anteriores: muchos de los entrevistados, sean de sexo masculino o femenino, no creyó oportuno que el médico, mediante su no acción, es decir por medio de su omisión termine con la vida de un paciente que padece

de una enfermedad terminal o irreversible. Una contradicción notoria entre ambos, ya que las mismas personas que anteriormente respondieron estar de acuerdo con las acciones del médico encaminadas a terminar con la vida de los pacientes de enfermedades terminales o irreversibles de forma indolora, ahora no están de acuerdo con el caso de dejar de hacer, es decir con el supuesto de las omisiones.

Ahora bien, cuando a estos mismos entrevistados se les consultó sobre el conocimiento de la Ley de Muerte Digna, la mayoría respondió negativamente, de allí que se pueda afirmar como se mencionó más arriba, que el conocimiento, si bien es cierto, no es completo sobre el tema. La mayor parte de la población desconoce la existencia de la Ley, y aun los pocos que respondieron afirmativamente, no tienen una certeza total sobre la misma.

Además, se pasó a consultar sobre un artículo periodístico y se determinó cómo la población en general, se mostró de acuerdo con los pedidos de los propios pacientes, es decir con el derecho que tienen a elegir sobre si continuar o no con su vida en los casos mencionados.

Pero, lo más importante de este trabajo revistió en determinar, luego del conocimiento, la propia opinión de quienes fueron entrevistados, para el caso hipotético de que tal situación les toque vivirla a ellos mismos. Se refiere a las preguntas de qué eligen los entrevistados, si la vida o terminar con ella en el caso propio. Aquí se encontraron con rupturas en cuanto a las franjas etarias vistas, ya que algunas se mostraron en acuerdo, otras en desacuerdo cualitativamente hablando, no obstante, en la suma total de las mismas, la mayor parte de la población de localidad se mostró por elegir la eutanasia. De aquí se desprende la

última de las preguntas: saber si la población de la localidad se encuentra a favor o en contra de la eutanasia. Se encontró que la mayoría, en concordancia con la pregunta anterior, respondió a favor de la eutanasia. Por ello, después de haber sintetizado las respuestas se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- La población en general de la localidad conoce, aunque de manera incompleta sobre la eutanasia. Se encontró una mayoría que conoce el término, su significado.
- Pero a la hora de hablar concretamente sobre el tema, la mayor parte de la población asocia el término con las acciones, no así con las omisiones. Es decir, que cree conveniente las prácticas médicas tendientes a terminar con la vida de pacientes con enfermedades terminales o irreversibles, no así con las omisiones.
- Cuando se les interrogó sobre el conocimiento de la Ley, la mayoría respondió por el desconocimiento.
- A la hora de hablar de la propia experiencia, la población consultada eligió inclinarse por la eutanasia, de ahí su concordancia con mostrarse la mayoría a favor de la misma.

# ANEXOS

ENTREVISTA: ¿QUÉ CONOCE USTED SOBRE LA EUTANASIA?

DESTINATARIOS: PACIENTES AMBULATORIOS MAYORES DE 18 AÑOS

ESPACIO FÍSICO DE REALIZACIÓN: UNIDAD SANITARIA DE ARROYO DULCE.

1- SEXO: F  M

2- EDAD:

3- ¿Conoce usted el término EUTANASIA? SI  NO

4- La OMS (organización mundial de salud) la define como “la acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente”  
¿Escuchó alguna vez este concepto?

Si  No

5- ¿Conoce usted de las prácticas que existen con respecto al tema? Es decir, ¿Que hay acciones u omisiones encaminadas a terminar con la vida de pacientes terminales de forma indolora?

SI  NO

6- ¿Está de acuerdo con que el médico provoque la muerte de pacientes con sufrimientos intolerables debido a una enfermedad terminal o irreversible?

S  NO

7- ¿Cree oportuno que el médico deje morir intencionadamente al paciente abandonando todo tipo de tratamientos, incluidos los cuidados básicos necesarios cuando padece una enfermedad incurable?

SI  NO

8- ¿Tiene usted conocimiento de la Ley de los derechos del paciente que habla de elegir la manera de morir dignamente y de rechazar tratamientos que no van a mejorar su salud?

