



Facultad de Derecho y Ciencias Políticas

La eutanasia como desafío legal en Argentina: análisis conceptual, comparativo y propuesta para una legislación futura

Alumno: Gioachini Taciano Eros

Tutor: Dr. Laman Carlos

Título a obtener: Abogado

Número Teléfono: 2227 41-5225

Correo Electrónico: tacianogioachini@gmail.com

Localización: José Bonifacio 103 (Caballito)

Fecha de entrega: 20/08/2025

(sin asunto) Recibidos



mí 12 mar
para lamancarlos ▾



Hola doctor Laman. Buen día, mi nombre es Taciano Gioachini alumno de UAI, un gusto.

Le mando porque le quería preguntar si ya te puede ser mi tutor de tesis por favor.

Saludos



mí 1 abr
para Marilina ▾



Buen día Marilina, le escribo para pedirle el cambio en la reserva de tema.tomqmls le decisión con el doctor laman de escribir sobre la ley de eutanasia en Argentina.

Saludos



Miceli, Marilina 1 abr
para mí ▾



Traducir al Español



Registrado. Atte



mí 1 abr
para Marilina ▾



Buen día Marilina, le escribo para pedirle el cambio en la reserva de tema.tomqmls le decisión con el doctor laman de escribir sobre la ley de eutanasia en Argentina.
Saludos



Miceli, Marilina 1 abr
para mí ▾



Traducir al Español



Registrado. Atte

Enviado desde [Outlook_para_Android](#)

From: taciano gioachini

<tacianogioachini@gmail.com>

Sent: Tuesday, April 1, 2025 8:18:05 AM

To: Miceli, Marilina

<Marilina.Miceli@UAI.edu.ar>

Subject: Cambio de tema

NOTA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Buenos Aires, 30 de julio 2025

Sra. Directora de la Carrera de Abogacía

Facultad de Derecho y Ciencias Políticas

Universidad Abierta Interamericana

Dra. Viviana Kluger

S _____ / _____ D

De mi mayor consideración:

Por la presente pongo en su conocimiento que, ante la solicitud del alumno GIOACHINI TACIANO EROS, DNI N° 43.304.144, acepto el compromiso de ser su TUTOR ACADÉMICO en el desarrollo del trabajo final titulado: *“La eutanasia como desafío legal en Argentina: análisis conceptual, comparativo y propuesta para una legislación futura”* para obtener el título de ABOGADO, hasta su presentación y evaluación.

Sin otro particular, saludo a Ud. Atte.

Firma y aclaración del tutor:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Carlos V. Lavan', written in a cursive style.

Resumen

El presente trabajo de investigación analiza la posibilidad de implementar la eutanasia en la legislación nacional en casos específicos relacionados a enfermedades terminales e incurables, o en lo que respecta a patologías crónicas, desde una perspectiva comparativa y jurídica.

En primer lugar, se brinda una aproximación conceptual del tema, luego se establecen los proyectos que se han presentado en el congreso de la nación. Por otra parte, se analiza la legislación comparada de aquellos países que ya la tienen aprobada en la suya como lo son: Países Bajos, Bélgica y España con la finalidad de orientarnos de sus bases que resultan ser de ayuda a la hora de aplicar de manera eficiente la eutanasia.

Además, se mencionan y estudia la ley de Alfonso (2021) y la ley de buena muerte (2022), las cuales se encuentran orientadas a garantizar el derecho a una muerte digna poniendo como prioridad la autonomía de la voluntad respecto a decidir sobre el destino de la propia vida, la cual está directamente vinculada con los derechos humanos y la protección de la dignidad humana por encima de la vida biológica.

En última instancia se proponen algunos requisitos y elementos claves para un futuro proyecto de ley en la republica argentina.

Palabras claves: Eutanasia, legislación, ley, proyecto, autonomía individual

Abstract

This research paper analyzes the possibility of implementing euthanasia in national legislation in specific cases related to terminal and incurable illnesses, or with regard to chronic pathologies, from a comparative and legal perspective.

First, a conceptual approach to the topic is provided, followed by an overview of the bills that have been presented in the national Congress. Furthermore, the comparative legislation of countries that have already approved euthanasia, such as the Netherlands, Belgium, and Spain, is analyzed to guide us through its foundations, which prove helpful in the efficient application of euthanasia.

In addition, the Alfonso Law (2021) and the Good Death Law (2022) are mentioned and studied. These are aimed at guaranteeing the right to a dignified death by prioritizing the autonomy of will regarding the fate of one's own life, which is directly linked to human rights and the protection of human dignity above biological life.

Ultimately, some key requirements and elements are proposed for a future bill in the Argentine Republic.

Keywords: Euthanasia, legislation, law, project, individual autonomy.

ÍNDICE

Introducción	8
Justificación del Tema.....	10
Planteamiento el problema:	10
Objetivos generales y específicos:.....	10
Hipótesis:	10
Marco Teórico	11
Capítulo 1: La eutanasia	11
A. Definición:	11
B. Requisitos:	12
C. Tipos de eutanasia:	13
Capítulo 2: La eutanasia en la legislación nacional argentina	15
Capítulo 3. Propuestas legislativas para la regulación de la eutanasia en Argentina	19
A. Proyecto N° 3828-D-2021 “Ley Alfonso”:.....	19
B. El Proyecto de Ley N° 1295-S-2022, también conocida como “Ley de Buena Muerte”:.....	21
Capítulo 4. Posturas a favor y en contra	25
Posturas a favor de legalizar la Eutanasia:	26
Posturas en contra de la legalización:.....	27
Capítulo 5: Derecho comparado	29
Países Bajos:.....	30
Bélgica:	32
España:	36
Capítulo 6: Lineamientos para un proyecto normativo en Argentina	39
Capítulo 7: Aplicación de los principios en un caso	42
Conclusión	44
BIBLIOGRAFÍA.....	46
ANEXO	50
Título: “LEY ALFONSO” (Derecho a la prestación de ayuda para morir dignamente).....	50
PROYECTO DE LEY DE BUENA MUERTE	60
CSJ 376/2013 (49-D) /CS1 D., M. A. s/ declaración de incapacidad	80

Introducción

En el presente trabajo se buscará conocer la eutanasia, su clasificación, en que consiste y, por último, demostrar porque es necesario que sea legalizada para ciertos casos, por ejemplo, donde se genere sufrimiento innecesario en un contexto de enfermedad incurable, o que presente un estado muy avanzado. En referencia a lo mencionado previamente, distintas legislaciones del mundo como lo son: Países Bajos, Bélgica y España, han legalizado la práctica eutanásica. Lo cual marcó un precedente para que el resto de las legislaciones de los distintos países comiencen mínimamente, a iniciar un debate al respecto.

