

ENCUESTA ENTRE MEDICOS ARGENTINOS SOBRE DECISIONES CONCERNIENTES AL FINAL DE LA VIDA DE LOS PACIENTES

EUTANASIA ACTIVA Y PASIVA, Y ALIVIO DE SINTOMAS

JORGE L. FALCON, MARIA GRACIELA ALVAREZ

Servicio de Medicina Interna de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina, Buenos Aires

Resumen Se realizó una encuesta a médicos sobre eutanasia y otras decisiones médicas concernientes al final de la vida de pacientes (DMFV), tema poco desarrollado en la literatura médica argentina. Se presumió que las DMFV ocurren frecuentemente en la práctica, con escasa o nula preparación pre y posgrado del médico para el manejo de las mismas. La encuesta constó de 13 preguntas de respuesta múltiple respondidas por 172 médicos de Capital Federal, Gran Buenos Aires y La Plata, comenzando por el perfil profesional, y abarcando aspectos médicos, legales, éticos, sociales y religiosos. El contenido de las preguntas se basó en los problemas considerados de más importancia, o de aparición más frecuente, referidos al tema en la literatura médica mundial. Las respuestas fueron anónimas. Sólo las preguntas sobre legislación requerían el conocimiento específico de la respuesta, las demás eran de filiación u opinión. Se definieron 3 tipos de DMFV, en un instructivo para los participantes: Eutanasia activa, Eutanasia pasiva, y Alivio de síntomas. Se discuten los resultados a la luz de la literatura nacional e internacional, resultando que a pesar de que efectivamente el contacto de los médicos con distintas DMFV es frecuente en la práctica, el conocimiento sobre el tema es muy escaso y/o erróneo, tanto en los aspectos médicos como en los legales. Se concluye que se necesita mayor investigación sobre el tema en la Argentina, como paso previo a cambios en la educación a los médicos y el marco legal.

Palabras clave: eutanasia, alivio de síntomas, ética médica, ortotanasia

Basados en la presunción de la alta frecuencia de decisiones concernientes al final de la vida (DMFV) en la práctica médica, y ante el hecho que la formación pre y posgrado en atención del paciente terminal y en particular sobre DMFV es deficiente o nula en nuestro medio, se confeccionó una encuesta tendiente a conocer la opinión, grado de información, y experiencias propias respecto a DMFV (tipo y frecuencia), entre médicos de distintas áreas, excluyendo especialidades que por definición tratan pacientes terminales (oncología, oncohematología, etc.).

Material y métodos

Se repartieron 260 encuestas entre médicos clínicos, intensivistas, cirujanos y pediatras, de Buenos Aires, Gran Buenos Aires y La Plata, obteniéndose 172 completadas correctamente (66%). Las restantes no fueron devueltas, o se descartaron por incompletas. El porcentaje de encuestas respondidas es parecido al de trabajos similares^{1, 2}.

Las respuestas fueron anónimas.

Se entregó a cada participante un instructivo donde se definieron a los efectos de las preguntas, 3 tipos de DMFV:

1) Eutanasia Activa (EA): Acción deliberada para terminar con la vida de un paciente a su pedido, incluyendo el Suicidio Asistido, definido como la facilitación al paciente de indicaciones y/o elementos para acabar con su vida.

Recibido: 19-VII-1995

Aceptado: 8-V-1996

Dirección postal: Dr. Jorge L. Falcón, Clínica y Maternidad Suizo Argentina, Av. Pueyrredón 1461, 1118 Buenos Aires, Argentina.

2) Eutanasia Pasiva (EP): No prescripción de un tratamiento que podría prolongar la vida de un paciente, o discontinuación de una terapéutica ya instalada que prolongaba la vida.

3) Alivio de Síntomas (AS): Indicación de medicamentos (opiáceos, sicotrópicos, etc.) para aliviar síntomas del paciente terminal, aun a riesgo de que esa terapéutica acelere la muerte.

Se redactaron 13 preguntas de respuesta múltiple divididas en:

— Perfil del contestante (antigüedad como médico y área de desarrollo de la actividad)

— Conocimientos, experiencia y posición personal frente a las DMFV (información previa; DMFV tomadas; opinión sobre cuál es la más común; posición contraria o no por principios).

— Se agruparon en una pregunta con respuesta de elección múltiple 15 temas relacionados con eutanasia según la literatura internacional, de orden ético, religioso, social, legal, y médico.

Se interrogó respecto a cada uno de los 15 tópicos de esta pregunta qué grado de relación tenían con cada DMFV (Nada, Poco, Mucho, o No sabe).

Esta pregunta se basó solamente en la opinión del contestante sobre el grado de relación de cada tema con eutanasia, y no en que se acordara o no con el postulado. P. ej. en el caso del aborto, no se solicitó la opinión sobre si puede ser considerado un acto eutanásico o no, sino el saber que la existencia de ese punto de debate hace que ambos temas estén relacionados.