SI  NO

9- A- Según una noticia del diario “El País” del 07 de Octubre de 2009, el 1 % de los enfermos terminales pide la eutanasia al año de padecer la enfermedad. ¿Qué opina al respecto?

De acuerdo SI  NO

B- ¿Considera usted que en estos casos los enfermos terminales tienen derecho a elegir si vivir o morir dignamente?

SI  NO

¿Qué haría usted si se viera en tal situación?

Elegiría morir SI  NO

¿Por qué?

Si respondió afirmativamente marque una opción

- a) Por temor al sufrimiento
- b) Para no ocasionar sufrimiento a la familia
- c) Porque no tendría valor para luchar por la enfermedad
- d) Porque no aceptaría verse limitado en sus acciones

Si respondió negativamente marca una opción

- a) Porque trataría de vivir el mayor tiempo posible
- b) Lucharía para combatir la enfermedad
- c) Dejaría que mi organismo diga basta
- d) Esperaría con resignación que llegue mi hora final

C- Teniendo en cuenta que Eutanasia significa “Buena muerte” ¿Cree usted que ese sería el verdadero significado?

SI

NO

129

D- Usted ¿Qué posición toma con respecto al tema?

A FAVOR

EN CONTRA



## BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

- Arias Astray, A. y Fernández Ramírez, B. *Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos*. Capítulo 2: La encuesta como técnica de investigación social. Síntesis editorial.
- Álvarez Montero, S. *Eutanasia, opciones al final de la vida y médicos de familia*. Revista Atención Primaria. Vol. 41.
- Barrenechea, C. Romina. *Suicidio Asistido, Eutanasia y Muerte Digna en Argentina*. Proyecto Ética. Grupo de Investigación, docencia y extensión. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Disponible en [www.proyectoetica.org](http://www.proyectoetica.org). Núm. 07. Julio de 2009
- Corbin, Juliet; Strauss, Anselm; *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*; Cetro Editor Universidad de Antioquia; Medellín, Colombia, 2002. Págs. 110 a 133
- De Benito, E. *Unos 2000 enfermos terminales piden la eutanasia al año*. El País. Madrid. 7 de Octubre de 2009.
- Texto de la Ley N° 26529 y su modificatoria Ley N° 26742 (modificaciones 24/05/2012)
- Gourevitch D. *Suicide among the sick in classical antiquity*. Bull HistMed 1969; 43: 501-18. En Przygoda, P. *La eutanasia y el suicidio asistido en Argentina y en otros países*. Medicina (Buenos Aires). 1999; 59: 195-200
- Gutiérrez Vega, J. *Eutanasia: concepto, tipos, aspectos éticos y jurídicos*. Actitudes del personal sanitario ante el enfermo terminal. Pág. 1,2.

- [http://elpais.com/diario/1982/12/10/sociedad/408322808\\_850215.html](http://elpais.com/diario/1982/12/10/sociedad/408322808_850215.html)
- <http://colabogtuc.org.ar/version1/docs/ComisionDerechoalaVida/ENFOQUE%20JURIDICO%20DEL%20%20DERECHO%20A%20LA%20VIDA.pdf>
- <http://definicion.de/vida/>
- <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- [http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/sis\\_estadistico/Anuario\\_2005/Cd\\_Cap07/dyc7.htm](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/Anuario_2005/Cd_Cap07/dyc7.htm). definiciones y conceptos. 2009
- <http://definicion.de/vida/#ixzz3WOrD9Aro>
- Ley 24.193. Transparente de órganos y materiales anatómicos. VI - De los actos de disposición de órganos o materiales anatómicos cadavéricos. Artículo 23.
- Nahle, N. *Definición de Vida*. Obtenido el 03 de Abril de 2015. De <http://www.biocab.org/Definicion-de-Vida.html>. Publicación: 19 /10/2004; Actualización: 25 /02/2009
- Nombela Cano, C. *La eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica*"
- Pérez Tamayo, R. Seminario: *El ejercicio actual de la medicina. El médico y la muerte*. Parte II: definición legal y médica de muerte. Consultado el 03/04/2015 en [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2002/ponencia\\_ago\\_2k2.html](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2002/ponencia_ago_2k2.html)
- SAUTU, Ruth y otros, *Manual de Metodología: construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*, 1º Edición, Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, CLASCO, 2005.