Por ello es importante identificar cuando la realidad de la sociedad avanza las necesidades de estas van de la mano, y una de ellas es la que se plantea en este trabajo: ¿Está el ser humano en condiciones de discutir la autonomía de la voluntad respecto a cuando ponerle fin a su vida en nuestro país?

En relación a esto, la eutanasia como decisión deliberada de intervenir medicamente para ponerle fin a la vida dentro del contexto de enfermedad terminal, observada desde una concepción legal/positivista ha sido defendida bajo la figura de la autonomía individual del ser humano y de su derecho a tener una muerte digna, que se encuentra directamente relacionado con la libertad personal de decidir sobre el propio cuerpo, viene a ser núcleo central de esta práctica, que se presenta como un ejercicio destinado a respetar la autonomía del ser humano y no como una amenaza que incentiva al individuo a ponerle fin a su vida.

El debate sobre la legalización de la eutanasia es fija de un proceso que se viene dando hace años, atravesado por un fuerte espíritu de mayor libertad del individuo, respetando su autonomía y dignidad.

Primero promulgando la Ley 26.742 de Muerte Digna en 2012 y luego con la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en 2018.

Entre la legalización de la muerte digna, relacionada a rechazar tratamientos médicos, y la falta de respuesta normativa de la eutanasia se encontró un vacío legal que debe dar respuesta sobre todo, en aquellos casos en los cuales un individuo se encuentra padeciendo una enfermedad terminal, que afecta su derecho a vivir dignamente y desea concluir su sufrimiento por medio de esta práctica.

Al contrario de lo que se cree, legalizar esta práctica implica aumentar derechos y no obligar a morir a nadie.

Para autorizar su aplicación, esta debe ser otorgada bajo un determinado contexto, una situación incurable y bajo decisión deliberada de ambas partes (médico-paciente). Con ello se busca quitarle la potestad al estado de decidir sobre la vida de los individuos para que quede en manos de estos, tener determinación y autonomía ante situaciones extremas de sufrimiento. Así mismo no se trata de quitarle valor a la vida, sino de reconocer que existen situaciones que lo hacen insostenible y resulta ser una carga que termina haciendo sufrir más al ser humano.

La jurisprudencia internacional vinculada a los Derechos Humanos, más precisamente en las decisiones del Tribunal Europeo de estos, ha reconocido en varios casos que el respeto de la autonomía del paciente resalta respetar el derecho a la vida (artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos). Por ello, para la legislación argentina avanzar en esta área implicaría un avance en el área.

Avanzar hacia la legalización de la eutanasia implica avanzar hacia una mayor efectividad de la normativa penal Argentina, dado que tendría herramientas para distinguir un caso donde la afectación de un bien jurídico sea claro y tangible, y no cuando sea bajo una decisión privada del individuo en un contexto de enfermedad terminal, cuya relación sea también médico-paciente. Y es que sería brindar una respuesta a la seguridad jurídica de los profesionales de la salud cuando se vean atrapados entre la voluntad de sus pacientes y lo que la ley permite.

Cubrir el vacío legal existente implicaría reconocer la autonomía individual del ser humano y su derecho a decidir libremente sobre su vida, y un notable avance en materia de Derechos Humanos. Porque el paciente tendría la potestad de evitar por medio de un proceso médico seguro y legal el sufrimiento y agonía innecesaria.

Justificación del Tema

Planteamiento el problema:

La muerte digna en Argentina está reconocida legalmente por medio de la sanción de la ley 26.529 vinculada a los derechos del paciente, la misma le otorga a este la posibilidad de rechazar todo tipo de tratamiento médico. Sin embargo, el problema radica en otro aspecto, y este es la falta de un régimen legal que brinde respuestas a un vacío entre: el paciente que rechaza tratamientos médicos y por ende padece una agonía terminal que afecta su dignidad y su voluntad de terminar con su vida, y por el otro, los profesionales médicos que, ante tal situación no cuentan con los medios y el conocimiento para asistirlos, y esto se debe a que no existe un régimen legal que los ampare y brinde garantías seguras frente a la ley.

Objetivos generales y específicos:

Los objetivos generales están destinados a analizar la posible aplicación de la eutanasia en nuestro país, para promover un marco normativo que garantice el derecho a la muerte digna.

Por otro lado, los objetivos específicos estarán destinados a estudiar los proyectos de ley presentados en nuestro país, y se analizara las leyes de otros estados (derecho comparado) para determinar su viabilidad.

Hipótesis:

La legalización de la eutanasia en la república argentina, de manera estrictamente regulada bajo determinados requisitos, podría ser jurídicamente viable para pacientes que atraviesan una enfermedad incurable que les cause un sufrimiento sostenido en el tiempo.

Su incorporación podría ayudar a las personas a tener una muerte digna respetando la autonomía personal en línea con los derechos humanos.

Marco Teórico

Capítulo 1: La eutanasia

A. Definición:

La palabra eutanasia significa “buena muerte” y se entiende por ella, la decisión de ponerle fin a la vida de un individuo de forma deliberada, por su expresa voluntad con la finalidad de evitarle sufrimiento persistente a nivel físico y psicológico.

Según la Real Academia Española, la eutanasia es un hecho en la cual se acelera la muerte de una persona con una enfermedad terminal o incurable, ya sea aplicando procedimientos médicos apropiados o renunciando a ellos para provocar el deceso, con el fin de terminar con todo dolor que está conlleva. (Real Academia Española, 2019).

Bajo la concepción que elabora el Grupo Eutanasia, este acto consiste en un proceso médico donde lo que se busca es ponerle fin a la vida de un paciente que padece una condición de salud irreversible, la cual genera un sufrimiento profundo y persistente, tanto así que se torna intolerable en el tiempo (Grupo Eutanasia, 2021). Dicho esto, para el grupo eutanasia la forma de que se pueda llevar a cabo la acción debe ser a partir de una serie de requisitos, en donde sin estos no puede producirse, puesto a que su función es ponerle fin a la agonía y el dolor.

