**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**

**Monografía Licenciatura en Trabajo Social**

# Eutanasia y su impacto social. Una mirada desde el Trabajo social para la intervención y acompañamiento en la toma de decisiones en el final de la vida.

**Belén Martínez Cabrera**

Tutora: Teresa Dornell

Montevideo, Uruguay

2025

# Índice

Introducción…… 2
Justificación…… 3
Diseño de investigación…….. 5
Antecedentes…….…... 8
Correlato entre eutanasia y muerte……. 14
La sociedad ante la muerte……...…….. 15
Muerte social……..… 17
Modelos de muerte……...…... 19
Muerte digna como salida a la muerte…… 21
Bioética y respeto al paciente……. 22
Eutanasia y muerte digna…… 24
Eutanasia……. 26
Ley de voluntades anticipadas…… 28
Cuidados paliativos……. 30
Rol del trabajador social en el acompañamiento de las personas en esta etapa de su vida y de sus familiares.……..……...……. 36
Trabajo social interdisciplinario en la salud……...… 37
La familia como un pilar fundamental……...… 37
El duelo……... 38
Reflexiones finales……. 40
Referencias bibliográficas…….. 43
Fuentes documentales……. 44

## Introducción

El presente trabajo se propone abordar la temática de la eutanasia desde la perspectiva del trabajo social, en relación con el Proyecto de Ley “Eutanasia” presentado en Uruguay en el año 2022.

La eutanasia genera un amplio debate y controversias en la sociedad, no solo por sus implicaciones éticas y jurídicas, sino también por su carga emocional y social. En el contexto de Uruguay, el tema cobra especial relevancia debido a que actualmente la eutanasia es ilegal y la discusión sobre su despenalización sigue siendo un tema polémico, persisitiendo aún desafíos significativos en relación con el derecho a una muerte digna, la libertad y autonomía personal. El proyecto de ley presentado en el Parlamento enfrenta limitaciones tanto desde el ámbito jurídico como en la perspectiva de un enfoque integral que incluya una intervención interdisciplinaria.

Hasta ahora la Eutanasia es un tema que se ha abordado siempre desde disciplinas vinculadas a la salud. En dicho contexto, las ciencias sociales han estado más bien ausentes, en los últimos años han aparecido algunos estudios que abordan el tema ya sea de manera transversal o de manera marginal, pero aún se observa una carencia de nuestra disciplina en dicha temática y más concretamente referido al trabajo social. Es crucial que las ciencias sociales se involucren activamente en el debate, ofreciendo herramientas de análisis que permitan una comprensión más profunda de las implicancias sociales, emocionales y culturales de la eutanasia.

En este contexto, el presente trabajo se propone el objetivo de ampliar la discusión sobre la eutanasia como un derechos humano aún no reconocido. En el desarrollo del documento, se analizará la temática planteada, enfocándose específicamente en tres ejes: problematizar conceptualmente el derecho de libertad y dignidad humana que se aborda en el proyecto de ley, cuestionar el debate sobre el poder medico hegemónico en la eutanasia desde el trabajo social y finalmente indagar los aportes del trabajo social en relacion al acompañamiento de las personas en esta etapa de su vida.

## Justificación

La eutanasia y el concepto intrínseco de muerte que la acompaña constituyen un tema controversial y tabú socialmente. Se toma contacto con la muerte por el fallecimiento de otros, pero tomar conciencia de nuestra propia muerte resulta aún un tema que nos genera miedo y rechazo. Nos educan para no pensar en la muerte, transitamos el cotidiano con la muerte ausente como un proceso ajeno de nuestro ciclo vital, pero no olvidemos que somos seres sociales concebidos y construidos por otros y por más que la muerte sea un hecho individual su vivencia tiene un fuerte componente social y colectivo.

En Uruguay, actualmente la eutanasia es ilegal y desde el marco jurídico se encuentran muchas barreras para pensar en una futura regulación. El proyecto de ley presentado en el Parlamento busca despenalizar la actuación del médico que practique la eutanasia, eliminando la pena asociada a este procedimiento. Sin embargo, el enfoque del proyecto se centra exclusivamente en el ámbito médico, dejando de lado la intervención de otras disciplinas.

La ausencia en el proyecto de la contemplación y mención de un equipo interdisciplinario que permita un abordaje integral de las situaciones en las cuales el paciente[1] solicite el procedimiento, contemplando así a este último como a su entorno vincular, económico y cultural tal cómo las necesarias mediaciones entre pacientes, familia y profesionales de salud, terminan haciendo de este un proyecto unilateral que se reduce a un acto de despenalización sin el sustento de una estructura sólida y crítica, lo que supone un desafío significativo para su aprobación.

Por otro lado, las ciencias sociales han estado un poco ausentes en dicha problemática, como se expresa en el capítulo de antecedentes sobre la temática. Más aún llama la atención que actualmente en donde el tema adquiere una relevancia importante entrando en la arena pública produciendo un debate político y normativo no se haya abordado lo suficiente presentando carencias en la producción escrita.

[1] Esta categoría analítica se colocó con la intención de evidenciar cómo es vista la persona por el sistema de salud. En lugar de ver a una persona con múltiples dimensiones que la atraviesan y conforman, se la ve solamente en su aspecto de quien necesita atención médica, una enfermedad a tratar.

Se considera un tema donde las ciencias sociales pueden y deben aportar sus herramientas de análisis y comprensión contribuyendo un mayor debate y por ende ampliación de la discusión. El debate debe de enmarcarse en una promulgación de los derechos humanos, de autonomía y decisión individual, y si bien Uruguay ha avanzado en materia de derechos humanos (despenalización del aborto, matrimonio igualitario, ley integral para personas trans) aún resta camino por transitar y el derecho a una muerte digna, a tener derecho a elegir cómo y cuándo morir se lo considera fundamental.

Por lo tanto, es crucial ampliar la discusión y el debate con la ciudadanía, continuar aportando en el trabajo para que información llegue a la población, así como reivindicar las contribuciones que los movimientos sociales tienen a la hora de evidenciar luchas, derechos vulnerados e inequidades sociales.

La concepción de muerte ha ido variando históricamente por lo cual se puede y debe apuntar a un futuro en donde la concepción actual de muerte cambie para una enmarcada como un derecho humano reconocido y respetado por la sociedad.

La pregunta inicial que se presenta nos habilita a abrir puertas para un posible debate sobre el tema: ¿Qué es lo que nos lleva a interpelar el proyecto de ley de despenalización de la eutanasia?

Sin dejar de repensar el derecho de libertad y de dignidad humana: ¿No se está limitando la libertad inherente al ser humano?

La libertad de elegir cómo y cuándo morir. ¿Qué tiene para decir el trabajo social como profesión que aboga por la libertad, autonomía y dignidad de las personas?

Cómo **objetivo general** se pretende:
Analizar criticamente el proyecto de ley sobre eutanasia en Uruguay desde la mirada del trabajo social.

En cuanto a los objetivos en específico, se considera de interés abordar los siguientes:
1- Problematizar conceptualmente el derecho de libertad y dignidad humana que se

aborda en el proyecto de ley.
2- Cuestionar el debate sobre el poder medico hegemónico en la eutanasia desde el trabajo social.
3- Indagar los aportes del trabajo social en relación al acompañamiento de las personas en esta etapa de su vida.

Los mencionados objetivos se formulan en el entendido de que la población a la que está destinada esta ley enfrenta una etapa de su ciclo vital marcada por desafíos significativos. Esto tiene también alcance en sus redes de apoyo y requiere así analizar las implicaciones sociales y emocionales del duelo y la muerte, desde una mirada social. Además, es imprescindible cuestionar el poder hegemónico médico que sustenta el proyecto de ley, promoviendo una mirada más crítica e inclusiva.

## Diseño de investigación

Dado el objetivo de este estudio, que es analizar desde una perspectiva social el proyecto de ley sobre eutanasia en Uruguay, se ha optado por un analisis bibliografico en torno a la tematica.

Dada la temática abordada se considera pertinente abordar la investigación de conocimientos producidos en otras investigaciones del mundo académico. La ventaja de esta técnica de investigación radica en la experiencia acumulada por otros investigadores, con cada investigación que se lleva a cabo se refuerza el carácter acumulativo y temporal de las investigaciones sobre determinadas temáticas, en este caso la eutanasia. Lo cual nos permite situar nuestra investigación y sustentar teórica y conceptualmente a partir de lo que otros autores han escrito previamente sobre la temática.

Este proceso de producción y acumulación de conocimiento lleva implícito el carácter refutable de toda investigación, es decir que toda investigación implica que pueda ser sometida a revisión así como también sirvan de base para sucesivas investigaciones.

En los últimos años se ha presenciado un incremento en la producción académica, no comparable con décadas anteriores, este proceso responde a las necesidades

informativas de los usuarios. El análisis bibliográfico ofrece la facilidad de seleccionar las ideas relevantes de un documento, recuperarlas, difundirlas y ampliar la información en dicha área y por ende acortar la brecha entre las diversas y extensas fuentes de información y la limitada capacidad humana para abarcar la totalidad de los mismos.

Otra cualidad que nos ofrece el análisis bibliográfico es la capacidad de introducirnos a diversas esferas de conocimiento, volviéndose un área interdisciplinaria. Se vuelve necesario relacionar, imbricar elementos con otros y con ello realizar nuevas tramas de relaciones entre los mismos de los cuales a veces se pierde de óptica que responden y forman parte de otros procesos más generales que no se visualizan o también debido a que la técnica de estudio no permite visualizar y problematizar.

En cuanto a los criterios de saturación muestral se realizará un análisis bibliográfico de producciones realizadas en torno a la temática en las últimas décadas. También se va a disponer del uso de una planilla de palabras recurrentes la cual tendrá como fin ser una herramienta de organización y análisis para estructurar y entender mejor la información clave que se dispondrá en el trabajo monográfico. La misma no sólo va a permitir identificar temas recurrentes, sino que también analizará cómo estos conceptos se relacionan entre sí y qué implicaciones tienen para el objetivo de la monografía.