- Thompson, Paul; *La Voz del Pasado, La Historia Oral*; Ediciones Alfons El Magnanim, Institución Valenciana D'Estudis I Investigación; Colección Estudios Universitarios N° 26; Valencia; España; 1988. Pág. 189 a 240.
- [www.etimologías.dechile.net/?eutanasia](http://www.etimologías.dechile.net/?eutanasia). Consultado el 04/04/2015
- [www.aceb.org/eutanasia/que.html](http://www.aceb.org/eutanasia/que.html) el 04/04/2015.

---

<sup>i</sup>Gourevitch D. Suicide among the sick in classical antiquity. Bull HistMed 1969; 43: 501-18. En Przygoda, P. *La eutanasia y el suicidio asistido en Argentina y en otros países*. Medicina (Buenos Aires). 1999; 59: 195-200

<sup>ii</sup>Gourevitch D. Suicide among the sick in classical antiquity. Bull HistMed 1969; 43: 501-18. En Przygoda, P. *La eutanasia y el suicidio asistido en Argentina y en otros países*. Medicina (Buenos Aires). 1999; 59: 195-200

<sup>iii</sup>Gourevitch D. Suicide among the sick in classical antiquity. Bull HistMed 1969; 43: 501-18. En Przygoda, P. *La eutanasia y el suicidio asistido en Argentina y en otros países*. Medicina (Buenos Aires). 1999; 59: 195-200

134

<sup>iv</sup> De Benito, E. *Unos 2000 enfermos terminales piden la eutanasia al año*. El País. Madrid. 7 de Octubre de 2009.

<sup>v</sup> De Benito, E. *Unos 2000 enfermos terminales piden la eutanasia al año*. El País. Madrid. 7 de Octubre de 2009.

vi

En

[http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/sis\\_estadistico/Anuario\\_2005/Cd\\_Cap07/dyc7.htm](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/Anuario_2005/Cd_Cap07/dyc7.htm). definiciones y conceptos. 2009

---

<sup>vii</sup> En Organización Mundial de la Salud. *Temas de salud. Diez datos sobre el envejecimiento de la población*. Abril de 2012. Disponible en <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>

<sup>viii</sup> En Organización Mundial de la Salud. *Programas y proyectos. Envejecimiento y ciclo de la vida*. “Envejecer bien”: una prioridad mundial.

<sup>ix</sup> Definición extraída de <http://definicion.de/vida/>

<sup>x</sup> Definición de vida - Qué es, Significado y Concepto. Disponible en <http://definicion.de/vida/#ixzz3WOrD9Aro>

135

<sup>xi</sup> Nahle, N. *Definición de Vida*. Obtenido el 03 de Abril de 2015. De <http://www.biocab.org/Definicion-de-Vida.html>. Publicación: 19 /10/2004; Actualización: 25 /02/2009

<sup>xii</sup> <http://colabogtuc.org.ar/version1/docs/ComisionDerechoalaVida/ENFOQUE%20JURIDICO%20DEL%20%20DERECHO%20A%20LA%20VIDA.pdf>

<sup>xiii</sup> *Definición de vida - Qué es, Significado y Concepto*. Disponible en <http://definicion.de/vida/#ixzz3WOrD9Aro>

<sup>xiv</sup> En [http://elpais.com/diario/1982/12/10/sociedad/408322808\\_850215.html](http://elpais.com/diario/1982/12/10/sociedad/408322808_850215.html)

---

<sup>xv</sup> Pérez Tamayo, R. Seminario: *El ejercicio actual de la medicina. El médico y la muerte*. Parte II: definición legal y médica de muerte. Consultado el 03/04/2015 en [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2002/ponencia\\_ago\\_2k2.html](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2002/ponencia_ago_2k2.html)

<sup>xvi</sup> Ley 24.193. Transparente de órganos y materiales anatómicos. VI - De los actos de disposición de órganos o materiales anatómicos cadavéricos. Artículo 23.