Para esto es un requisito fundamental que el paciente al momento de solicitar la eutanasia lo haga de manera clara, consciente y deliberada con su médico, de esta forma es posible comprobar que el paciente no está siendo forzado a tomar una decisión en contra de su voluntad, sino que lo manifiesta de forma plena en línea con su autonomía de voluntad.

Por otro parte, el jurista especializado en la rama del derecho penal Claus Roxin también ha elaborado una definición de lo que significa la eutanasia según su visión. Según él, la eutanasia implica ayudar a un ser humano que se encuentra enfermo de gravedad, por pedido o consentimiento de este último, a tener una muerte digna acorde a sus expectativas (Roxin, 2000). Para Roxin, la muerte digna se ve representada en evitar que el paciente continúe sufriendo de manera innecesaria y prolongada en el tiempo, en donde la enfermedad se encuentre en un estado irreversible. Además, debe ser una decisión deliberada entre médico-

paciente, donde este último exprese de manera clara y bajo total autonomía su decisión de proceder a someterse a un procedimiento para ponerle fin a su vida.

Es por ello que en relación con lo escrito, queda descartada la teoría de que la eutanasia implica legalizar el suicidio libre sin impedimentos ya que su autorización debe ajustarse al contexto explicado y frente a un estado de salud irreversible de la persona en el cual ya no exista más remedio que esperar la muerte del ser humano.

Según el doctrinario Tomas Agustín Céspedes también debe darse en un contexto de enfermedad terminal, en cuyo caso no quede más remedio que atravesar la agonía hasta que la muerte suceda. Por tal motivo, considera la eutanasia una práctica mediante la cual se interrumpa la agonía del paciente produciendo su cese. (Céspedes, 2020).

B. Requisitos:

Tomando como referencia el libro “Voluntary Euthanasia” (Young, 1996, revisado en 2022), y siguiendo la postura en desarrollo, la eutanasia debe reunir ciertos supuestos para llevar a cabo su aplicación:

- Enfermedad terminal o padecimiento insoportable
- Competencia mental
- Solicitud voluntaria y persistente
- Información adecuada
- Incapacidad para poner fin a su propia vida.

Sin embargo, bajo la legislación penal Argentina las enumeraciones descriptas se consideran ilegales. En el caso del primer punto el código penal no hace excepción al caso, por ello, si un profesional de la salud le causa la muerte a un paciente, aun padeciendo un sufrimiento insoportable y prolongado en el tiempo, le cabría el artículo 79 del Código Penal que menciona lo siguiente: “Se aplicara reclusión o prisión de ocho a veinticinco años, al que matare a otro siempre que en este código no se estableciere otra pena.” (Ministerio de justicia de la nación, s.f.).

En cuanto al segundo punto, el paciente que solicite la aplicación de la eutanasia debe estar bajo plena lucidez de sus facultades mentales. Y es que así lo sostiene el código civil en sus artículos 22 y 23. Por otro lado, la Ley 26.529 de los Derechos del paciente reconoce únicamente la capacidad para rechazar tratamientos médicos, sin embargo hasta el momento

no existe una respuesta legal para quienes soliciten la eutanasia, porque la legislación penal no la contempla como un ejercicio de la autonomía de la voluntad expresada por el paciente, más bien, la concibe como un delito contra la vida.

C. Tipos de eutanasia:

La práctica eutanásica se la puede clasificar de diversas maneras, según su proceder y accionar tenemos las siguientes:

Eutanasia directa activa: Tiene lugar cuando el paciente solicita libremente, informado y consciente que se le administre una sustancia, o que se lo someta a un procedimiento médico, para acelerar su muerte y de esa forma ponerle fin a un sufrimiento físico o psicológico, es importante aclarar que este tipo de eutanasia tiene como núcleo central la autonomía de la voluntad y el derecho a decidir sobre el propio cuerpo.

En referencia a esto podemos resaltar que países como Bélgica y España tienen legalizada este tipo de práctica médica, en cambio este tipo de prácticas no están autorizadas por el cuerpo normativo argentino dado que el código penal no hace ninguna excepción al caso, así como tampoco hay una ley vigente que autorice su aplicación. Es por ello que su accionar está tipificada dentro del artículo 79 del código penal argentino como homicidio simple.

El debate doctrinario al respecto es cada vez mayor, el jurista López Herrera sostiene que su tipificación se contradice con la autonomía personal del hombre, así como también genera un estado de inseguridad jurídica para los profesionales del sistema de salud.

Eutanasia directa pasiva: Este tipo de procedimiento consiste en abandonar un procedimiento médico, o de alimentar por vía asistida a un paciente, buscando que de esta manera se aproxime al paciente a una muerte por omisión.

La eutanasia pasiva abarca dos caminos, por un lado, la abstención terapéutica, y por el otro la suspensión. En la abstención el individuo no se somete a tratamiento médico desde un principio, y en el caso de la suspensión, se aplica cuando el tratamiento ya está en curso. (quimica.es, s.f.).

Eutanasia indirecta: También conocida como sedación paliativa terminal con posible acortamiento de la vida, consiste en utilizar medicamentos con efectos colaterales en el paciente que deriven en la muerte, un ejemplo puede ser el caso de inyectar morfina en exceso en un paciente con cáncer terminal.

Dentro del código penal argentino, no se encuadra dentro de los delitos contra la vida, como ser el artículo 79 o 83, en los casos en que se compruebe que no haya dolo con intención de matar. Sino por el contrario, un fin paliativo.

Para el jurista Di Bello, no debe ser considerado un delito la administración de fármacos, cuando sea con fines paliativos, aunque esté presente el peligro de muerte porque éticamente está justificado (Di Bello, Eutanasia y derecho: Un debate pendiente en Argentina., 2022).

Eugenio Zaffaroni, reconocido jurista argentino, sostiene que el derecho penal no debe penalizar aquellas acciones que estén estrechamente vinculadas a los principios médicos y además, que no afectan bienes jurídicos de terceras personas (Zaffaroni, La palabra de los muertos: Conferencias y ensayos sobre derecho penal y derechos humanos., 2016).