— Conocimiento sobre la punibilidad legal o no en la Argentina de cada una de las 3 DMFV, más la opinión sobre si se debe legislar sobre eutanasia, y, en caso de legalizarse, quiénes deberían intervenir en la decisión de un caso individual (el paciente, interlocutor válido, médico a cargo, 2a. opinión médica, comité de ética médica, religioso del credo oficial, del credo del paciente, Juez, y/u otro).

— Opinión sobre si los avances tecnológicos referentes a prolongación de la vida han mejorado o no la atención de pacientes terminales, y sobre si le corresponde a la Medicina participar en el debate sobre eutanasia.

Se obtuvieron 13500 datos, cruzándose entre sí para obtener eventuales correlaciones entre las variables independientes (perfil de los contestantes) y las dependientes (opiniones en las distintas preguntas); y para establecer la existencia o no de coherencia interna en los cuestionarios por cruce de variables dependientes.

Se comentan los resultados en base a la literatura nacional e internacional sobre el tema, buscada por Medline, actualizada al momento de cerrarse la encuesta (marzo 1994).

Resultados

a) Perfil de los contestantes:

Casi el 65% de los encuestados tienen 10 años o menos de recibidos. La mayoría trabaja en la actividad privada, y realiza actividad clínica. El 60% tienen actividad de internación, lo que comprende un 16% de intensivistas.

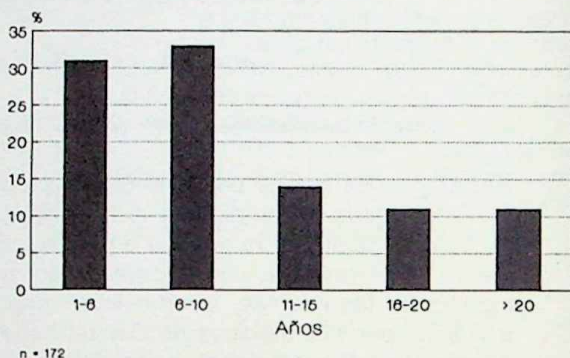


Fig. 1.— Antigüedad como médico.

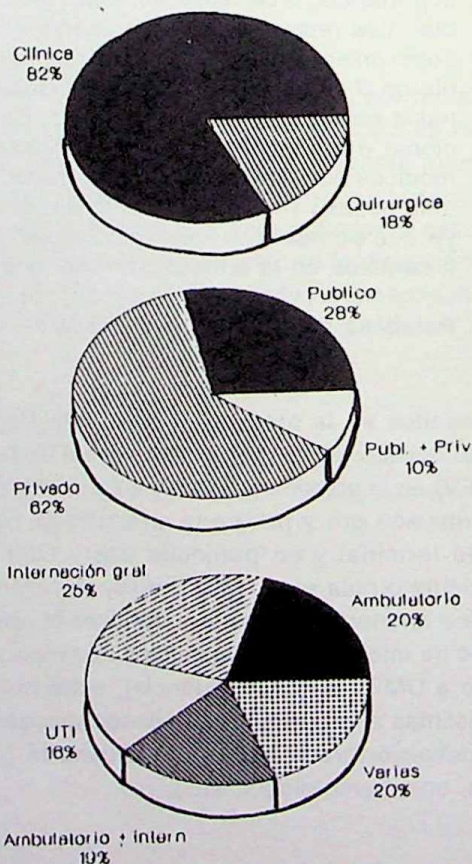


Fig. 2.— Áreas de ejercicio profesional.

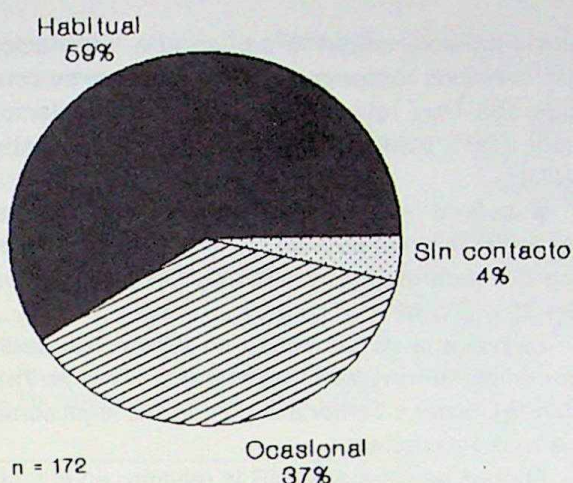


Fig. 3.— Contacto con pacientes terminales.