## Antecedentes

En lo vinculado a los antecedentes sobre el tema nos centramos en investigaciones realizadas por estudiantes de la UdelaR con el objetivo de indagar cuánto ha sido abordada dicha problemática por la academia, con lo cual se puedo constatar una escueta producción.

La mayoría de las realizaciones escritas además de estar asociadas a otras disciplinas como psicología, medicina no abordan específicamente la problemática de la eutanasia sino que se limitan a tratar mayormente el concepto de muerte y sus implicancias a nivel individual y social, centrándose principalmente en lo que respecta a la producción académica relacionado a lo social o con un enfoque social se pudo tener acceso a cuatro trabajos de monografía de grado los cuales se hará referencia en los próximos párrafos.

En otras palabras se remarca que la producción académica en torno a la eutanasia con un enfoque social y no médico es poca por lo cual se considera de suma importancia y necesario continuar aportando para tener una visión más abarcativa y profunda de la problemática.

1.- Un antecedente relevante y que refiere a investigaciones por parte de las ciencias sociales lo constituye el trabajo de monografía final de grado de Rivero Lara, M. (2020). La muerte en Uruguay. Análisis sobre las concepciones en torno a la muerte a partir del discurso sobre eutanasia. Licenciatura en sociología, UdelaR, Uruguay.

En su proyecto de investigación Rivero realiza una lectura muy interesante de las concepciones de muerte que conviven actualmente a nivel social, cultural, político y que las sociedades han ido experimentando, en donde tomando en consideración el proyecto de ley actual de eutanasia realiza dicha lectura a partir de este concepto. Plantea así el análisis de tres modelos de concebir la muerte que si bien tienen su correlato histórico esto no limita que se correlacionen al mismo tiempo, como bien lo demuestra a través del análisis de los relatos de los actores sociales y del área de la salud que entrevista.

En su trabajo, previo a realizar el análisis de los discursos de los entrevistados presenta los tres modelos de interpretar y analizar el fenómeno de la muerte, de forma breve se hará alusión a los mismos.

El modelo de muerte tradicional o  muerte domada se ubica a comienzos del siglo XIX. En este periodo de tiempo, rituales como el duelo y el luto se constituyen como la forma de exteriorizar la muerte con un fuerte abordaje familiar y comunitario. Siendo la religión la autoridad que mediante la idea de una vida posterior a la muerte y de la existencia de un más allá proporcionaba herramientas para atravesar el proceso de la muerte tanto propia como ajena.  De este modo las formas tanto individuales como sociales se veían atravesadas por el discurso religioso de la voluntad divina.

El segundo modelo se presenta como la muerte moderna o muerte invertida ubicada durante el siglo XX.  En donde el desarrollo tecnológico y su implementación en el ámbito médico llevaron a que la medicina se consolidara como autoridad en lo que refiere a la muerte y a procesos asociados con la enfermedad, desplazando así a la religión de ese lugar.

Se produce un distanciamiento físico con la muerte ya que esta pasa a estar controlada y resguardada en instituciones tales como los hospitales generando con esto una dificultad en la socialización de la misma y a su enfrentamiento, el cual ahora debe hacerse en el ámbito privado con la cercanía de los afectos y los familiares y en donde las expresiones públicas de duelo ya no son convenientes. Es en este modelo donde se comienza a asistir a un proceso creciente de individualización de la muerte, recayendo la responsabilidad de la misma en el individuo y sus decisiones.

Este proceso continúa y se ve con mayor intensidad en el tercer modelo de muerte, identificada como muerte neo moderna la misma comienza a gestarse durante el último tercio del siglo XX y en este modelo la concepción de muerte deja de estar bajo la órbita de la religión y medicina pasando a la del individuo, y a como este autodetermina y enfrenta el proceso.
Esta concepción responde a como se mencionó anteriormente al creciente individualismo de la época que lleva a que la muerte se la enfrente desde procesos más psicológicos y en donde comienzan a emerger con fuerza demandas sobre la

determinación del final de la propia vida. En este contexto cuestiones como la eutanasia se vuelven emergentes e importantes para la vida social.

2.- Entre las investigaciones realizadas en ciencias sociales se encuentra "Las sociedades y el fenómeno de la muerte humana: Montevideo ayer y hoy." por André, G. (1988). En el trabajo realiza un recorrido histórico por la concepción de muerte en Montevideo desde el siglo XVIII al siglo XIX, como dicha sociedad interpretó, trato y objetivo la muerte.

Se puede visualizar con este recorrido cómo la sociedad montevideana pasó de aceptar la muerte a en la actualidad a negar y ocultar la misma. En este proceso si bien el autor lo analiza en particular en la sociedad montevideana es de importancia mencionar que se ha dado en muchas sociedades modernas y que por otro lado tiene su correlato en los modos de producción y en sus respectivos cambios de modelo en donde la muerte adquiere determinados roles, significaciones y tratamientos.

3.- El trabajo "Debates en relación con el Proyecto de Ley para la despenalización de la Eutanasia y Suicido Médicamente Asistido en Uruguay." de Pévere,J. (2021) año 2021 constituye otra producción académica desde las ciencias sociales sobre el tema.

En el desarrollo del documento, se analiza la temática planteada enfocándola específicamente en tres ejes: el derecho a una muerte digna en las situaciones previstas por el proyecto de ley, la despenalización del profesional médico que practique la eutanasia o suicidio medicamente asistido, y la influencia de la acción colectiva en la posibilidad de concreción de tal proyecto de ley.

El trabajo busca analizar la eutanasia y suicidio medicamente asistido en la actualidad, la regulación que vincula al médico con la ilegalidad, en lo que concierne al tratamiento como delito, finalizando con aportes sobre el trabajo social como agente en la lucha social por el reconocimiento de un derecho humano.

4.- Otro trabajo de investigación que se considero pertinente traerlo para el análisis de antecedentes lo constituye "Eutanasia. Proyecto de Ley. Análisis del Proyecto de ley

sobre la eutanasia en el Uruguay y su proceso parlamentario hasta la fecha Julio de 2023" de Martino Vera, T. (2023).

En dicho trabajo se puede contemplar el proceso que el proyecto de ley ha tenido dentro del Parlamento desde su presentación, las modificaciones que se han realizado en el mismo a partir de los debates los cuales llevaron a que pasara de ser un proyecto que contemplaba la eutanasia y el suicidio medicamente asistido a un proyecto en el cual se contempla solamente la eutanasia.

Resulta interesante ver cómo la colaboración entre legisladores de diferentes sectores y partidos fue fundamental para avanzar con el proyecto de ley. Demuestra que es posible trascender las diferencias partidarias en aras del bienestar colectivo y del avance de iniciativas para el país.

Un proyecto en el cual las divisiones partidarias y los diferentes planteos se diluyen trayendo nuevamente lo que inicialmente se menciono de las modificaciones, resulta importante mencionar que el cambio en el proyecto de ley que paso de contemplar eutanasia y suicidio medicamente asistido a solamente eutanasia fue un aporte/ sugerencia proveniente de la coalición frenteamplista.

Hoy, la ley de eutanasia enfrenta demoras en la Comisión de Salud Pública del Senado existiendo la posibilidad de que la aprobación sea suspendida indefinidamente teniendo además presente que nos encontramos en año electoral y que de aprobarse el presidente la vete.

5.- "La Muerte Escondida. Evolución de la mentalidad occidental en la forma de vivir la muerte: una mirada al Uruguay (1800-2000)." de Llanes, M. (2008). En el trabajo se presenta un recorrido histórico de la evolución que han implicado las formas de vivir la muerte para luego pasar a ver dicho proceso histórico en Uruguay. Las formas de concebir, asumir y reaccionar ante la muerte son dinámicas y dependen del momento histórico, así como también de la clase social y de la cultura en la cual se desarrolla.
En relación con lo anteriormente mencionado nos trae que por ende las imágenes y representaciones de la muerte son de origen social a pesar de que es una experiencia individual. Por ende posibles de ser examinadas por las ciencias sociales y si bien estas

no pueden explicar que es la muerte, a lo que sí pueden apuntar es a las respuestas que surgen a partir de esta.

En las sociedades industrializadas la muerte ha desaparecido de la escena pública la iglesia le cede el terreno a la medicina, la muerte se ha restringido al sector médico y se ha ido vaciando de significaciones ejemplo de esto los constituyen por ejemplo los ritos que en torno a esta se desarrollaban.

6.- En el abordaje a la problemática por parte de la psicología se hará referencia a la producción escrita titulada "Aproximación al Duelo en el transcurso de enfermedades terminales: Como afecta a la familia" de Caballero, M. (2014).

En el presente trabajo se propuso como objetivo, hacer una revisión bibliográfica sobre los aspectos vinculados al duelo, la importancia de su conocimiento, sus manifestaciones y su impacto en las familias de los pacientes afectados por enfermedades terminales. Pacientes y familiares deben de realizar el duelo de la irreversibilidad de la situación, el duelo anticipado permite la aceptación gradual de la realidad y de la inevitabilidad de la pérdida así como brinda la posibilidad de terminar asuntos pendientes e inconclusos, expresar sentimientos y resolver conflictos pasados, del mismo modo que le brinda a ambas personas la posibilidad de trabajar los cambios profundos que conlleva la enfermedad y el desenlace final.

7.- Para finalizar con los antecedentes el documento titulado "Conocimientos y actitudes sobre eutanasia en docentes de Clínicas Médicas, Facultad de Medicina, UdelaR." del 2019, se puede visualizar son la descripción en el conocimiento, prácticas y actitudes frente a la eutanasia de los asistentes de la Cátedra de esa facultad.

Mediante una exposición que combina información escrita y gráficas, que permite tener una lectura más visual sobre cuál es el concepto que más manejan, las experiencias que tienen en solicitudes por parte de pacientes en cuanto a eutanasia y finalmente debatir las prácticas y o actitudes que realizarían frente a un paciente en relación a la eutanasia.
El presente trabajo ayuda a aproximarnos a comprender la apreciación de la necesidad de sensibilizar y formar a los docentes en la problemática teniendo en consideración la

cantidad de entrevistando que respondieron afirmativamente a la pregunta de si han enfrentados situaciones en donde el paciente solicite la eutanasia.