Eutanasia Voluntaria: Este tipo de eutanasia implica que el paciente manifiesta su consentimiento libre, deliberado e informado de someterse a un procedimiento médico para que un tercero, generalmente profesional de la salud, le ponga fin a su vida en un contexto de padecimiento terminal irreversible.

Por consiguiente, para la legislación argentina, aún cuando el paciente manifieste su consentimiento, esta acción se encuentra tipificada dentro de los delitos contra la vida, artículo 79 del código penal de la nación, debido a que el consentimiento dado por el paciente no se encuentra amparado por la normativa nacional. Por ello autores como Eugenio Zaffaroni sostienen que no debería ignorarse el consentimiento en la eutanasia, que merece ser reconocido porque es una clara muestra de autodeterminación (Zaffaroni, 2016, pág. 139).

Eutanasia Involuntaria: Como dice su nombre, se produce sin el consentimiento del paciente porque no se le consulta o porque se acciona en contra de su expresa voluntad, desde el punto de vista penal, este tipo de practicas es considerada antijurídica y punible debido a que viola la autonomía de la persona y los derechos humanos por lo que es inaceptable debatir su legalidad. Trayendo nuevamente al jurista Di Bello el mismo sostiene que la eutanasia involuntaria es una forma de violencia institucional por lo que debe ser sancionada penalmente (Di Bello, Eutanasia y derecho: Un debate pendiente en Argentina, 2022).

Visto desde el código penal argentino, este tipo de eutanasia tiene muchas características similares con el homicidio doloso, trayendo nuevamente al jurista Zaffaroni, el mismo afirma que la vida es un bien indispensable, por lo tanto, solo el titular de ella puede decidir.

Cualquier intervención sin consentimiento del estado o de un profesional configura una forma de autoritarismo médico (Zaffaroni, La palabra de los muertos: Conferencias y ensayos sobre derecho penal y derechos humanos., 2016).

Capítulo 2: La eutanasia en la legislación nacional argentina

En la normativa argentina no está reconocida como acto medicinal de escape para aquellas personas que se encuentran atravesando un cuadro de enfermedad terminal incurable. Sin embargo, si se encuentra legislada la decisión de rechazar todo tipo de tratamiento médico, primero bajo la ley de derechos del paciente numero 26.529 sancionada en 2009, y posteriormente modificada por la ley 26.742 sancionada en 2012 de muerte digna donde se les permite a aquellos pacientes que se encuentren atravesando enfermedades terminales rechazar intervenciones médicas.

De este modo ambas leyes representan un tipo de eutanasia pasiva al tener la autonomía personal de decidir sobre su propio cuerpo, aunque ello lo lleve a una muerte anticipada. Por ello, se crea un vacío legal debido a que de un lado la ley protege al personal médico para dejar morir, es decir, darle la última palabra al enfermo de aceptar-rechazar o abandonar un tratamiento médico, pero en simultáneo penaliza la asistencia para ayudar a morir, aún cuando se obtenga el libre consentimiento, informado y deliberado del enfermo. Por lo que la falta de reconocimiento legal de la eutanasia como acto médico con el único motivo de ponerle fin a la vida de un paciente, que se encuentra atravesando una enfermedad terminal en el cual cuyo sufrimiento prolongado y continuado se vuelve indigno para el paciente enfermo, crea un gran mar de vacío legal que debe ser llenado cuanto antes.

Puesto a que dentro del código penal argentino, la eutanasia no encuentra excepciones para admitir su accionar, así se tratara de un paciente con un padecimiento terminal irreversible. Teniendo en cuenta que el código penal establece reclusión o prisión al que matare a otro.

De este modo la eutanasia activa se encuentra penalizada, aún cuando el paciente haya expresado su consentimiento, bajo la figura del homicidio simple sin excepciones para aquellos casos de enfermedad terminal, siendo esto producto de la interpretación literal de la norma que rige el principio de legalidad.

De acuerdo a esto el artículo 83 sanciona el suicidio asistido con prisión de uno a cuatro años a quien instigare a que otro se suicide, o bien, a quien ayudare a cometerlo, por ende al igual

que en el caso anterior, incluso cuando el paciente manifieste deseo, este artículo está dirigido al personal de salud que facilite los medios para que el paciente cometa el acto.

En virtud con lo dispuesto por los artículos previamente mencionados, Zaffaroni expresa que la visión del código penal sobre la eutanasia es punitivista debido a que no reconoce la autonomía de la voluntad del paciente y la normativa penal continúa concibiendo una visión tradicionalista al priorizar la vida humana por sobre la calidad de esta (Zaffaroni, Derecho penal. Parte general(2. ed.), 2011).

En cuanto a la ley 26.529, que abarca los derechos del paciente, reconoce los derechos de este al establecer los supuestos y los fundamentos en su vinculación con el sistema de salud.

En consiguiente, el artículo 2 inciso g, de esta ley le otorga autonomía al paciente a decidir sobre cuestiones vinculadas a lesiones y enfermedades que lo coloquen en un estado de enfermedad irreversible e incurable, a rechazar procedimientos médicos que alarguen el sufrimiento indigno y procedimientos de reanimación artificial cuando sea desproporcionado.

El artículo 6 modifica el artículo 11 de la ley 26.529 al autorizar al paciente mayor de edad y capaz a disponer sobre su salud, teniendo la libertad de aceptar o rechazar tratamientos médicos, preventivos o paliativos vinculadas a su salud. Ante esta situación el médico deberá aceptar la decisión que tome el paciente, con excepción de aquellas que impliquen ejecutar prácticas de carácter eutanásico. Esta ley también garantiza:

- El derecho a ser tratado con dignidad y respeto sin importar sus creencias, condición económica, raza y sexo.
- El derecho de acceder a la información sobre su salud y sus posibles tratamientos a futuro.
- El derecho a participar de las decisiones sobre su tratamiento, ello incluye aceptar o rechazar tratamientos.

Las modificaciones empleadas en esta ley no despenalizan la eutanasia ni el suicidio asistido, por el contrario, ofrecen herramientas a los profesionales de la salud para que los pacientes bajo enfermedad grave tengan reconocimiento legal de la dignidad humana colocándola por encima de la vida biológica (Di Bello, Eutanasia y derecho: Un debate pendiente en Argentina., 2022).

Por otro lado, los profesionales de la salud tienen la obligación de cumplir y garantizar el acceso a los derechos descriptos previamente.