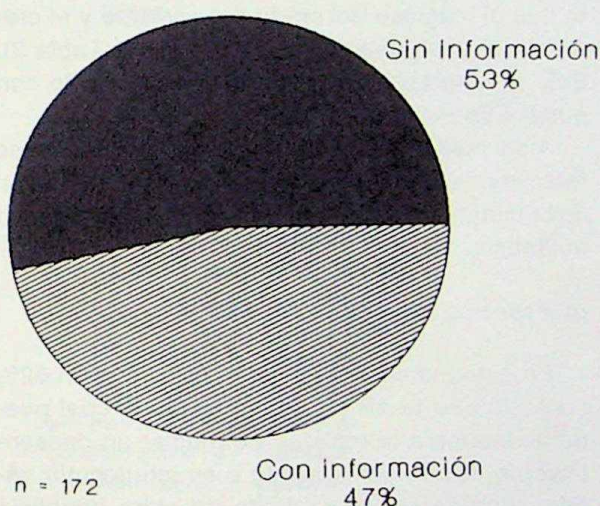


Fig. 4.— Información previa sobre DMFV.

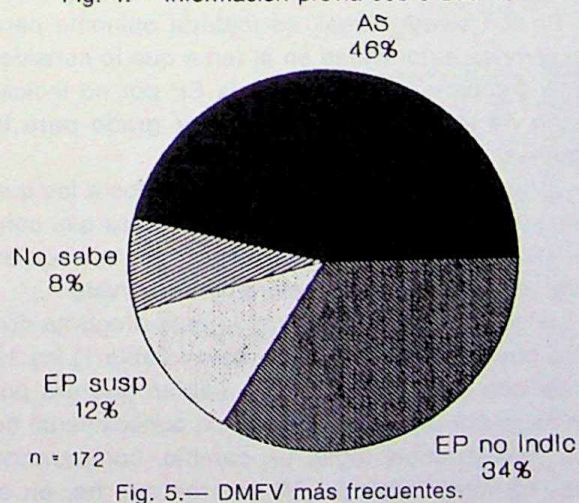


Fig. 5.— DMFV más frecuentes.

AS: Alivio de síntomas; EP susp: Eutanasia pasiva por suspensión de tratamiento de sostén vital; EP no ind: Eutanasia pasiva por no indicación de tratamiento de sostén vital

b) Experiencia e información previa sobre DMFV

Más del 95% tuvo contacto con pacientes terminales, pero la mitad manifestó no haber tenido información previa sobre DMFV. El perfil de antigüedad en la profesión se reproduce en ambos subgrupos de informados vs. no informados en forma similar al total.

c) DMFV más frecuentes:

Se consideró tan frecuente el Alivio de Síntomas como la Eutanasia Pasiva (46% para cada uno, con un 8% que no contestó), pero dentro de EP se opinó como 3 veces más frecuente la no indicación que la suspensión de tratamiento. Como se ve más adelante (ítem e, fig. 6), estas opiniones no parecen sesgadas por la posición religiosa/moral frente a las DMFV, sino relacionadas directamente con la experiencia previa del médico (ítem d, Tabla 1).

d) Médicos que tomaron DMFV:

Como se observa, AS fue la DMFV más tomada (69%), con un alto porcentaje de EP (57,5%) y un 7% del total que intervinieron en EA (Cada profesional podía contestar simultáneamente haber intervenido en una o más DMFV).

En los 12 médicos implicados en eutanasia activa se analizó particularmente el grado de coherencia interna de las encuestas, que fue alto, lo que aleja la posibilidad de que las respuestas de la Tabla 1 se debieran a no entendimiento de las preguntas.

No hubo diferencias grupales significativas para las variables independientes (perfil de los contestantes) en función de las variables dependientes de las respuestas de b), c) y d), sólo una tendencia no significativa entre los que practicaron EA a tener más proporción de contacto con pacientes terminales que en el total.

TABLA 1.— Médicos que tomaron DMFV

Alivio de síntomas	118 (69%)
Eutanasia pasiva	99 (57,5%)
Eutanasia activa	12 (7%)
No deseó contestar	4 (2,3%)

n = 172

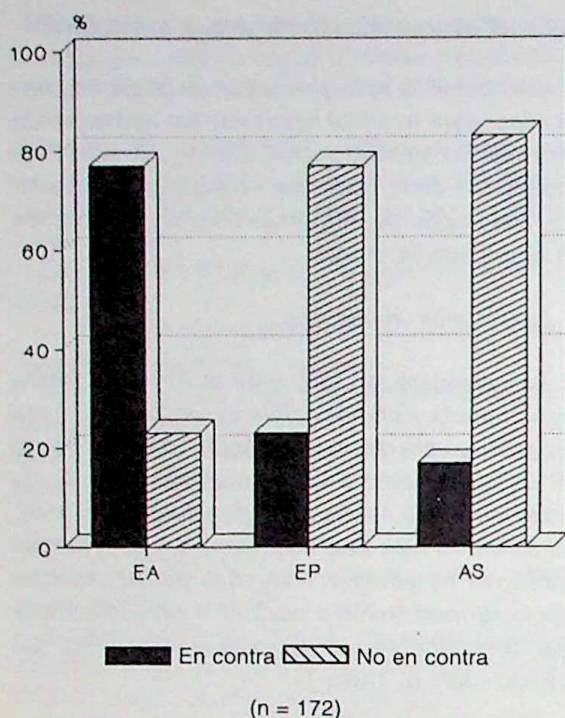


Fig. 6.— Posición religiosa/moral en DMFV

e) Posición religiosa/moral sobre el tema:

La EA, identificada como acción directa letal del médico, tuvo oposición inversamente proporcional a la EP y AS. Estas 2 últimas DMFV tuvieron oposición similar, desde el punto de vista religioso/moral, a pesar de la clara diferencia de la acción del médico en ambas. En esta pregunta no se discriminó entre los 2 tipos de EP.