<sup>xvii</sup> En [www.etimologias.dechile.net/?eutanasia](http://www.etimologias.dechile.net/?eutanasia). Consultado el 04/04/2015.

<sup>xviii</sup> En [www.etimologias.dechile.net/?eutanasia](http://www.etimologias.dechile.net/?eutanasia). Consultado el 04/04/2015

<sup>xix</sup> Consultado de [www.aceb.org/eutanasia/que.html](http://www.aceb.org/eutanasia/que.html) el 04/04/2015.

<sup>xx</sup> Gutiérrez Vega, J. *Eutanasia: concepto, tipos, aspectos éticos y jurídicos*. Actitudes del personal sanitario ante el enfermo terminal. Pág. 1,2.

<sup>xxi</sup> Gourevitch D. Suicide among the sick in classical antiquity. Bull HistMed 1969; 43: 501-18. En Przygoda, P. *La eutanasia y el suicidio asistido en Argentina y en otros países*. Medicina (Buenos Aires). 1999; 59: 195-200

<sup>xxii</sup> Álvarez Montero, S. *Eutanasia, opciones al final de la vida y médicos de familia*. Revista Atención Primaria. Vol. 41. Núm. 07. Julio de 2009

---

<sup>xxiii</sup> Gourevitch D. Suicide among the sick in classical antiquity. *Bull HistMed* 1969; 43: 501-18. En Przygoda, P. *La eutanasia y el suicidio asistido en Argentina y en otros países*. Medicina (Buenos Aires). 1999; 59: 195-200

<sup>xxiv</sup> Nombela Cano, C. *La eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica*”

<sup>xxv</sup> Nombela Cano, C. *La eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica*”

<sup>xxvi</sup> Texto de la Ley N° 26529 y su modificatoria Ley N° 26742 (modificaciones 24/05/2012)

137

<sup>xxvii</sup> Se hace alusión de este término como sinónimo de la expresión utilizada por Saltalamachia cuya característica reside en permitir al entrevistado que vaya recorriendo su propia vida por entender que además de permitir un mayor desenvolvimiento en él, estimula sus recuerdos y ayuda a contextualizar su relato. SALTALAMACCHIA, Homero, *La historia de vida: reflexiones a partir de una experiencia de investigación*, Cijup Ediciones, 1º Edición, 1992.

<sup>xxviii</sup> Se trata de estudios sobre la auto imagen de clase social que analizan las construcciones subjetivas de las personas, basadas tanto en su experiencia subjetiva como en su propia interpretación de su ubicación en la estructura social. SAUTU, Ruth y otros, *Manual de Metodología: construcción del marco teórico*,

---

*formulación de los objetivos y elección de la metodología*, 1<sup>o</sup> Edición, Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, CLASCO, 2005, Pág. 48

<sup>xxix</sup> Thompson, Paul; *La Voz del Pasado, La Historia Oral*; Ediciones Alfons El Magnanim, Institución Valenciana D'Estudis I Investigación; Colección Estudios Universitarios N<sup>o</sup> 26; Valencia; España; 1988. Pág. 189 a 240.

<sup>xxx</sup>Corbin, Juliet; Strauss, Anselm; *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*; Cetro Editor Universidad de Antioquia; Medellín, Colombia, 2002. Págs. 110 a 133

<sup>xxxi</sup> La encuesta es definida aquí como técnica de investigación en el sentido que Arias Astray, A. y Fernández Ramírez, B. le dan al respecto: "...las técnicas de investigación (por ejemplo la encuesta) son los procedimientos específicos que se utilizan durante el proceso de investigación para la recogida y elaboración de datos...". Arias Astray, A. y Fernández Ramírez, B. *Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos*. Capítulo 2: La encuesta como técnica de investigación social. Síntesis editorial.

<sup>xxxii</sup> Barrenechea, C. Romina. *Suicidio Asistido, Eutanasia y Muerte Digna en Argentina*. Proyecto Ética. Grupo de Investigación, docencia y extensión. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Disponible en [www.proyectoetica.org](http://www.proyectoetica.org)

---

xxxiii. [www.diario.es](http://www.diario.es)

xxxiv. [www.elcomercio.pe](http://www.elcomercio.pe)