En base a esta ley y los tipos de eutanasia descriptos en el capítulo anterior, se concibe un tipo de eutanasia pasiva, priorizando el derecho a la autodeterminación de este, debiendo ser ejercido de forma libre, voluntaria e informada. Sin estos tres elementos la autonomía de la voluntad se encuentra viciada.

Por ello la facultad de rechazar tratamientos médicos debe constituir una manifestación consciente y legítima, ajustada al artículo 19 de la constitución nacional, el cual reconoce la voluntad del individuo de decidir dentro de su esfera privada siempre y cuando no perjudique el orden público o derechos de terceros, y en línea con los tratados internacionales de jerarquía constitucional por la reforma del año 1994, como ser el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Además es una realidad que la normativa argentina no da soluciones concretas respecto a la figura de la eutanasia, de manera que está atraviesa vacíos legales que, con una sanción regulada para determinadas patologías terminales, podría ser de utilidad para aquellos individuos que desean pasar sus últimos días sin sufrir de manera indigna y cuya dignidad humana se vea afectada producto del vacío que la ley argentina mantiene en la actualidad.

Su legalización implicaría reconocer la dignidad humana del hombre reconocida por los Derechos Humanos de manera universal, además, de la autonomía de la voluntad reconocida expresamente en la constitución nacional.

Es importante que se conciba el derecho a la vida como la obligación de garantizarle al individuo una vida digna ajustada a los derechos humanos universales. El derecho a morir con dignidad se encuentra dentro de la autonomía personal del ser humano, de decidir cuándo ponerle fin para evitar sufrimientos que afecten aún más la integridad física y psíquica del paciente que se encuentra en estado crítico e irreversible.

El orden jurídico debe garantizar que cada persona decida conforme a sus creencias y principios, y con su legalización no se está incentivando a nadie a morir, sino que se reconoce el derecho a la persona a decidir libremente según su autonomía y valores, sobre la calidad de vida que quiere llevar y sus necesidades. Implica, además, avanzar hacia una consolidación del derecho a la autodeterminación de la salud y la libertad individual tal como expresa el artículo 19 de la constitución nacional que reza lo siguiente: “Las acciones

privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe” (Ministerio de Justicia de la Nación, s.f.).

Siendo este un pilar fundamental de la libertad individual de una sociedad libre, cuyos derechos individuales no se ven afectados por el poder del estado, además como señala el reconocido constitucionalista argentino Bidart Campos, la dignidad del ser humano es el valor fundacional de todos los derechos, en razón de ello, no permitirle a una persona elegir voluntariamente el momento y modo de su fallecimiento, en un contexto de sufrimiento intolerable, es una forma de trato inhumano y degradante (Bidart Campos, 2005). Por tanto, esta reforma que se plantea cumple con los valores constitucionales, con la evolución de una sociedad que se encuentra en constante cambio.

Sobre la cuestión se expresó en 2019 el Comité de Derechos Humanos de la ONU, que los estados no deben intervenir en cuestiones vinculadas a la autodeterminación, especialmente en el área de la salud mental y física (Comite de Derechos Humanos de la ONU, 2019). Por ello, el Estado argentino como miembro de este organismo internacional debe seguir esta misma línea de acción y brindar herramientas que generen reglas de legislación claras tanto para el paciente enfermo, que desea elegir entre seguir sufriendo o ponerle fin al dolor por medio de la muerte, como para el personal de salud quien se encuentra en un vacío legal entre dejar morir, pero a su vez, no poder ayudar al enfermo por medio de ningún acto dado que cabría un delito de homicidio simple o doloso.

Según Eleonora Lamm, doctora en derecho y master en bioética-derecho, las democracias actuales no pueden forzar a los individuos a prolongar la vida a cualquier costo minimizando la voluntad del paciente (Lamm & Carranza, 2020). Por esta misma dirección se expresó el Comité de Derechos Humanos en el 2019, cuando sostuvo que los estados deben evitar intervenir en aquellos casos que implique no reconocer la voluntad individual de las personas, en especial en aquellas cuestiones que tienen que ver con la salud de ellas (Comite de Derechos Humanos de la ONU, 2019).

En ella, el comité reconoce que se debe respetar la autonomía personal de la persona, aun cuando ello implique ponerle fin a su vida, siempre y cuando se cumplan ciertos factores para autorizar la aplicación de la eutanasia.

Capítulo 3. Propuestas legislativas para la regulación de la eutanasia en Argentina

A. Proyecto N° 3828-D-2021 “Ley Alfonso”:

Hasta el día de la fecha en nuestro país no se ha aprobado ninguna ley vinculada a la eutanasia. Lo cierto es que si se han presentado proyectos para su debate en el congreso de la nación. Tal es el caso del Proyecto de Ley N° 3828-D-2021 conocida como “Ley Alfonso” (Estevez, Brawer, & Moreau, Ley Alfonso, 2021) presentada por Brawer, Mara (Frente de Todos) y otros legisladores, la cual propone la “muerte digna voluntaria” con requisitos como los que se han mencionado en este trabajo, estos son:

- Consentimiento informado
- Existencia de enfermedad terminal e irreversible
- La intervención de mínimo dos médicos.

Este proyecto busca que las personas que estén atravesando una enfermedad irreversible puedan pedir asistencia médica para ponerle fin a su vida. Su objetivo principal es evitar que la persona sufra de manera tal que su dignidad se vea afectada, es por ello, y mediante la administración directa de una determinada sustancia a cargo de un médico, morir dignamente es una forma de respetar la dignidad del individuo, con ello se busca que este termine sus últimos momentos de la mejor manera sin agonizar, priorizando la autonomía de la voluntad y su integridad física.

La ley en el artículo 2 enmarca el proyecto dentro de los derechos que protege la constitución de la nación argentina y los tratados de derechos humanos que gozan de jerarquía constitucional. Por ejemplo: La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Declaración Universal de los Derechos del Hombre, Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

Todos ellos en relación de protección del derecho a la vida digna, reconocimiento y respeto por la dignidad, integridad física, psíquica y moral.

El artículo 5 de este proyecto de ley establece que el único que puede prestar ayuda a un paciente para morir es el medico.