Analizando este punto en función del perfil del contestante, sólo se observó que la posición en contra de EA disminuye a 65% en los médicos de práctica ambulatoria, y que en contra de EP disminuye en los médicos de Hospital Público, y aumenta en los de práctica privada ($p = 0,025$).

En los 99 médicos que estuvieron implicados en EP la posición en contra de la misma crece significativamente al 50% ($p = 0,0045$), lo que también ocurre con los 12 médicos implicados en EA aunque en este caso el número es bajo para una conclusión estadística.

f) Opinión sobre el grado de relación de distintos temas con eutanasia

La pregunta más compleja del cuestionario se basó en 15 tópicos relacionados directamente

con eutanasia según la bibliografía internacional, debiendo responderse en cada uno si se consideraba Muy relacionado (MR), Poco relacionado (PR), Nada relacionado (NR), o No sabe (NS).

Sólo 5 de los 15 tópicos fueron MR con Eutanasia por más del 65% de los encuestados, 6 fueron MR para el 50%, y 4 fueron MR para menos del 35% (Tabla 2 y figura 7a).

La mayoría de los temas no fueron respondidos como MR en alto porcentaje (fig. 2 y tabla 7a), siendo Cáncer y Temor a la punibilidad legal como los más relacionados.

Aunque se consideró MR la religión, en el punto g) se observa el bajo porcentaje que considera que el religioso del credo del paciente y el credo oficial deban intervenir en la DMFV (Tabla 3). Sólo la mitad relacionó el aborto provocado con eutanasia.

Algo menos de la mitad de los encuestados relacionó vejez, demencia, y la posibilidad de uso discriminatorio de una eventual legislación, con eutanasia.

g) Aspectos legales de las DMFV:

En este marco, vemos en la fig. 8 que un 62% contestó que la AS no sería punible lo cual puede acercarse a la realidad de mediar un consentimiento escrito del paciente o su interlocutor válido, o darse en un contexto de claro beneficio sobre el daño potencial. 37% lo opinaron para la EP: aun siendo ilegal, es materia opinable para opiniones autorizadas en el tema que lo consideran atendible en el caso de la EP por no indicación de tratamiento, y en menor grado para la supresión (ref. 10, pp. 145 y 199):

Para la EA fue un 9%, que sumados a los que no supieron, da un 27% de los médicos que contestaron que ignoran las consecuencias legales de esta DMFV, la más claramente punible.

Cruzando los resultados de esta pregunta con los que tomaron DMFV (punto d / Tabla 1) los 12 médicos que practicaron EA sabían que era punible, y por lo tanto actuaron con conocimiento de la consecuencia legal. En cambio, comparando los 99 que realizaron EP con los que no, en el primer grupo hubo mayor desconocimiento de la consecuencia legal (40% opinaron que no era punible), que en el segundo (sólo 16% opinaron que no era punible) — $p < 0,005$.

TABLA 2.— Porcentaje de respuestas MR en los 15 temas

> 65% 5 tópicos	~ 50% 6 tópicos	< 35% 4 tópicos
— Cáncer (83%)	— Competencia del médico en Medicina Paliativa (53%)	— Constitución Nacional (35%)
— Temor del médico a la punibilidad legal (82%)	— Aborto provocado (59%)	— Protección a la sociedad por encima de decisiones individuales (29%)
— Derecho a la autodeterminación del paciente (79%)	— Malformaciones congénitas (48%)	— Deshumanización de la Medicina (32%)
— Fe religiosa del paciente (69%)	— Vejez (47%)	— Diagnóstico de depresión (28%)
— Fe religiosa de la sociedad (65%)	— Demencia (48%)	
	— Peligro de discriminación (45%)	