## Correlato entre eutanasia y muerte

Este apartado hace al marco teórico del presente trabajo monográfico en el cual para el progresivo abordaje de la temática se abordarán diferentes dimensiones de análisis como ser; la sociedad ante la muerte, muerte social, modelos de muerte, muerte digna como salida a la muerte, bioética y respeto al paciente, eutanasia y muerte digna, eutanasia, ley de voluntades anticipadas, cuidados paliativos, rol del trabajo social en el acompañamiento de pacientes en situación terminal y de sus familiares, trabajo social interdisciplinario en la salud, la familia y el duelo.

Es por lo anteriormente explicitado que daremos inicio analizando cómo desde los inicios de la humanidad el ser humano ha tenido que hacer frente a la finitud de la vida, a la conciencia de su propia muerte y de la muerte de otros. Hechos individuales y biológicos como el nacer y el morir se vuelven sociales y culturales cargados de significaciones y creencias.

Hablar de la muerte es un tabú, existe una resistencia a hablar y analizar este hecho inevitable y más cuando se hace referencia a la muerte elegida por uno mismo a planificar la muerte con anticipación. Este es el punto de partida y lo que motiva a indagar sobre este tema, problematizar, dialogar y reconocer el derecho a decidir y planificar nuestra propia muerte, considerando al mismo como un derecho inherente a la libertad del ser humano aún no enmarcado en nuestro país por un enfoque jurídico.

Es aceptado socialmente el planificar la vida, trazar metas y objetivos que alcanzar pero ¿qué pasa cuando se habla de planificar nuestra propia muerte? se opta por dejar esta responsabilidad en manos de terceros para que se ocupen, para que se ocupen de decidir.

Curiosamente es posible disponer en vida de planificar a quién se le va a dejar las propiedades y prendas pero en cambio no se puede planificar y disponer de lo único que nos pertenece por completo y se sabe que va a suceder, la muerte.

En definitiva, referirse a la muerte es referirse a un concepto polisémico, complejo y que reúne distintas concepciones ya sean de naturaleza biológica, cultural, religiosa,

social. Morir es un acto individual pero las actitudes y comportamientos que adquirimos frente a esta son sociales y culturales.

Antes de continuar con el desarrollo debemos de definir el concepto de muerte a la cual haremos referencia. Debido a que es un término muy complejo de definir y varía en las regiones, en el presente trabajo cuando se hace mención a la muerte se hace referencia a una definición de construcción occidental y a la muerte biológica, por la cual se entiende como el cese de las funciones de los órganos que conforman el cuerpo humano, es decir, la culminación de todas las funciones biológicas (respiratorias,cardiacas,y neurológicas) y por ende la descomposición del organismo.

## La sociedad ante la muerte

El único animal que tiene conciencia de su muerte es el ser humano pero aún hoy entrado ya el siglo XXI la muerte le sigue siendo algo extraño y misterioso, interpretaciones religiosas y mitológicas las usa para llenar ese vacío con posibles respuestas a lo desconocido. Respuestas a estas se pueden ver en el tratamiento que se le da al cadáver, los ritos funerarios y el duelo los cuales pueden variar en las culturas y adquirir diferentes significaciones pero el trasfondo de todos ellos es el mismo, el ocultar la muerte, transmutarlo, trascenderlo. De un hecho normal y familiar se ha pasado a un suceso raro e institucionalizado.

Vinculado a esto, actores sociales cobran relevancia en el gestión y manejo de la muerte, la cual no los exime de coincidir en el tiempo y complementar sus posicionamientos ante este hecho.

Retomando los aportes de de Miguel (1995) se puede ver cómo hasta el siglo XVIII la muerte era un ritual organizado por la propia persona que moría, con esto se deja ver el grado cercano de familiarización que se tenía con el suceso. El velatorio era una ceremonia pública con la participación de bastantes personas, entre ellas familiares, vecinos y en donde las niñeces formaban parte estando presentes alrededor de la cama del moribundo.

Uno de los principales y primeros actores sociales que se esgrime ante la muerte junto con la familia es la iglesia quien mediante su discurso de la vida después de la muerte y

de la voluntad divina ofrece respuestas y herramientas para afrontar tanto el proceso como el desenlace posterior. Es decir la muerte tanto para el individuo, como para su red de contención más cercana, así como para la sociedad en general.

Con el advenimiento de la modernidad el culto de la salud y el cuerpo dio lugar al arribo del poder médico como actor social principal. El saber médico es ahora quien da las respuestas al dramático hecho de la muerte, así como el principal actor que lucha por derrotar a la misma y prolonga la vida a niveles muchas veces cuestionables pero que por el momento no nos vamos a adentrar en este debate.

Continuando con lo planteado por el autor de Miguel (1995) en la actualidad la muerte se vuelve aún más un tema prohibido, un tema tabú. En el mundo posmoderno donde se intenta exaltar lo bello, feliz, la aventura de viajar, de estar permanentemente contento, la muerte es evitada, escondida Ya no se muere en casa rodeado por los seres queridos sino que en el hospital, aislado, entubado e inconsciente la mayoría de las veces.

Morir es un hecho que le sucede a las personas muy viejas, se suprime la idea de la muerte en edades tempranas o la muerte propia y cuando sucede suscita múltiples reacciones de indignación e impotencia. Pensar en la muerte se la cataloga como una experiencia mórbida representando algunas veces un síntoma de enfermedad mental.

La ceremonia que antes rodeaba al momento de morir y su posterior simbología en los cementerios con estatuas de mármol y placas en donde se inmortalizaba la importancia y cariño del difunto por sus seres queridos, pasa a ser escasa casi nula. En las últimas décadas una nueva forma de ocultar y negar la muerte lo constituyen los nuevos cementerios privados (a los cuales no toda la población puede acceder, ya que por su alto valor económico está destinado a sectores pudientes de la sociedad) grandes parcelas verdes, colmadas de árboles y plantas con un lago en el medio y sin ningún señalamiento de los lugares de enterramiento, con una estructura simbólica que evoca una suerte de volver a la naturaleza pos muerte, que tienen como objetivo que la muerte pase a ser discreta y no visible.

Las personas no saben muy bien qué hacer con los muertos/as, ni qué conducta seguir ante un fallecimiento, en un funeral, qué sentimientos tener o cómo expresarlos. No han

sido socializados/as, y han tenido pocas ocasiones para aprender. Por eso, la sociedad crea organizaciones (hospitales, industria funeraria, iglesias) que gestionan el proceso de morir y el tratamiento posterior del cadáver. de Miguel, 1995, p.113.

Sintetizando lo planteado se puede visualizar como la sociedad ha presentado cambios en cuanto a cómo se relacionan con la muerte. Como ya se hizo referencia, antes se convivia de forma más cercana con la muerte, siendo parte de la cotidianidad y en donde el sujeto era dueño de su propia muerte ejemplo de esto lo constituye el hecho de que era la persona quien planificará su velatorio con anterioridad y en donde se respetaba su voluntad de dónde morir, en la cual siempre predominaba el morir en su cama rodeado de sus afectos más cercanos.

En la actualidad en nuestra sociedad impera una notoria exclusión de la muerte, exclusión que se hace presente en los lugares a los cuales traslada a los ancianos, enfermos y al cadáver (CTI, residencial de ancianos, salas velatorias, cementerios) en una lógica de apartar del cotidiano se los envía a una suerte de periferia espacio/ temporal en la sociedad.

A esto se le suma la existencia de una especie de burocracia en torno a la muerte, en donde se despliegan un sin número de controles sociales mediante los cuales se despoja al sujeto así como a su familia del control de la muerte. En este proceso el saber médico ejerce un papel central, en donde desarrolla muchas veces una lucha sin fin por mantener con vida a la persona aún en contra de su voluntad, des responsabilizando al individuo y a la familia de un tema que en definitiva les pertenece.

## Muerte social

La muerte trae implicancias a  nivel individual como a nivel social en cuanto a la forma de abordar, responder y afrontar el proceso de morir.

Bajo el sistema de producción capitalista el individuo es valorado en relación a su desarrollo en la producción productiva, por lo cual la enfermedad y el envejecimiento lleva a un cese de su capacidad de producción y de consumo que trae consigo a una doble significación a nivel individual para la persona como para la sociedad.

En la sociedad moderna el aumento de la longevidad y el prolongamiento de la vida ha llevado a un cambio en cómo se transita la vejez y la muerte misma. Vivir más no lleva implícitamente vivir bien, con el advenimiento de la vejez en gran parte de dicha población aumentan las desigualdades, se acentúa la soledad, el sufrimiento y los costos económicos que implican la vejez y más cuando se trata de afrontar tratamientos a enfermedades predominando en dicha población no el miedo a la muerte misma sino a la invalidez, abandono, pérdida de dignidad y la capacidad de autonomía.

Es aquí donde aparece el concepto de muerte social, aquella muerte progresiva que van sufriendo las personas a medida que transcurre la vejez o enfermedades terminales, es así como la persona primero se enfrenta a una muerte social antes de que llegue la muerte biológica. La degeneración de vínculos sociales lleva a que los individuos busquen apropiarse de su propia muerte, en donde temas como la eutanasia y el suicidio se tornan en debate sobre la salida a este tema.

de Miguel (1995) hace referencia a la muerte social como un funeral anticipado, dando cuenta del proceso que sufren las personas con la declinación gradual de sus funciones biológicas y sociales en donde quedan marginalizados y aislados de la sociedad.

En línea con lo anteriormente expuesto resulta pertinente los aportes de Fernandez, M (2003) el cual plantea que en la sociedad actual bajo el modelo de consumo capitalista la muerte pasa a ser un acontecimiento que se lo vive desde el anonimato de los hospitales. Pero dicha hospitalización masiva trae consigo aspectos deshumanizadores siendo una de ellas la ruptura muchas veces de las relaciones personales entre el enfermo y la familia que trae consigo abandono, aislamiento y sentimiento de soledad.