Ahora bien, quien solicite la eutanasia debe contar con los siguientes requisitos:

- Contar con la nacionalidad argentina o residencia permanente por un periodo no menor a un año.
- Ser mayor de edad y ser plenamente capaz al instante de solicitar la prestación para morir dignamente.
- Haber solicitado la prestación de manera libre, de forma voluntaria e informada, manifestada por escrito, o por otro medio por el cual pueda dejar prueba de ello.
- Que el paciente solicitante sufra una enfermedad grave e incurable, padecimiento grave crónico e imposibilitante, certificado por medico responsable (Estevez, Brawer, & Moreau, Proyecto de Ley. "Ley Alfonso"., 2021, pág. 3).

Para solicitar la prestación el interesado deberá hacerlo por escrito personalmente por el interesado siempre que sea posible, o en su defecto por cualquier canal que permita dejar constancia de ella, en esta solicitud el paciente deberá expresar su deseo de morir con dignidad, así como también mencionar que conoce los cuidados paliativos que ofrece la medicina moderna, y que renuncia a ellos por no encontrar el alivio que ayude a calmar el sufrimiento que la enfermedad en curso produce . (artículo 7).

En caso de que el paciente no pueda expresar su voluntad deberá hacerlo por medio de lo que se conoce como “directiva anticipada”, artículo 8 (Ley 26529), que consiste en un mandato que realiza el paciente y en donde designa a una persona, o varias, de manera anticipada y en privado para que informen al médico a cargo todas las cuestiones vinculadas a su voluntad de acceder a la prestación de ayuda para morir dignamente.

La directiva anticipada puede redactarse en cualquier momento, de manera escrita y firmada ante escribano público o juzgados de primera instancia, en presencia de dos personas que testifiquen el acto.

Por otro lado, el proyecto incluye artículos que regulan aquellas situaciones en las que el medico decida denegar la prestación. Frente a este caso, deberá ser justificado por escrito. El paciente solicitante ante dicha denegación tiene la opción de presentar en un plazo máximo

de quince (15) días hábiles una petición para su revisión ante la Comisión Nacional de Evaluación y Control (artículo 9)

En los artículos 12 y 13 la ley regula la “objeción de conciencia”, el profesional de la salud que deba intervenir tiene derecho a ejercer dicha objeción, acto seguido deberá derivar de buena fe al paciente para que lo atienda otro profesional. Lo mismo cabe para los establecimientos de la salud privada o de la seguridad social, allí, deberán prever y disponer la derivación a un profesional que esté dispuesto a realizar la prestación.

Finalmente, en sus fundamentos los autores de la ley Alfonso argumentan el derecho a decidir sobre su propia muerte y, además, apelando a la legislación de otros países como: España, Bélgica, Países Bajos, Colombia y Canadá.

Por otro lado, se apoyan en el antecedente de la sanción de la ley de muerte digna en el año 2012 y a la modificación de la ley de los derechos el paciente (26.529).

El caso de Alfonso Oliva, en honor a él la ley lleva su nombre, cordobés que sufrió de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) fue el motor que impulso este proyecto, y además, con la voz del Dr. Carlos Soriano, magister en Bioética, que manifestó la necesidad de superar las fronteras que marca la ley 26.742, para que todos los casos vinculantes eviten judicializaciones innecesarias y que exista en la legislación argentina un marco protectorio para los profesionales médicos que atienden estas cuestiones, quienes luchan a menudo con dos principios: el deber de asistir y el respeto a la autonomía del paciente.

Para que sea efectiva esta ley, el estado debe ser el responsable de que se cumpla con lo dispuesto en esta. Por ello, este proyecto incluye la creación de la Comisión Nacional de Evaluación y Control en el área del Ministerio de Salud de la Nación, cuya función será la protección de los derechos de los pacientes, evaluar y controlar las prestaciones de ayuda para morir dignamente, monitorear todo el tiempo para tener conocimiento de cómo funciona la ley, buscar la manera más practica para su implementación y, por último, respetar los plazos establecidos (Estevez, Brawer, & Moreau, Proyecto de Ley. "Ley Alfonso", 2021, pág. 14).

B. El Proyecto de Ley N° 1295-S-2022, también conocida como “Ley de Buena Muerte”:

Es el segundo proyecto presentado en la cámara chica del Congreso de la Nación en el año 2022, los responsables de llevarlo al Senado de la Nación fueron los senadores Alfredo Cornejo y Mariana Juri.

El proyecto incluye regular el derecho para que el paciente pueda pedir y recibir asistencia médica con el fin de morir dignamente. El objeto de este es asegurarse que las personas que se encuentren atravesando una enfermedad incurable, y a causa de ello se provoque un sufrimiento de una magnitud que afecte la dignidad del paciente, tenga la autonomía personal plena de decidir ponerle fin a su vida de una forma digna (art 1) (Cornejo, Latorre, & Cacace, 2021).

Dentro del artículo 2 del proyecto de ley se remarcan tres puntos que reconocen al paciente, que este atravesando una enfermedad grave e incurable, a:

- Solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir
- Requerir y acceder a la atención de a prestación de ayuda para morir, en los servicios del sistema de salud.
- Acceder a toda la información necesaria para recibir la ayuda para morir.

El artículo 3, deja expreso que el ámbito de aplicación sea en todo el territorio de la República Argentina, por medio del Ministerio de Salud de la Nación y en los demás ministerios de las provincias de la Nación.

Para solicitar la prestación de ayuda para morir, el paciente debe cumplir los siguientes requisitos para acceder a ella:

- ♠ En primer lugar, el paciente debe encontrarse atravesando una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante.
- ♠ Ser ciudadano argentino, mayor de edad, plenamente capaz al momento de presentar la solicitud.
- ♠ Formular dos solicitudes de forma voluntaria y por escrito, fechado y firmado, en caso de ser por otro medio, debe ser uno que permita dejar constancia fehaciente del acto.
- ♠ Prestar consentimiento informado el cual se incorporará al historial clínico del paciente.

- ♠ En última instancia, el medico a cargo pondrá el conocimiento el caso frente al presidente de la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación.

El articulo siguiente (5) deja expreso que los puntos 3 y 4 del artículo anterior no se llevaran a cabo si el medico responsable considera que el paciente no se encuentra en pleno uso de sus facultades, dificultando que el paciente de forma libre, voluntaria y consciente pueda formular las solicitudes.