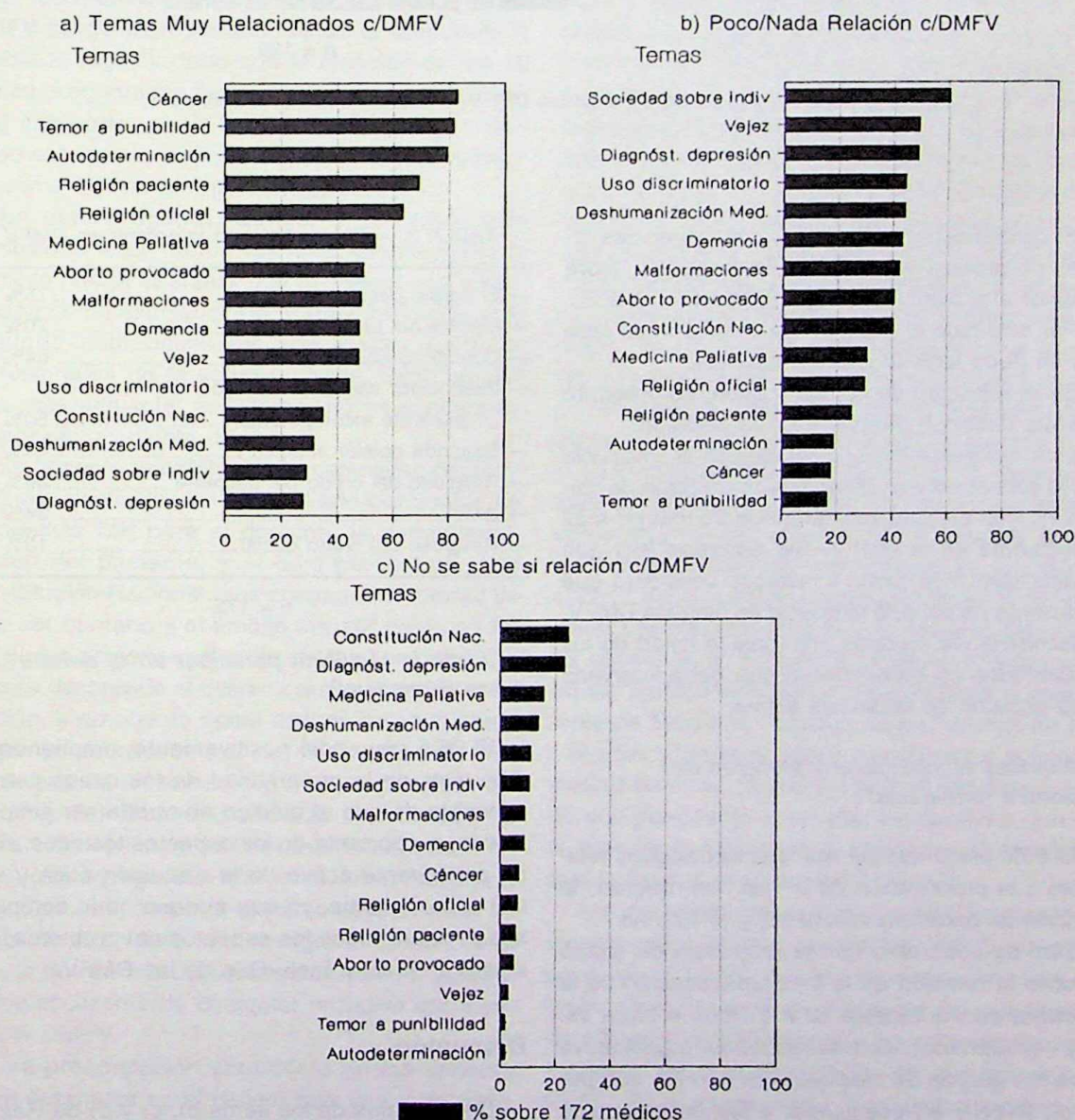
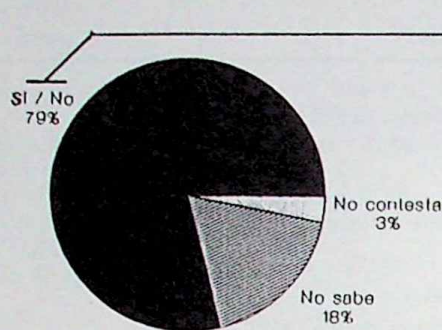


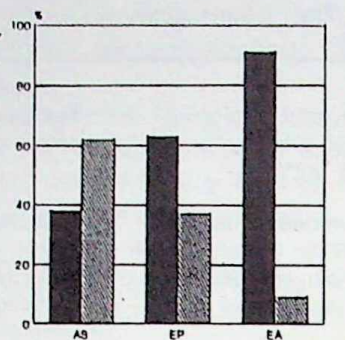
Fig. 7.— % respuestas MR, PR/NR y NS

a) Distribución de respuestas en el total de encuestados



n = 172

b) 136 respuestas Sí/No



Es punible No es punible

n = 136

Fig. 8.— Punibilidad legal de las distintas DMFV, efectuadas con consentimiento escrito del paciente

El conocimiento o no de las consecuencias legales no produjo variantes en la respuesta sobre el temor a la punibilidad legal (punto f / Tabla 2).

Por otro lado el 85% de los encuestados cree que se debe legislar sobre eutanasia.

En el supuesto de la legalización, se preguntó quienes deberían intervenir en la decisión.

Este ordenamiento sí coincide con la tendencia en los países en que Eutanasia es un tema de discusión³, con el paciente y su médico como los más importantes en la DMFV. Sin embargo hay que resaltar que 1 de cada 4 médicos consideró que el paciente no debería intervenir en ninguna DMFV, y discriminando en cada una, casi la mitad de los encuestados no consideraron que deba intervenir en la decisión de eutanasia activa.

h) Avances tecnológicos y atención de pacientes terminales:

El 60% opinó que los avances tecnológicos referentes a la prolongación de la vida han mejorado la atención de pacientes terminales, y el 40% no.