La institucionalización hospitalaria conlleva una negación tan arraigada de la muerte que muchas veces con la idea de mantener y prolongar la vida se pierde de vista al individuo convirtiéndolo en un sujeto a observar, estudiar y una enfermedad a combatir. La lógica individualista del mundo capitalista se extiende hasta dichas circunstancias en donde el individuo debe de enfrentarse en soledad a temas tan relevantes como lo son los referidos a su salud y por consiguiente a la muerte.

## Modelos de muerte

Por otro lado, en lo referente a la muerte un aporte teórico relevante lo constituye la tipología planteada por Tony Walter retomada por Ricardo Jimenez (2012), en el cual se presenta las diferencia entre tres modelos de pensar y transitar la muerte en distintas etapas de la historia, la Muerte Tradicional, Muerte Moderna y Muerte Neo-moderna.

Muerte Tradicional

El modelo de muerte Tradicional se ubica hasta comienzos del siglo XIX, este contexto se hallaba mediatizado por una concepción religiosa sobre la naturaleza y esencia del mundo y donde la muerte era un suceso común. Las principales causas de muerte en esos años eran las enfermedades infecciosas con una alta tasa de mortalidad y el morir era un proceso rápido, doloroso y consciente. (Jimenez, 2012)

En dichas sociedades la muerte del individuo además de formar parte del mundo cotidiano, tenía un efecto disruptivo en el orden social de las comunidades, ya que primaba lo comunitario sobre lo particular, el morir afectaba a toda la comunidad alterando su estructura de roles. El duelo y la su manifestación cumplen la misión de reintegrar y unir a la comunidad, al igual que la iglesia como autoridad con su discurso de la vida posterior a la muerte y la voluntad divina servían para justificar tan doloroso suceso.

La buena muerte en este modelo estaba basado en la conciencia del individuo de su propia muertelo cual le brindaba la oportunidad de despedirse de la familia y allegados así como de recobrar o revisar su relación con dios.

Muerte Moderna.

Tipo de muerte dominante en las sociedades desarrolladas durante el siglo XX, este modelo de muerte es fruto de los cambios estructurales ligados al proceso de modernización de los dos últimos siglos y de su aplicación al ámbito médico-sanitario. (Jimenez, 2012).

Controladas las enfermedades infecciosas, la muerte es causada a edades avanzadas y se produce fundamentalmente en los hospitales por lo cual la misma permanece oculta a la vista y se procura no hablar de ella en otros espacios públicos. La salud individual

queda en manos de los propios individuos a los que corresponde reducir riesgos haciendo ejercicio, siguiendo una dieta equilibrada, no fumando, ni tomando bebidas alcohólicas, etc.

El mencionado proceso se asiste en una creciente secularización de la sociedad en donde los valores religiosos en la vida cotidiana pierden relevancia a la hora de ofrecer respuestas a sucesos como la muerte. Tampoco es conveniente exteriorizar demostraciones de duelo públicamente, el duelo se vive solitario al interior de la persona teniendo poco tiempo para recuperarse así como poco espacio público para mostrar su desconsuelo.

La ceremonia de despedida final que antes le correspondía al individuo y su familia ahora ha pasado a ser organizada en su totalidad por expertos. El proceso de medicalización de la muerte implica una alienación total de la persona moribunda, que vive de forma pasiva la última fase de su existencia vital insertada en las rutinas de las instituciones hospitalarias. Es por esto que desde mediados de la década de 1950 han aumentado las demandas sociales reivindicando un cambio en la forma en que se produce el proceso de morir en las instituciones hospitalarias, época en donde solicitudes sobre la regulación de eutanasio o sucidio médicamente asistido se vuelven recurrentes.

Muerte Neo-moderna

Por último, se plantea el modelo de Muerte Neo-moderna, propio del último tercio del siglo XX. En este, la concepción de la muerte ya no se encuentra circunscrita a la religión ni a la medicina, sino que se vincula al individuo. (Jimenez, 2012)

A diferencia del modelo de Muerte Moderna, en este modelo la muerte ya no se oculta, se vive con él morir y es importante la exteriorización de las emociones respecto a la muerte. Expertos como los psicólogos, grupos de autoayuda, libros se constituyen con una mayor demanda social, los cuales ofrecen herramientas para afrontar el proceso de la muerte así como su posterior desenlace. En definitiva la buena muerte en este caso se corresponde con una muerte que de forma consciente e indolora atravesada por un proceso profundamente psicológico.

## Muerte digna como una salida a la muerte

¿A qué nos referimos cuando mencionamos muerte digna? Comencemos primero haciendo referencia a que es la dignidad en el ser humano. Velazco Suarez (2021) nos dice al respecto que la dignidad es intrínseca e inherente de la persona es decir al ser humano, por lo cual al ser esencial no se puede perder ni variar, volviéndose así irrenunciable. De esta dignidad esencial derivan los demás derechos esenciales, los derechos humanos. Perteneciendo a toda persona con independencia de estado de salud, edad, sexo, nacionalidad, condición social, etc es decir independiente de factores externos.

Cuando se hace alusión a una muerte digna, morir sin dolor o sufrimiento se hace referencia a un derecho que está comprendido dentro del derecho a una vida digna. Y si lo llevamos al extremo de autonomía y por lo cual dicho trabajo académico vela, con muerte digna se pretende además de una muerte sin dolor y sufrimiento a un derecho a decidir cuándo y cómo morir. También se debe tener presente que además de la ausencia de dolor en el morir con dignidad también se debe de tener en cuenta otros factores humanos como lo son la presencia y acompañamiento humanitario tanto del personal sanitario como de los seres queridos en un ambiente amenos y amigable para el paciente.

Al respecto de este tema el Dr. Maisonnave, A. (2020) plantea que el derecho a disponer de la propia vida se ha ido consolidando en las sociedades modernas como una extensión y a la vez límite del principio de autonomía del paciente. En lo referente a nuestro país si bien se ha asistido a un desarrollo de los cuidados paliativos aún insuficientes y desigualmente distribuidos en el territorio, si se ha visto reafirmado el compromiso del médico en la provisión de un conjunto de medidas que permitan obtener una muerte digna, así como también la ciudadanía ha puesto sus inquietudes presentado o incentivado diversas iniciativas jurídicas referidas a la muerte asistida como lo es el proyecto de ley de utanasia en nuestro país.

Si bien históricamente los derechos humanos han permitido el avance en la conquista por parte del paciente de derechos al sistema de salud, esta exigibilidad debe de naturalmente comenzar por la persona que se considere vulnerada en el alcance de sus

derechos, siendo esta la manera posible de establecer que el acceso a una muerte digna la constituya un derecho humano inalienable.

## Bioética y respeto al paciente

Cuando se hace referencia a la bioética, se hace referencia a un concepto relativamente nuevo que surge en el contexto de los años setenta en Estados Unidos y en Uruguay se consolida alrededor de los años ochenta lo cual denota una llegada tardía en relación con su aparición en otros países.

El surgimiento de la misma se justifica en dos supuestos, uno de ellos hace referencia a la existencia de conflictos de interés y a la desigualdad de poder en la relación médico-paciente y la segunda debido a la utilización de nuevas tecnologías y a que la responsabilidad de toma de decisiones muchas veces implican preguntas que exceden el campo médico.

La misma viene a sustituir los modelos de atención paternalista hacia el paciente, los cuales centrados en el principio de la beneficencia, la absoluta y única responsabilidad era la del médico. Dando lugar con su surgimiento a una atención basada en la autonomía del paciente siendo este el único y último responsable en las decisiones de su vida y salud asumiendo decisiones en forma libre, plena e informada, salvo excepciones de situaciones de emergencia o de incapacidad. Suscitando con esto la necesidad de conceder más poder y control al paciente, teniendo este mayor responsabilidad en el proceso de toma de decisiones de los tratamientos referidos a su salud, independientemente de que su decisión por ejemplo de rechazar un tratamiento ponga en riesgo su propia vida. (Colegio Médico Uruguayo, 2021)

> La bioética es una reflexión crítica sobre los conflictos éticos que emergen de la vida y la salud humana […] La salud será entendida aquí ya no como la mera "ausencia de enfermedad" sino como el superador concepto de salud como "bienestar", de salud integral. Desde esta perspectiva, la salud se asume como cuestión pública, no ya como asunto privado reservado a la tarea individual de cada sujeto. (Vidal, 2010 citado en Colegio Médico Uruguayo, 2021)

Actitudes como el respeto al otro, tolerancia, escucha atenta, reconocimiento de que nadie en el proceso de atención a una persona puede atribuirse el derecho a monopolizar

la verdad y decisiones aceptando la posibilidad de cuestionar y debatir las convicciones desde otros posicionamientos son fundamentales. Valiéndose para esto de la escucha activa y recíproca entre profesionales con competencias interdisciplinarias y el paciente, lo cual resulta fundamental en los procesos de toma de decisiones referidos a la salud de este último.

En este proceso de toma de decisiones que implican resolver un conflicto lo más correctamente y acertadamente posible los Comités de Bioética Asistencial constituyen la herramienta elegida. Teniendo como referencia que una misma situación vista al mismo tiempo pero por distintas personas desde diferentes ángulos además de implicar una visión más abarcativa y panorámica permite ver la situación en detalle, lo mismo sucede cuando diferentes médicos y personal de la salud de distintas disciplinas opinan sobre un diagnóstico o tratamiento de un paciente. Es por esto que los Comités de Bioética están conformados por un equipo que integra médico, doctor en derecho, personal de enfermería, psicólogo, trabajador social y representantes de la sociedad y del paciente.