Para los casos de personas menores de edad el proyecto en el artículo 6 propone, en línea con lo establecido por: la Convención sobre los Derechos del Niño, la Ley 26.061, el artículo 7° del anexo I del decreto 415/06, el artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación y la resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación, que:

- Las personas mayores de dieciséis (16) años tienen plena capacidad por si para prestar consentimiento.
- Las personas menores de dieciséis (16) años, deberán prestar consentimiento acorde a los términos del artículo antecesor.
- Para los casos en que el paciente tenga capacidad restringida por sentencia judicial y la decisión no tuviere relación con el ejercicio de los derechos, podrá prestar consentimiento informado sin impedimento ni necesidad de autorización.

El articulo 8 le da derecho al paciente a solicitar toda la información vinculada a la prestación de ayuda a morir, a solicitarla, y acceder al sistema de salud o contar con su asistencia.

El paciente además cuenta con garantías que el personal de salud debe garantizarle, ellas son:

- a) Trato digno
- b) Privacidad de toda la actividad médico-asistencial
- c) Confidencialidad
- d) Autonomía de la voluntad
- e) Acceso a la información
- f) Información de los distintos métodos que se pueden implementar para ayudar a una muerte digna.

Las enunciaciones mencionadas corresponden a las exigencias que los médicos deben cumplir con los pacientes, con la finalidad de que el paciente este al tanto de todo lo que le sucede y sobre cómo se encuentra su estado de salud en rasgos generales (art 9).

Finalmente, del artículo 12 al 18 se redacta como será llevado a cabo el procedimiento para aplicar la prestación de ayuda para morir.

El artículo 12 dispone que el paciente deberá presentar una solicitud de ayuda para morir frente a la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación, luego se designara un medico y un jurista para verificar que los requisitos reunidos son los correspondientes.

Una vez superada con éxito la solicitud, el artículo 13 dispone un plazo no mayor a diez días corridos a partir de la fecha de emisión que autoriza a la prestación de ayuda para morir. Además, el proyecto de ley autoriza al paciente, en caso de que este consciente, a elegir la modalidad de la prestación que desea recibir.

Luego de la prestación, el medico deberá comunicar a la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación correspondiente a la jurisdicción del caso presentando la documentación correspondiente al caso.

El artículo 16 le reconoce al médico responsable el derecho de objeción de conciencia, de esta manera el profesional medico puede decidir, acorde a sus principios y moral, si lleva adelante la prestación de ayuda a morir o si se niega.

Los fundamentos de este proyecto de ley se apoyan en los derechos fundamentales reconocidos en la constitución nacional: a la vida, a la integridad física y moral. Y, por otro lado, los bienes jurídicos protegidos como la dignidad, libertad y autonomía de la voluntad. Este último bien, en los supuestos en los que una persona se encuentre padeciendo una patología terminal o incurable, o padecimiento crónico que lo mantenga imposibilitado de valerse por sí mismo.

En base a lo expuesto, este proyecto entiende que es obligación de quienes integran el congreso de la nación atender las demandas sociales, respetando, reconociendo y debatiendo derechos que surgen de la sociedad a la cual están representando.

La sociedad es dinámica, y como tal, las necesidades y problemas que surgen de ella son diferentes todo el tiempo. Hasta hace unos años atrás, este debate respecto a la prestación de

ayuda para morir era impensado sin embargo las realidades cambian y junto con ellas las necesidades de responder a ellas para satisfacerlas también.

El proyecto de buena muerte viene a cubrir el vacío legal que existe entre la ley 26.742 de muerte digna que, si bien permite rechazar tratamientos médicos, no permite asistir medicamente al paciente para morir cuando el mismo se encuentre bajo la prolongación de su vida, muchas veces en condiciones de deterioro físico y psíquico en los que muchas veces no se logra una mejora en la calidad de vida. (Cornejo, Latorre, & Cacace, Proyecto de Ley de Buena Muerte. Regulacion de la Eutanasia, 2021, pág. 11).

En síntesis, ambos proyectos están sustentados en los principios constitucionales y en los tratados internacionales que cuentan con jerarquía constitucional. En ambos proyectos de ley buscan proteger la integridad física del paciente y la autonomía de la autonomía de la voluntad. Así, los dos proyectos están relacionados con los Artículos:

1. Art. 16, al proclamar la igualdad ante la ley, al igual que lo proclama el art.2 de la Declaración Americana de derechos y deberes del hombre, y del art.24 de la Convención Americana de DD.HH.
2. Art. 19, al sostener la acción privada de cada individuo en tanto y en cuanto no ofenda el orden y a la moral pública, ni perjudique a terceros.
3. Art. 75 inc.22, al otorgarle jerarquía constitucional a algunos tratados internacionales que protegen la dignidad humana el cual las legislaciones adheridas deben respetar.

Finalmente ambos proyectos cuentan con un riguroso procedimiento para controlar y garantizar la expresión de voluntad del paciente, plena y consciente, con el fin de evitar vacíos en el procedimiento. Para ello se propone crear una Comisión Nacional de Evaluación y Control a cargo del Ministerio de Salud para evaluar peticiones, además de controlar que las mismas se realicen conforme a lo propuesto por los proyectos de ley.

Capítulo 4. Posturas a favor y en contra

Existe en la República Argentina un sinfín de posturas respecto a la eutanasia, entre ellas muchas son influenciadas por los principios y la moral de la iglesia católica, la religión históricamente en el país y que por muchas décadas ha sido un factor de presión en la promulgación de muchas leyes de carácter social-progresista, como por ejemplo: Ley de

divorcio, ley de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), y finalmente, ley de muerte digna.

Frente a este grupo mayoritario de la sociedad argentina, se encuentra otro grupo que ponen por encima la autonomía de la voluntad del individuo y el derecho a la autodeterminación, por lo que tiene una postura alineada con promulgar la ley de eutanasia.

Posturas a favor de legalizar la Eutanasia:

- La autonomía de la voluntad forja el núcleo central que defiende la legalización de la práctica eutanásica, por ello, quienes abogan por su aprobación sostienen que el hombre es libre y soberano para tomar sus propias decisiones, aunque ello incluya cuando ponerle fin a su vida en este plano.