Esto es coherente con la respuesta del punto f) sobre la relación de la Deshumanización de la Medicina con eutanasia (2 a 1 Poco o nada vs. Muy relacionado), con coincidencia significativa entre los grupos de respuesta Sí con los que pusieron PR/NR en ese punto, y los de respuesta No con los que marcaron MR en ese punto.

TABLA 3.— Quiénes deben intervenir en DMFV

— El propio paciente	75%
— Médico del paciente	70%
— Comité de ética médica	64%
— Interlocutor válido en caso de paciente incompetente	60%
— Segunda opinión médica	46%
— Religioso del credo del paciente	36%
— Juez	34%
— Religioso del credo oficial	13%

n = 172

j) ¿Debe la Medicina participar en el debate sobre Eutanasia?

El 95,5 respondió positivamente, ampliando la respuesta en la generalidad de los casos con el concepto de que el médico no puede ser simplemente un aportante de los aspectos técnicos, sino un participante activo de la discusión ética y social sobre el tema, ya que aunque no le competa actuar sobre todos los aspectos del problema, es siempre un actor ineludible de las DMFV.

Discusión

De los datos de los ítems b), c) y d) de Resultados, se concluye que más del 95% de los

encuestados tuvo contacto con pacientes terminales, e intervino en alguna forma de DMFV; sin embargo, sólo el 50% tuvo información sobre el tema. La combinación de alta frecuencia, con baja preparación para tomar DMFV marca uno de los principales problemas en esta área médica.

Es llamativo el número de médicos implicados en eutanasia activa (12 profesionales). Tanto en éstos como en los 99 implicados en eutanasia pasiva se observó el mismo fenómeno que en otros países, en que aumenta la resistencia a practicar la eutanasia entre los médicos que la habían efectuado³.

El desconocimiento de los médicos sobre DMFV surge más claramente de la respuesta f) (Tabla 2, Fig. 7); dado que la elección de los 15 temas preguntados fue realizada en base a estar muy implicados por la literatura médico legal existente sobre eutanasia, debería haberse contestado como MR en alto porcentaje todas.

En esta pregunta, Cáncer y el Temor a la punibilidad legal fueron los más relacionados: el primero refleja el status que conserva esa enfermedad como asociada a la muerte inevitable, y el segundo la preocupación «de moda» entre los profesionales de la salud (aunque como se discute más adelante, este temor no va acompañado por conocimiento de la ley).

Se observa también en las respuestas del punto f) una contradicción entre el alto porcentaje de respuestas MR para el derecho de autodeterminación del paciente, y el bajo porcentaje para Constitución Nacional, que consagra la libertad de todo ser humano y el ámbito inexpugnable en favor de las acciones privadas de los hombres⁴. De esto se desprende el desconocimiento de la Constitución, y no que se opine distinto en cada caso, lo que se demuestra por ser la Constitución Nacional uno de los temas con más respuestas «No sé» (Fig. 7c). Cuando se realizó la encuesta, no había sido consagrada la nueva Constitución de 1994, que agrega otro elemento relacionado con eutanasia, al incorporar el pacto de San José de Costa Rica: en éste se consagra el derecho a la vida, lo que podría ser presentado como argumento obstaculizante de cualquier iniciativa que contemple DMFV.

Una preocupación emergente en los debates sobre eutanasia es el peligro que una legislación permisiva fuera usada espuriamente contra grupos socialmente marginados^{5, 6}. En este contexto los

viejos y los dementes presentan en algunas sociedades un aspecto de «carga» para el resto de la población económicamente productiva, lo que en la práctica también los margina. En esta situación pueden quedar fuera de las prioridades en la distribución del recurso médico, y una ley que pudiera usarse para encubrir muertes innecesarias en pacientes graves de esos grupos, disfrazadas como eutanasia, resultaría un instrumento peligroso. En nuestra encuesta, menos de la mitad relacionó vejez, demencia y la posibilidad de uso discriminatorio de la legislación, con eutanasia.

En esa misma pregunta múltiple del punto f) sólo la mitad relacionó el aborto provocado con eutanasia, aunque aquel tema sí ha ganado espacio en los medios de difusión en nuestra sociedad. Los grupos contrarios a cualquier tipo de legalización del aborto lo califican de asesinato, mientras que otros grupos que contemplarían el aborto en situaciones especiales, lo paralelan a la eutanasia, al implicar al feto con malformación. Los avances en el diagnóstico intraútero de la malformación y la tara genética han hecho crecer la preocupación sobre este tema, dado que el diagnóstico precoz de dichas alteraciones puede ser usado para decidir la eliminación del feto.