En lo referente a la relación entre bioética y dignidad del paciente, la misma ha implicado una mejoría en la garantías de los derechos de las personas. Determinando un cambio de posicionamiento de los profesionales de salud en la forma en cómo ven al paciente y a su familia. Retomando lo expuesto por el Dr. Morelli, D. (2020) los Comités de Bioética contribuyen en tres planos para el logro de la muerte digna de nuestros pacientes. En lo que refiere a su rol consultivo en donde en situaciones clínicas concretas recomiendan la mejor determinación en la adecuación del esfuerzo terapéutico, en enfocar el acompañamiento con cuidados paliativos de calidad y finalmente en lo que respecta al plano normativo, preocupándose por el cumplimiento de los principios éticos en el logro de la muerte digna.

Por último se considera importante subrayar la importancia que tienen los trabajadores sociales en la integración de los Comités, en los cuales si bien los médicos son los profesionales centrales, la comunicación con todos los profesionales que intervienen a lo largo del proceso de la enfermedad del paciente es un elemento central que permite dar un carácter potenciador a los procesos de toma de decisiones y a la calidad de la información. En donde los trabajadores sociales aportan una visión más amplia de la

persona que no es sólo una enfermedad, sino que es una persona y una persona inmersa en un entorno con vínculos.

## Eutanasia y muerte diga

En qué se relaciónan los conceptos de eutanasia y muerte digna?
Ambos conceptos están intrínsecamente relacionados. La idea que el ser humano tiene del "derecho a morir con dignidad" ha dominado el debate bioético contemporáneo. Para quienes aboga por la eutanasia como lo pretende el presente trabajo, la muerte digna implica el ejercicio de la autonomía de toda persona, es decir, la capacidad de decidir cuándo y cómo morir, independientemente de su sexo, nacionlidad, edad, condicion economica etc, especialmente cuando se enfrenta a un sufrimiento insoportable causada por una enfermedad terminal. En este sentido, la eutanasia podría ser vista como un derecho a disponer de la vida cuando la misma esta marcada por el dolor, la dependencia y la falta de esperanza.

En nuestra legislación la Ley N° 18.335 de Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud, se entiende por morir con dignidad: el derecho a morir en forma natural, en paz, sin dolor, evitando en todos los casos anticipar la muerte por cualquier medio utilizado con ese fin (eutanasia) o prolongar artificialmente la vida del paciente cuando no existan razonables expectativas de mejoría (futilidad terapéutica). (2008)

Como se puede ver hasta ahora la ley excluye a la eutanasia como un medio para lograr una muerte digna. Pero es justamente el concepto de dignidad humana junto con los de libertad y autonomía los conceptos que se esgrimen con fuerza a la hora de justificar un proyecto de ley que posibilite la práctica de la misma en nuestro país,  enmarcada dentro de una perspectiva de defensa de un derecho humano no reconocido que demanda del reconocimiento normativo y respeto por la autonomía y decisión individual. Se afirma, así, que nadie tendría derecho a imponer la obligación de seguir viviendo a una persona que, en razón de un sufrimiento extremo, ya no lo desea.

Si bien no se puede obviar como se ha mencionado anteriormente los avances en términos normativos en cuanto a la conquista de derechos por parte del paciente así como el cambio de actitud en el personal médico a la hora de ver al paciente que más

que una enfermedad a combatir es una persona con todo lo que el término implica (autonomía, libertad, con poder de toma de decisiones, con emociones, creencias y condicionantes culturales, económicos y sociales). Aún se reconoce la brecha que falta por conquistar en lo normativo así como el cambio de actitud por el personal de salud, ¿Qué pasa con el paciente una vez institucionalizado? Personalmente se considera una utopía que se ejecuten y respeten todas las normativas vigentes en cuanto a la atención del paciente, debido a qué razones? muchas, entre las cuales encontramos al persistente paternalismo médico, a la falta de información y difusión de los derechos del paciente.

El paternalismo médico ocurre cuando los médicos toman decisiones sobre la vida o la muerte de los pacientes basándose en la idea de que, debido a su conocimiento y experiencia, saben qué es lo mejor para el paciente, incluso si va en contra de la voluntad del mismo. Muchas veces se justifica dicha práctica como una protección para con el paciente ante posibles decisiones impulsivas, defendiendo la vida como un bien absoluto que debe ser preservado siempre que sea posible. Volviéndose este concepto crucial para entender las dinámicas de poder y control en la relación entre paciente y médico, particularmente cuando se trata de decisiones sobre la vida y la muerte, acrecentado el mismo cuando se trata de decisiones que impliquen pacientes vulnerables y toma de decisiones graves.

Por otro lado en lo referido al acceso a la información constituye un problema significativo en el sistema de salud que afecta tanto la atención médica efectiva, y su ausencia puede tener repercusiones graves en la salud de las personas, en su capacidad para tomar decisiones informadas y por ende en su bienestar general. Aún se asiste a una relación desigual entre paciente y médico en donde barreras cómo la ausencia de una comunicación asertiva impide la toma de decisiones correctas o informadas, a que nos referimos con comunicación asertiva? a una comunicación horizontal en donde ambas partes manejen un mismo lenguaje, en donde no se use un lenguaje excesivamente técnico que imposibilite por parte del paciente el entendimiento de su diagnóstico e indicaciones a seguir. Lo anteriormente explicitado se deja ver en el tan antiguo dicho “tenes letra de médico” cuando se hace referencia a una escritura que es ilegible.

En síntesis ambos conceptos abordan la manera en que una persona puede enfrentar el final de su vida en situaciones de sufrimiento extremo causadas por enfermedades

terminales, pero hablar de muerte digna puede incluir o no la eutanasia ya que el concepto de muerte digna es mas amplio que el de eutanasia auque ambos compartan el mismo objetivo en común de reducir el sufriemiento y permitir una muerte respetuosa. Se entiende a la eutanasia comó el medio más acertivo a la hora del paciente ejercer su derecho de autonomía y libertad en cuanto a comó y cuando morir, salteando las barreras anteriormente menionadas que aún imperan en el sistema de salud permitiendole tener una muerte digna.

## Eutanasia

Referirse a la eutanasia es referirse a un concepto complejo, polémico y controversial que involucra dilemas éticos, legales, religiosos, medicos y sociales.

El mismo no es un concepto nuevo, data desde los pueblos primitivos pero hasta la actualidad ha conservado su propósito inicial que es el evitar sufrimientos a los individuos a la hora de morir. Etimológicamente se remonta al griego estando compuesta por dos vocablos “Eu”, que significa “buen” y “Thanatos”, que significa “muerte”, y de cuya composición se puede deducir que se trató de representar el concepto de “buena muerte”.

En la actualidad la eutanasia se define en terminos generales como la práctica de inducir la muerte a un individuo que sufre de una enfermedad irreversible, con el fin de evitar un sufrimiento innecesario.

La Real Academia Española la define como una “intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura.” La Organización Mundial de la Salud, como “una acción deliberada que realiza una persona con la intención de provocar la muerte sin dolor, a otro sujeto, o no prevenir la muerte por causa natural, en caso de enfermedad terminal o coma irreversible.” Por su parte, el Artículo 3º del proyecto de ley presentado en 2022 en nuestro país se la denomina cómo, “procedimiento realizado por un médico o por su orden, tras seguir el procedimiento indicado en la presente ley, para provocar la muerte de la persona que se encuentra en las condiciones por ella previstas y así lo solicita reiteradamente en forma válida y fehaciente.”

Como se dejo explicito el concepto de eutanasia ha evolucionado historicamente coincidiendo en  la actualidad las diversas definiciones en que referirse a eutanasia es

referirse a una muerte tranquila y sin dolor acabando con el sufrimiento que podría padecer una persona como consecuencia de una enfermedad irreversible y en etapa terminal.

A su vez dependiendo de la forma en que se ejecute o según como se realice su aplicación, podríamos clasificarla desde diferentes puntos, por ejemplo según la voluntad de quien la solicita, voluntaria o involuntaria y según la acción, pasiva o activa.

La eutanasia voluntaria es aquella en el que está presente la voluntad del sujeto a someterse a su muerte y en la que este se encuentra en posibilidad de expresar su voluntad. Mientras que en el caso de la eutanasia involuntaria, el sujeto debido a su estado de salud (en coma) no podrá expresar su voluntad respecto a someterse a la eutanasia o no quedando en mano de sus familiares o vinculos más cercanos la descicion de solicitud de aplicación o no de la eutanasia.

Por otro lado, según la forma de aplicación la misma puede ser activa o pasiva. La eutanasia activa es aquella en la que se ejecuta un acto por parte de un profesional médico para que la muerte se produzca. Finalmente en cuanto a la eutanasia pasiva, en ésta no existe la intervención de alguien ni para acelerar la muerte ni atrasar la muerte y en donde tampoco se aplican tratamientos que prolonguen la vida de la persona.

En cuanto a la aceptación moral y ética de la utanasia se da, en la mayoría de los casos, para la denominada eutanasia pasiva y no así para la activa. Para el caso de Uruguay por ejemplo podemos ver cómo la eutanasia pasiva se ve representada en la Ley de Voluntades Anticipadas del año 2009, mediante la cual se le que permite al paciente expresar con anterioridad su voluntad de no recibir tratamientos si se encontrase en una situación de enfermedad crónica, irreversible y en edad avanzada.

En cuanto a la legislación particular sobre la eutanasia, la msima como ya se hizo alusion anteriormente en nuestro país es una practica ilegal y cuya la definición es equiparable a la del homicidio, asi se establece en el artículo 310 del Código Penal uruguayo "El que con intención de matar, diere muerte a alguna persona, será castigado con veinte meses de prisión a doce años de penitenciaría". Sin embargo, el Código Penal uruguayo también menciona una situación conocida como “homicidio piadoso” dentro de las "causas de impunidad". Abarcando una gran parte de las hipótesis

eutanásicas en las cuales se puede eximir de responsabilidad penal al autor. El artículo 37 establece lo siguiente, “los Jueces tienen la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio piadoso, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima”.

Para finalizar el apartado se considera de importancia exponer dos conceptos que han aparecido en el último tiempo para vincularse a situaciones también referidas al fin de la vida.

Se hace referencia a los conceptos de ortotanasia y distanasia. Con ortotanasia se hace alusión a una actuación adecuada de parte de quienes acompañan el proceso de muerte de una persona (médicos, enfermeros) mediante el empleo de técnicas y sustancias que contribuyan a que el proceso hacia la muerte sea lo más digno posible, no presuponiendo un adelantamiento de la misma. Por otro lado con la distanasia se hace referencia a un prolongamiento innecesario de la vida de la persona, como parte de un cierto encarnizamiento terapéutico que se define como la prolongación inútil de la vida con la pretensión de alejar todo lo posible el momento de la muerte, utilizando todos los medios técnicos al alcance aunque no existe esperanza de curación.

## Ley de voluntades anticipadas

En las últimas décadas las sociedades han tenido un impulso en la conquista de derechos y en esta línea el Estado ha pasado de tener un rol asistencialista ha tener un nuevo modelo con garantías y transparencia centradas en las personas. En lo referido al campo médico el sujeto ha adquirido centralidad en el proceso fomentando la toma de decisiones sobre procedimientos, intervenciones y tratamientos favoreciendo con esto a la ampliación de su dignidad y autonomía.

En Uruguay existe una reglamentación que se aproxima a dicha expresión de toma de decisiones en lo referido a la salud, la denominada: Ley de Voluntades Anticipadas n° 18473 promulgada en en el año 2009, reglamentada cuatro años después en 2013. La misma plantea la posibilidad de que toda persona mayor de edad y psíquicamente apta pueda ejercer el derecho de expresar de forma anticipada y consciente la detención de la aplicación de tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen la vida, en caso de encontrarse bajo una enfermedad irreversible e incurable.

En el artículo 1° la ley expresa: “Toda persona mayor de edad y psíquicamente apta, en forma voluntaria, consciente y libre, tiene derecho a oponerse a la aplicación de tratamientos y procedimientos médicos salvo que con ello afecte o pueda afectar la salud de terceros”.

Retomando los aportes de Borches (2021) la Ley de voluntades anticipadas tiene como objetivo dar un marco normativo a toda persona que decide establecer con anticipación los cuidados de su salud, especialmente al final de la vida ejerciendo su autonomía de manera anticipada ante la eventual pérdida de capacidad de decisión. Por lo cual el hecho de llevar a cabo un procedimiento por el cuerpo médico no dependerá de la capacidad de avalar dicha decisión en ese momento que ya sea por enfermedad, accidente o cualquier otra circunstancia le impida tomar decisiones de forma autónoma, regulando por anticipado su voluntad sobre los cuidados médicos.

En el inciso segundo del artículo 1º de la ley, expresa que “ tiene derecho de expresar anticipadamente su voluntad en el sentido de oponerse a la futura aplicación de tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen su vida en detrimento de la calidad de la misma, si se encontrare enferma de una patología terminal, incurable e irreversible”.

En lo referida las condicionalidades se expresa que la persona debe elegir un representante para que sea el responsable de dar cumplimiento a sus solicitudes, la cual debe de realizarse de manera escrita y con la firma de dos testigos ante un médico o escribano público. Una vez que se inicia el formulario el mismo debe de quedar inmediatamente agregado en la historia del paciente siendo los prestadores de salud los responsables de el mismo así como de velar por su cumpliento. Como todo consentimiento tiene la posibilidad de que sea revocado por parte del paciente ya sea de forma verbal o escrita. En caso de cuando se inicie la solicitud o se haya decidido la suspensión de un tratamiento, se deberá comunicar a la Comisión de Bioética de la institución y las instituciones después comunican todos los casos a la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la atención de la salud del Ministerio de Salud Pública.
Otro dato no menos relevante lo constituye que el médico tratante puede esgrimir objeción de conciencia al momento de aplicar la presente ley, en ese caso se debe derivar al paciente a otro profesional para que se garantice su adecuada atención.

En definitiva a modo de síntesis se puede alegar que  es una ley con una buena intención el dar un marco legal para consagrar el derecho de autonomía del paciente de manera anticipada brindando seguridad a todos los actores. Pero que aún resulta insuficiente para contemplar la voluntad de aquellas personas que en condiciones psíquicamente aptos, con una enfermedad irreversible e incurable deseen dar fin a su vida.

A su vez es de interés problematizar que si bien la ley es una avance en la conquista de derecho por parte de los pacientes sigue teniendo desafíos los cuales trabajar como lo son la educación y el acceso de la población a esta posibilidad. Muchos pacientes pueden desconocer sus derechos en cuanto a la toma de decisiones anticipadas, lo que subraya la necesidad de campañas de sensibilización y asesoramiento sobre los beneficios de tomar decisiones informadas.

Finalizado lo anteriormente expuesto resulta importante dejar en claro que la manifestación de voluntad anticipada no implica una oposición a recibir cuidados paliativos.

## Cuidados paliativos

Como ya se mencionó anteriormente en nuestro país en las últimas décadas se ha venido trabajando en reafirmar el compromiso del médico con la provisión de un conjunto de medidas que permitan obtener una muerte digna en el paciente. Los cuidados paliativos vienen justamente a proporcionar una respuesta óptima a dicho planteamiento.

Los cuidados paliativos son considerados un derecho humano, comprendido dentro del derecho a la salud y reconocido por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud desde 1990.  En este sentido La Organización Mundial de la Salud (2021) define a los cuidados paliativos como:

> (...) un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual. (OMS, 2021)

La presente definición se centra en el paciente e identifica la calidad de vida como su objetivo último. Con un enfoque centrado en mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades graves y avanzadas que impliquen ser potencialmente mortales, incluyen la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y sociales.

Mediante la atención integral brindada por equipos interdisciplinarios (médico, enfermero, psicólogo y trabajador social) se pretende que la autonomía y la dignidad guíen las decisiones terapéuticas por parte del personal de salud para con el paciente y su familia. Posibilitando con ello que el paciente transite hacia la muerte siendo consciente de la misma y sabiendo que va a suceder.

En Uruguay el 1 de agosto de 2023 el Senado aprobó la ley de cuidados paliativos (Ley N° 20179), el artículo 1 establece

> Declárase el derecho universal a recibir atención de cuidados paliativos a todas las personas que padecen enfermedades graves, progresivas y avanzadas, con escasa o nula respuesta a tratamientos específicos, que presentan múltiples síntomas severos, cambiantes en el tiempo que impactan en la autonomía y en la calidad de vida por la carga sintomática o psicológica, discapacidad o dependencia que generan, y limitan su pronóstico vital. (Ley N° 20179, 2023)

A pesar de los avances significativos que implicó la promulgación de la presente ley, aún existen en el campo de los cuidados paliativos varias áreas que aún presentan desafíos y que requieren atención para mejorar la calidad de los mismos.

Las mismas residen en el aún bajo porcentaje de uruguayos que reciben cuidados paliativos con los que poder lograr una mejor calidad de vida, la diferencia de cobertura en los distintos departamentos del país siendo en algunos muy baja o nula no respetándose con ello la universalidad de los mismos y viéndose centralizados los servicios en montevideo, por otro lado que los equipos formados no cuentan con todos los profesionales que necesitan (médico, enfermero, psicólogo y trabajador social). Y por último la escasa información a la sociedad sobre la prestación de cuidados paliativos

y lo que los mismos constituyen, lo cual se acopla a barreras de orden social y cultural imperantes en la población en cuanto a creencias en torno a la muerte y el proceso de morir.

| | |
|---|---|
| **Muerte** | No existen unos conceptos "muerte" y "morir" establecidos a priori y asentados en una única, hegemónica y abstracta cultura de la muerte, sino que cabe hablar de culturas –o, lógicas– de la muerte y el morir, socialmente construidas en relación a, o al margen de, los procesos de interacción inherentes y conexos a las prácticas profesionales y organizativas del continuo salud-enfermar-morir muerte-cadáver-duelo. (Jiménez, R. 2012).<br><br>Se entiende como muerte, al fin de la vida, interpretándolo como un fenómeno natural, indefectible resultado de haber vivido; por ello la vida y la muerte son un par inseparable. (Pévere, J. 2021) |
| **Muerte digna** | Para algunos el derecho a morir con dignidad implica el derecho a morir sin dolor, con acceso a los tratamientos modernos que permiten humanizar la muerte. Otros estiman que la dignidad está en devolverle al paciente su autonomía –respetándoles su condición de agente moral autónomo–, es decir, devolverle al paciente el derecho de decisión del que se apoderaron los médicos y familiares para decidir aspectos tales como: si desea rehusar un tratamiento que lo salvará, o una máquina que lo mantendrá artificialmente vivo. Para otros será el derecho a morir en paz con su Dios (así) y consigo mismo, lo cual implica el derecho de saber que está en proceso de muerte a corto plazo y por |

| | |
|---|---|
| | consiguiente de decidir si quiere hacerlo en el hospital, en medio de sus seres queridos, en fin, con el derecho de tomar todas las decisiones grandes y pequeñas pertinentes a su situación. Para otros, definir el concepto en estudio es imposible, y más bien dependerá del análisis del caso concreto (...)" ( Ramírez, R.)<br>Para algunos es sinónimo del derecho a disponer de la propia vida basados en el principio de autonomía, mientras que para otros se trata de la posibilidad de morir sin dolor, con serenidad, acompañado, dando gracias y reconciliados consigo mismo y con los demás.<br>En otras palabras, morir con dignidad es un acto humano que se asume de acuerdo a la visión metafísica y religiosa de cada uno. Entendido de esa manera, la responsabilidad del médico y otros profesionales de la salud será entonces favorecer estas condiciones y respetar los valores de pacientes y familiares. (Dr. Maisonnave, A. et all, 2018) |
| **Eutanasia** | Acción encaminada a producir la muerte de un paciente, es decir, que la produce en forma directa mediante una acción causa-efecto única e inmediata. Se realiza a petición expresa, reiterada en el tiempo, e informada de los pacientes en situación de capacidad. En un contexto de sufrimiento, debido a una enfermedad incurable que el paciente experimenta como inaceptable. Realizada por profesionales sanitarios que conocen a los pacientes. Eso es lo que correspondería a una eutanasia activa, directa, voluntaria. (Dr. Maisonnave, A. et all, 2018)<br>Intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura. (Real Academia Española)<br>Se denomina eutanasia al procedimiento realizado por un médico o por su orden, tras seguir el procedimiento |