En cuanto a Medicina Paliativa (siempre en el punto f), la poca difusión de los contenidos y de la existencia de esa especialidad en la Argentina, justificarían que la mitad no la haya considerado como muy relacionada. Medicina paliativa se relaciona con DMFV no sólo porque se ocupa del control de síntomas y acompañamiento de pacientes terminales, sino por su posición filosófica en contra de la eutanasia. Además plantea que en los medios con estructura deficiente o inexistente de Medicina Paliativa, el mal control de los síntomas y de la angustia que provoca la enfermedad terminal, puede motivar al paciente a pedir que pongan fin a su vida, sin opción a que se le maneje correctamente el cuadro sintomático que lo lleve a esa determinación.^{5, 7}

De los temas de este punto que fueron Muy Relacionados en bajo porcentaje, el más preocupante es el de diagnóstico de depresión, que es eminentemente médico, y debería ser considerado MR con las DFV aunque no se tuviera conocimiento del estado actual del debate sobre DMFV en el mundo: este diagnóstico médico es de descarte obligatorio en cualquier instancia en que el paciente deba acordar o solicitar una

DMFV, para estar seguro que su juicio no esté alterado por esa enfermedad.⁸

El tema menos relacionado fue el de la sociedad por encima de las decisiones individuales (fig. 7b), quizás porque en nuestro país no hubo casos puntuales de dominio público, por lo que no se desarrolló la preocupación que concernió a otras sociedades^{5,9}.

El panorama resultante refleja no sólo desconocimiento de los médicos sobre DMFV, como se apuntó, sino un estado más primitivo del punto de discusión sobre las mismas en nuestro medio respecto a los países más preocupados al respecto. Esto justifica que nuestra encuesta haya sido elaborada con preguntas más elementales que en el común de trabajos similares^{1,2}, que se basan en la actitud del profesional frente a la eutanasia, dando por supuesto que aspectos médicos, sociales y religiosos como los que se desarrollaron en esta pregunta, son conocidos.

En cuanto al aspecto legal de las DMFV, en nuestro país existe un vacío normativo que puntualice los diferentes casos con agravantes, atenuantes, y actualización según los cambios tecnológicos. De todos modos para la ley argentina cualquier acción u omisión del médico que desembocara en la muerte del paciente, es punible, aunque haya consentimiento escrito del paciente. Este planteo es tan abarcativo que incluye según la letra de la ley, hasta la AS: la doctrina que lo sustenta es el paralelo con las condiciones legales del suicidio, en el que no se admite el acuerdo respecto al mismo^{10,11}.

Es cierto que la AS no ha sido penada habitualmente, pero con la EA no existe ningún antecedente jurídico en que se haya despenalizado un caso, aún con consentimiento escrito del paciente. Este principio se extiende también a la EP¹¹ por acción u omisión. En las respuestas se observa un alto grado de desconocimiento de la ley, con el agravante de que situaciones que aún con desconocimiento legal deberían suponerse fácilmente (la punibilidad de la eutanasia activa), no fueron así para un 27% de los médicos. Cabe recordar que los 12 médicos implicados en EA sabían que era punible, y que como se vio en resultados, fue el grupo de los 99 implicados en EP los más desorientados respecto a lo que dice la ley.

También se observó que el temor a la punibilidad legal no está basado necesariamente en conocimiento de las consecuencias, sino en la

creciente aprensión entre los médicos a acciones legales contra ellos.

De todos modos, a pesar de desconocer la ley se sabe o se sospecha la existencia del vacío normativo de las DMFV, ya que el 85% contestó que se debe legislar sobre eutanasia.

En cuanto a quienes deben intervenir en la decisión de una DMFV, aunque el ordenamiento contestado haya coincidido con la tendencia en países centrales (Tabla 3), el hecho de que el 25% de los médicos hayan excluido al paciente de la decisión de las DMFV globales, y que el 50% lo haya excluido de la decisión de EA, parece entroncarse con un rasgo de nuestra cultura médica que considera al paciente un sujeto pasivo, sometido a lo que se decida hacer con él. Esto se refleja también en el 40% que no hace intervenir en la DMFV al interlocutor válido en ese caso de paciente incompetente.

El tema de los avances tecnológicos (punto h de los resultados) puede ser contestado desde una óptica que considere a los mismos como encarnizamiento terapéutico sobre el paciente terminal —se lo ha calificado como «ritual de profanación»¹²—, que impide una «muerte digna» u «ortotanasia» (ref. 10 p. 86), o como positiva por los aportes tecnológicos a los cuidados paliativos del paciente terminal, p. ej. en el tratamiento del dolor (desde la protocolización del mismo, hasta las bombas de infusión de narcóticos), que mejoran la calidad de vida de esos pacientes. El término «mejorado la atención» es deliberadamente ambiguo, y se entronca con la dificultad de evaluar lo que es calidad de vida en un paciente individual^{13,14}.