| | |
|---|---|
| | indicado en la presente ley, para provocar la muerte de la persona que se encuentra en las condiciones por ella previstas y así lo solicita reiteradamente en forma válida y fehaciente. (Proyecto de ley Eutanasia 2022) |
| **Sedación paliativa:** | Consiste en la administración de fármacos a un paciente en situación de enfermedad terminal, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su conciencia todo lo que preciso, para aliviar adecuadamente uno o más síntomas que no han podido ser controlados (refractarios), contando para ello con su consentimiento informado y expreso o, si esto no es factible, con el de su familia.La sedación paliativa es una conducta terapéutica, que si se realiza conforme a lo señalado, no debería ser considerada de modo diferente a otra práctica médica. Está basada en el principio del «doble efecto» que establece que, cuando una determinada actuación tiene dos posibles efectos, uno positivo y otro negativo, si lo que se está buscando es el efecto positivo, pero como consecuencia de ello se produce, de manera no buscada, el negativo (depresión de la conciencia), la actuación es moralmente correcta. La sedación paliativa, cuando está indicada, es un derecho del paciente y un deber del médico. (Dr. Maisonnave, A. et all, 2018)<br>En 1990 la OMS definió cuidados paliativos como “el cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento. Tiene prioridad el control del dolor y de otros síntomas y problemas de orden psicológico, social y espiritual. El objetivo de los cuidados paliativos es proporcionar la mejor calidad de la vida para los pacientes y sus familiares” (Dra. María Jesús Puche)<br>La Organización Mundial de la Salud (2021) define a los |

| | |
|---|---|
| | cuidados paliativos como: Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual. (OMS, 2021) |
| **Voluntad anticipada** | Declaración de voluntad efectuada por una persona mayor de edad, competente y capaz, mediante la cual manifiesta anticipadamente su voluntad de dejar expresadas instrucciones relacionadas con la toma de decisiones vinculadas a su salud, en caso de padecer una enfermedad terminal irreversible u otro evento, para ser tenidas en cuenta en el momento que concurran circunstancias que no le permitan expresar personalmente su voluntad. (Aizemberg, M. et al, 2018)<br>El concepto de voluntad anticipada hace referencia a la posibilidad que tiene una persona de ejercer su autonomía decidiendo sobre algo antes de que suceda; y puede ser considerada como una modalidad particular del consentimiento informado. (Borches, D. 2021) |
| **Bioética** | La bioética es una reflexión crítica sobre los conflictos éticos que emergen de la vida y la salud humana […] La salud será entendida aquí ya no como la mera "ausencia de enfermedad" sino como el superador concepto de salud como "bienestar", de salud integral. Desde esta perspectiva, la salud se asume como cuestión pública, no ya como asunto privado reservado a la tarea individual de cada sujeto. (Vidal, 2010). |

## **Rol del trabajador social en el acompañamiento de las personas en esta etapa de su vida y de sus familiares.**

La relevancia e importancia del Trabajo Social en el área de la salud radica en que podemos actuar apuntando al mejoramiento de la calidad de los servicios y programas sociales, humanizando su acceso, a partir de la consideración de los usuarios como personas y sujetos de derechos y no como una enfermedad a curar e investigar. Sumado a esto, también encontramos la importancia de escuchar "la voz" de los sujetos propiciando su fortalecimiento de su condición como persona con el goce de derechos referidos a su salud los cuales deben de ser velados y cumplidos por todos los actores del sistema de salud.

Lo anteriormente explicitado mediante una forma de acción social, consciente y deliberada que supone un proceso que parte del conocimiento de problemáticas en las cuales se identifican sujetos, situaciones y circunstancias y en las cuales mediante la comprensión y representación de los hechos se conoce la subjetividad construida por el individuo.

En este sentido Bouquet (2023) en De Robertis, afirma la idea de que el ser humano y su entorno social están ligados, y no pueden progresar el uno sin el otro. El servicio social toma conocimiento de que no puede ayudar a la autonomía del sujeto sin trabajar en la transformación de sus condiciones materiales y sociales.

En línea con lo explicitado se considera correspondiente lo planteado por Claramunt, A. (2009), para la autora como profesionales tenemos la responsabilidad ética de reafirmar la capacidad humana de ser libres, de poder escoger conscientemente alternativas para disponer de una vida social digna, la defensa de los derechos humanos contra todo tipo de arbitrariedad y autoritarismo; y la defensa de la equidad y la justicia social, a partir de la universalización del acceso a bienes y servicios y sugestión democrática.

La dimensión socioeducativa en lo anteriormente mencionado es un componente central del accionar profesional que posibilita que los sujetos fortalezcan su capacidad de analizar su realidad, plantear alternativas de cambio y definir su direccionalidad, así como participar activamente en procesos de negociación con otros actores y de gestión de las soluciones o alternativas que se proponen. (Claramunt, A. 2009)

Así, el profesional de Trabajo Social tiene el rol en el ámbito de la salud que es aquel de proponer una mirada distinta en torno a la persona y su familia, ofrecer un apoyo integral tanto al primero como a los segundos y centrar su atención en los recursos, potencialidades y habilidades que estos poseen que es lo que les permitirá atravesar la situación, resolver problemas, y construir su propia calidad de vida.

## Trabajo Social interdisciplinario en la salud

Un Trabajo Social crítico que cuestione la realidad social necesita de un enfoque interdisciplinario, características también propias y fundamentales a la hora de la intervención en el área de salud. Para Claramunt, A. (2009), el Trabajo Social siempre se encuentra atravesado y determinado por el contexto macrosocial e institucional en el que se inscribe.

En una sociedad fragmentada en donde prima la visión individual sobre lo colectivo los espacios interdisciplinarios ofrecen la oportunidad de intervención horizontal. Históricamente el hospital no escapa de esta dinámica social, el hospital es una institución que fragmenta, divide y construye jerarquías por lo cual se considera sumamente relevante pregonar y continuar trabajando para que en el ámbito de la salud se de una relación interdisciplinaria en las disciplinas que intervienen con la persona y su entorno. Cada cual aporta desde sus conocimientos y sus visiones, se discute desde el mismo nivel con el otro es decir ninguna disciplina está por encima de otra y de dicha interacción emergen lo que se considera como mejores resultados que los provenientes desde una mirada unidireccional.

Para esto el trabajo en equipo se presenta como una posibilidad de construir algo diferente en la medida que pueda incorporar el concepto de diálogo por encima del de imposición, donde cada integrante no pierde su singularidad, sino que aporta desde ella desde una relación horizontal.

## La familia cómo un pilar fundamental

La familia constituye el principal ámbito de referencia afectiva y de pertenencia de todos los seres humanos. La misma no implica necesariamente vínculos consanguíneos sino que abarca a todos aquellas personas que son afectivamente significativas y que participan en la vida cotidiana. A la familia se la considera como una célula, un sistema

integrado en donde ante una alteración en su función o estructura cómo lo es la enfermedad de uno de sus integrantes repercute en todos los demás miembros. (Caballero, M. 2014)

El quiebre que implica la irrupción de una enfermedad crónica genera un punto de quiebre tanto para el individuo cómo para su familia, en donde se genera una pesada carga afectiva y emocional emergiendo y prevaleciendo sentimientos de angustia, ansiedad, culpa, desesperación, incredulidad, confusión, etc.

La familia es un pilar fundamental para afrontar una enfermedad terminal por lo cual la intervención del profesional de trabajo social con esta es necesaria y fundamental, permitiéndoles generar herramientas para afrontar efectivamente el proceso de la enfermedad y posterior fallecimiento de su familiar. El trabajador social asegura que los derechos de la persona cómo lo de su familia sean respetados, incluyendo su autonomía en la toma de decisiones, sus preferencias en cuanto al lugar de atención (casa o hospital), y la gestión de los cuidados de acuerdo con sus deseos; también puede intervenir para asegurar el acceso a recursos económicos.

## El duelo

El duelo es un proceso singular que cada familia atravesará de modo diferente. Se caracteriza por ser un proceso dinámico, una experiencia única fuertemente dolorosa y conmovedora. Según Caballero, M. (2014), el duelo normal es una respuesta normal ante una pérdida y que presenta determinados síntomas predecibles en su desarrollo. Que se inicia inmediatamente después del fallecimiento de un ser querido y que termina con la aceptación de la pérdida.

Para la elaboración del duelo se requiere tiempo y un proceso que puede tener un resultado positivo o negativo, en caso de ser positiva la elaboración adecuada del mismo puede dar lugar a un crecimiento y enriquecimiento psicosocial individual, mientras que una elaboración inadecuada puede llevar a problemas en el desarrollo personal a nivel psicosocial y biológico.

¿A qué nos referimos cuando decimos nivel Psico social? A factores como condiciones de vida precarias, aislamiento social, prácticas culturales que dificultan el duelo,

problemas sanitarios, y la forma de comunicar la pérdida, entre otros (Caballero, M. 2014)

Aunque la enfermedad terminal puede preparar emocionalmente a los familiares, la muerte coloca a los deudos en una situación de alta vulnerabilidad. Este proceso, al ser inevitablemente vivido, genera un dolor que no puede anticiparse plenamente, sólo se vivencia transitandola y no hay demasiadas anticipaciones para este dolor.

En el caso de las enfermedades terminales, su carácter progresivo e inevitable genera lo que Caballero (2014) llama "pre-duelo", un proceso que ocurre antes de la muerte. Durante el pre-duelo, tanto el enfermo como su familia experimentan la pérdida progresiva de la imagen de la persona en estado de salud. Pero a medida que avanza la enfermedad las pérdidas aumentan, como la vulnerabilidad del organismo, dolores físicos, amputaciones, discapacidades, y la pérdida de autonomía, entre otros. Estas transformaciones impactan también en los familiares, quienes deben elaborar estas pérdidas de manera simultánea.