Conclusiones

Surge de la encuesta de un grupo representativo de médicos recibidos en los últimos 15 años, con formación generalista, intensivista y quirúrgica, que el Alivio de síntomas y la Eutanasia pasiva son Decisiones del final de la vida comunes en nuestro medio, en el contexto de educación pre y posgrado escasa o nula en los aspectos médicos y legales de las DMFV (incluyendo la actualización en el manejo de analgesia).

En los medios de comunicación masiva el tema no es de aparición frecuente, salvo cuando se informa sobre intentos de legalizar las prácticas en otros países, y en esos casos es de corta

duración y poco centimetrage o tiempo de exposición audiovisual.

Este panorama que combina la existencia del problema (DMFV de frecuencia considerable) con severo déficit formativo, informativo y legislativo, deja desprotegido al paciente y al médico, conlleva a conductas improvisadas sobre la marcha, con imposibilidad de manejarlas con apoyo interdisciplinario, como es posible en otros temas médicos en que la bioética está implicada (p. ej. fecundación asistida). Surge claramente entre los encuestados la necesidad de que la Medicina se ocupe de estos temas, y se legisle sobre los mismos, reconocimiento implícito del vacío normativo referido.

Creemos que la tarea que queda por delante es primariamente educativa y de recolección de información de la situación en nuestro país de las DMFV, antes de afrontar el necesario debate en que participen todos los sectores representativos de la sociedad, incluyendo los médicos, y en que se discutan y concorden los distintos aspectos del problema (leyes específicas sobre el tema, valor de los consentimientos firmados, establecimiento de interlocutores válidos del paciente imposibilitado, los derechos y límites de la autodeterminación del paciente, la protección de grupos socialmente marginados ante leyes generales, etc.).

Agradecimiento: Al Dr. Vicente Castiglia, por su valiosa colaboración en el análisis estadístico de los datos obtenidos.

Summary

A survey among Argentine physicians on medical decisions concerning the end of life in patients. Active and passive euthanasia, and relief of symptoms

Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life (MDEL) have been poorly developed in the Argentine medical literature. On that basis, and presuming that MDEL occur frequently in the medical practice in our country (in spite of insufficient pre and postgraduate medical education on the matter), we have developed a survey on MDEL. It was conformed by a 13 multiple-choice question poll, which was answered by 172 physicians from Buenos Aires, suburban locations and La Plata.

The questionnaire began with a professional profile and subsequently developed questions on medical, legal, ethical, religious and sociologic

aspects of MDEL. The questions were based on the main or more frequent topics referred to MDEL, according to the medical literature between 1989 and 1994, researched through Medline.

The poll was anonymous. Most of the questions could be answered based on the physician's attitudes toward MDEL; some required specific knowledge on the subject (as in the questions on legal matters). Three different MDEL were defined for this survey: Active Euthanasia, Passive Euthanasia and Relief of Symptoms.

Results showed that MDEL are frequent (69% of the physicians have performed Relief of Symptoms, 58% Passive Euthanasia, and 7% Active Euthanasia) and that the physician's knowledge on the subject is poor and sparse. We concluded that more research on MDEL is needed in Argentina in order to support changes in medical education and legal background.

Bibliografía

1. Fried TR, Stein MD, O'Sullivan PS, Brock DW, Novack DH. Limits of patient autonomy. Physician attitudes and practices regarding life-sustaining treatments and euthanasia. *Arch Intern Med* 1993; 153: 722-8.
2. Cohen JS, Fihn SD, Boyko EJ, Jonsen AR, Wood RW. Attitudes toward assisted suicide and euthanasia among physicians in Washington state. *N Engl J Med* 1994; 331: 89-94.
3. Van der Maas PJ, van Delden JJM, Pijnenborg L, Looman CWN. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *Lancet* 1991; 338: 670-4.
4. Constitución de la Nación Argentina: artículo 19. Buenos Aires: Editorial de Palma, 1971.
5. Singer PA. Euthanasia-A critique. *N Engl J Med* 1990; 322: 1881-3.
6. Pellegrino ED. Ethics. *JAMA* 1991; 265: 3118-9.
7. Finlay IG, Gilbert J, Randall F. Regulating physician-assisted death. *N Engl J Med* 1994; 331: 1657-8.
8. Block SD, Billings JA. Patient requests to hasten death; evaluation and management in terminal care. *Arch Intern Med* 1994; 154: 2039-47.
9. Fitzgerald FT. The tyranny of health. *N Engl J Med* 1994; 331: 196-8.
10. Niño LF. Eutanasia: morir con dignidad. Buenos Aires; Abeledo-Perrot, 1994; pp. 142-5.
11. Achával A. Eutanasia. En: Manual de Medicina Legal. Buenos Aires; Abeledo-Perrot, 1994; pp. 67-72.
12. Taylor R. Medicine out of control. The Anatomy of a malignant technology. Melbourne; Sun Books, 1979.
13. Aarson NK. Quality of life in cancer trials: a need for common rules and language. *Oncology* 1990; 70: 59-66.
14. Cella D. Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology* 1990; 69: 29-38.