Este proceso de duelo anticipado permite una aceptación gradual de la realidad y brinda oportunidades para terminar asuntos inconclusos, expresar sentimientos y resolver conflictos pasados.

Este enfoque permite que la familia acepte la pérdida de manera activa, atraviese los múltiples duelos que surgen y comience a reorganizarse. De este modo, la anticipación ayuda a la familia a adaptarse y prepararse para la pérdida inminente, promoviendo una elaboración más saludable del duelo. Aunque no disminuye el dolor, facilita la organización emocional frente al impacto de la muerte, brindando tiempo para estructurar mecanismos de elaboración del duelo.El principal objetivo de la atención al duelo anticipado es prevenir la aparición de un duelo complicado. Identificar estos factores de riesgo permite desarrollar estrategias de abordaje y contención para el grupo familiar. Esto no solo fortalece la elaboración del duelo, sino que también promueve el crecimiento personal y familiar antes de la pérdida definitiva.

## Reflexiones finales

Al plantear las conclusiones del presente trabajo, es fundamental recordar que el objetivo general fue analizar criticamente el proyecto de ley sobre eutanasia en Uruguay desde la mirada del trabajo social.

Hablar de eutanasia implica abordar un tema profundamente controvertido, ya que involucra temas medicos, legales, religiosos, culturales y sociales. Para entender por qué su posible regulación genera tanto debate y conmoción, es necesario considerar el concepto de muerte que lleva intrínseco. Desde los orígenes de la humanidad la muerte ha suscitado numerosas reacciones y formas de afrontarla, hablar de la muerte es abordar un concepto complejo que incluye no sólo su dimensión biológica, sino también la cultural, religiosa y social. Aunque el ser humano es el único animal consciente de su propia mortalidad, la muerte sigue siendo a pesar de los avances científicos y culturales, un tema misterioso y en muchos casos, ocultos.

Para esclarecer los discursos dominantes en torno a la muerte en la sociedad actual resultan pertinentes los aportes de Tony Walter retomados por Ricardo Jimenez (2012) en donde se identifica que en la actualidad coexisten dos discursos en torno a la muerte uno vinculado al poder médico y científico cercana al Modelo Moderno de Walter y por otro lado cercano al Modelo Neo-Moderno cuando se hace referencia a la muerte y se pone el foco en la extensión de los derechos de los pacientes y en la necesidad de respetar su autonomía y libertad. Siendo la eutanasia una herramienta para facilitar el acceso a dichas condiciones.

En la sociedad moderna, el aumento de la longevidad por ende el mayor envejecimiento de la población y las enfermedades terminales han generado nuevos retos, en donde temas como el derecho a disponer de la propia vida ha recobrado interés en la población. Vivir más no siempre implica vivir mejor, y muchas personas envejecen acompañados de dolor, soledad y vulnerabilidad**.** La vejez y las enfermedades terminales pueden llevar a lo que se denomina como la "muerte social", un proceso progresivo en el cual las personas pierden su autonomía, sus roles sociales, sus vínculos se degradan y esto acontece mucho antes de la muerte biológica.

En esta muerte social la institucionalización hospitalaria tiene una gran relevancia ya que la institucionalización médica lleva a que el paciente sea visto no como una persona

con derechos y deseos, sino como un objeto de intervención médica reducido a un sujeto desprovisto de su identidad y deseos. Sumado a esta lógica existe un abordaje individualizado de la muerte la cual debe de enfrentarse en profunda soledad y en consecuencia, la misma se vive como un problema de cada individuo el cual debe de resolver y enfrentar.

Uruguay ha avanzado significativamente en materia de derecho de los pacientes pero aún persiste un enfoque paternalista en el personal de la salud que lleva a la minimización de la capacidad de decisión de la persona, afectando negativamente su bienestar emocional y la calidad de vida en los últimos momentos. El proyecto de ley sobre eutanasia en Uruguay representa un avance hacia el reconocimiento de la autonomía y los derechos humanos de las personas al final de su vida, el derecho de cada ser humano a decidir y planificar su propia muerte, un derecho estrechamente vinculado con la libertad y la autonomía personal pero aún no reconocido legalmente en nuestro país.

En lo referente al trabajo social se considera al mismo una profesión fundamental para desarrollarse en el ámbito de la salud y màs aùn si lo pensamos enmarcado ante la posibilidad de aprobaciòn del proyecto de ley de eutanasia. El trabajo social aboga por una visión más humana de la muerte, en la que se reconozcan los derechos y la dignidad de las personas, y se les ofrezca la posibilidad de elegir el momento y las circunstancias de su muerte, siempre en un marco de respeto y acompañamiento. El trabajo social debe garantizar que las personas estén informadas y sean capaces de tomar decisiones libres y autónomas sobre su vida y su muerte, siempre en un contexto de apoyo integral y respetuoso. Es fundamental que los trabajadores sociales promuevan un enfoque más humanizado de la muerte, en el que se reconozca al paciente como un ser humano con derechos, emociones y dignidad, no solo como una enfermedad a combatir.

Los Comités de Bioètica ofrecen ámbitos claves en donde los trabajadores sociales actúan como mediadores entre los profesionales de la salud y las personas, asegurando que la autonomía y los deseos del mismo sean respetados. El trabajo social, al integrarse en estos comités, contribuye a un enfoque más integral y humano en la toma de decisiones relacionadas con el final de la vida.

En momentos de crisis, la intervención temprana del trabajo social es crucial. Ayudar a los involucrados a reflexionar sobre su situación y analizar los factores económicos, sociales y culturales que influyen en ella, permite que tomen decisiones informadas y viables para satisfacer sus necesidades. El trabajo social también juega un papel crucial en el acompañamiento durante el duelo anticipado, ayudando a la persona como a su entorno a adaptarse emocionalmente a la realidad de la enfermedad terminal y a planificar la muerte de acuerdo con sus deseos y valores, promoviendo una elaboración saludable del duelo, ayudando a la familia a superar el sufrimiento y facilitando el crecimiento psicosocial posterior.

Con la prohibición de la eutanasia se vulnera el derecho a una muerte digna, lo que implica una violación de la autonomía de los individuos. Este derecho debe ser promovido y protegido desde una perspectiva de derechos humanos, que es un pilar fundamental del trabajo social. De esta manera, el trabajo social contribuye a garantizar que la muerte digna no sea solo un concepto teórico, sino una realidad posible para todos, basada en la autonomía, el respeto y la libertad de decisión.

A modo de cierre, se considera que es fundamental el progresivo abordaje académico y la progresiva problematización del tema que proporcionarán herramientas para un necesario y urgente debate más profundo y completo.

## Referencias bibliográficas

Aller Maisonnave, et all. (2020). Principios éticos de la muerte digna. FEMI Comisión de Asesoramiento Bioético. Montevideo, Uruguay.

André, G. (1988). Las sociedades y el fenómeno de la muerte humana: Montevideo ayer y hoy. Tesis de grado. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Uruguay.

Borches Duhalde. (2021). Ley de Voluntad Anticipada en Uruguay: una intención loable con algunas inconsistencias. Artículo de opinión. Montevideo, Uruguay.

Caballero, M. (2014). Aproximación al Duelo en el transcurso de enfermedades terminales: Como afecta a la familia. Tesis de grado. Universidad de la República. Facultad de Psicología. Uruguay.

Claramunt, A. (2009) "El Trabajo Social y sus múltiples dimensiones: hacia la definición de una cartografía de la profesión en la actualidad". En revista Fronteras No. 5 del Departamento de Trabajo Social. FCS. UdelaR. Montevideo, Uruguay.

Colegio Médico del Uruguay (2021). Temas de Bioética. Montevideo, Uruguay.

de Miguel, J. (1995). El último deseo: para una Sociología de la muerte en España. Revista Española de Investigaciones Sociológicas.Universidad de Barcelona y University of California, San Diego.

Durán, M (2004). La calidad de muerte como componente de la calidad de vida. Revista Española de Investigaciones Sociológicas. N° 106. España.

Jiménez, R. (2012). ¿De la muerte (de)negada a la muerte reivindicada? Análisis de la muerte en la sociedad española actual : muerte sufrida, muerte vivida y discursos sobre la muerte. Tesis doctoral. Universidad de Valladoid. España

Laco, N. et al. (2019). Conocimientos y actitudes sobre eutanasia en docentes de Clínicas Médicas, Facultad de Medicina, UdelaR. Uruguay 2019.

Llanes, M. (2008). La Muerte Escondida. Evolución de la mentalidad occidental en la forma de vivir la muerte: una mirada al Uruguay (1800-2000). Tesis de grado. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Uruguay.

Martino Vera, T. (2023). EUTANASIA. PROYECTO DE LEY Análisis del Proyecto de ley sobre la eutanasia en el Uruguay y su proceso parlamentario hasta la fecha Julio de 2023. Informe de pasantía. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Uruguay.

Pévere, J. (2021). Debates en relación con el Proyecto de Ley para la despenalización de la Eutanasia y Suicido Médicamente Asistido en Uruguay. Tesis de grado. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Uruguay.

Rivero, M (2020). La muerte en Uruguay. Análisis sobre las concepciones en torno a la muerte a partir del discurso sobre eutanasia. Tesis de grado. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Uruguay.

**Fuentes documentales**

Ley 18.335/008 (2008). Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud. Montevideo: Poder Legislativo.

Ley N °18.473. (2009). Voluntad Anticipada. Montevideo: Poder Legislativo.

Ley Nº 20.179. (2023). Cuidados Paliativos. Montevideo. Poder Ejecutivo.

Proyecto de Ley Eutanasia (2022). Disponible en: http://www.diputados.gub.uy/data/docs/LegActual/Repartid/R0691.pdf