Según lo que sostiene Di Bello la autonomía de la voluntad es la capacidad de cada ser humano para decidir racionalmente sobre su propia vida, y de decidir cuándo y cómo morir (Di Bello, Eutanasia y derecho: Un debate pendiente en Argentina., 2022).

- Derecho a una muerte digna, los defensores afirman que prolongar la vida de un enfermo en situación terminal implica una tortura moderna, por ello, el derecho a morir con dignidad es equivalente a que el paciente tenga control sobre su vida. Al respecto Eugenio Zaffaroni sostiene que la eutanasia no consiste en elegir entre la vida o la muerte, más bien, consiste entre una muerte digna o una muerte degradante (Zaffaroni, Derecho penal. Parte general (2 ed.), 2011).
- Seguridad jurídica y fin de la clandestinidad, al igual que sucedió con la lucha por la legalización del aborto, quienes defienden la eutanasia sostienen que encuadrarla dentro del marco normativo implica una mayor seguridad y control de la práctica. Evitando practicas clandestinas ocultas que puedan poner aun mas en riesgo la vida del enfermo. En este sentido, aquellos países que han tomado el camino de la legalización mostraron resultados positivos, demostrando que se puede llevar delante de forma segura, respetuosa y controlada (Young R. , 2021, pág. 114).
- Su aprobación no obliga a quienes la rechacen a aplicarla, es por ello que solo accederán a ella quienes así lo manifiesten, bajo pleno ejercicio de voluntad.
- La Declaración Universal de Derechos Humanos sostiene que todo individuo cuenta con derecho a vivir adecuadamente (art.25). En línea con esta afirmación, ¿qué sucede

con aquellas personas que no logran llevar un nivel de vida acorde al artículo en cuestión producto de una enfermedad incurable o padecimiento crónico? Por ello si una persona no puede cumplir con el derecho que se le reconoce, quienes sostienen una postura alineada con legalizar la eutanasia, sostienen que se le debe otorgar la prestación a morir.

- El derecho que todo individuo tiene por el simple hecho de existir que es “morir con dignidad”. Quienes abogan por despenalizar la eutanasia sostienen que las personas puedan ser asistidas por dicha práctica en los casos en que el enfermo se encuentre atravesando un dolor insoportable que afecte su dignidad.
- El fragmento de un fallo en Colombia sostiene que la decisión de como afrontar la muerte es lo mas importante para el enfermo terminal, que es consciente que no tiene cura y que indudablemente va a fallecer. Por ello, así como existe el derecho a vivir dignamente también debe ir de la mano con el derecho a morir dignamente (Fallo Parra Parra, José E. s/ inconstitucionalidad, art. 326, Cód. Penal. Corte Constitucional de, 1997).

Posturas en contra de la legalización:

- Defensa irrestricta de la vida, esta posición es mas a fin a la cosmovisión religiosa y tradicional de la vida, dicha sostiene que la vida del hombre es de un valor primordial y por ello debe protegerse todo el tiempo. Al respecto la academia pontificia manifiesta que la vida humana es digna por sí misma, y no puede prescindirse por dolor o utilidad (Pontificia Academia para la Vida, 2019, pág. 22).
- Abuso o presiones sobre personas vulnerables, es una suposición que sostienen aquellos que consideran que las personas que están bajo una situación de desigualdad social y de falta de acceso, personas de la tercera edad o con discapacidad están expuestas a este tipo de presiones (Ten Have & Welie, 2005, pág. 91).
- Efecto de desinversión en cuidados paliativos, autores como Arias sostienen que la prioridad debe ser la inversión en cuidados paliativos para que el enfermo encuentre esperanza y no se desanime con rapidez y, por tanto, ver la muerte como la luz al final del túnel (Arias, 2018, pág. 64).

- Acostumbramiento a dicha práctica, y por ello, se produce una reducción en la tolerancia del sufrimiento hasta alcanzar a aquellos enfermos de menor gravedad (Martinez Lopez, s.f.).
- En un fallo comentado en lo criminal y correccional N° 1 de transición de Mar del Plata, Mourelle de Tamborenea, Cristina sostuvo que la autonomía personal del paciente para decidir cuando acabar con su vida pronto puede extenderse a sus familiares y luego a los gestores del gobierno, y morir puede convertirse en un deber (Fallo comentado: Juzg. en lo Crim. y Corr. N. 1 de, 2005).

En conclusión, quienes sostienen una postura a favor de legalizar la eutanasia se apoyan en la dignidad humana y la autonomía personal por encima de la vida humana y la necesidad de encuadrar la práctica eutanásica dentro de un marco normativo para evitar que existan métodos clandestinos de llevar adelante su implementación.

Es por ello que bajo este contexto no se puede negar que los avances de la ciencia y la medicina han sido muy avanzados notablemente, sin embargo, muchas de las practicas y tratamientos paliativos que se han desarrollado provoca en muchos casos, una postergación de la vida a base de sufrimiento al punto tal de que el bienestar del paciente queda opacado por la necesidad de mantener vivo al paciente. Por ello quienes están a favor argumentan que, es más digno decidir cómo y cuándo morir, en lugar de preservar la vida del paciente sin importar el sufrimiento que se provoque en la persona.

Es decir, la vida del ser humano sin dignidad no debe ser impuesta por el orden jurídico de la república, en sustento de esta postura, se encuentra el fallo “Artavia Murillo vs Costa Rica” del año 2012 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CASO ARTAVIA MURILLO Y OTROS (“FECUNDACIÓN IN VITRO”) VS. COSTA RICA, 2012). En ella, la corte deja expreso que no debe existir una obligación a vivir bajo cualquier condición humana, priorizando la calidad de vida por encima de la existencia biológica. Si bien el fallo no aborda el tema de la eutanasia directamente, el fallo marca un precedente importante respecto al derecho de la libertad personal y la vida privada-familiar dado que la corte interamericana de derechos humanos rechaza la prohibición de la fecundación in vitro (FIV) porque limita la libertad persona y capacidad de tomar decisiones privadas.

Otro punto en los cuales se apoya este grupo que esta a favor es que ya están vigentes en la legislación nacional las leyes 26.529 y 26.742, que reconoce el derecho del paciente a

rechazar tratamientos médicos. En base a esto, legalizar la eutanasia activa implicaría una coherente forma de llenar el vacío legal que existe en la legislación Argentina entre abandonar tratamientos médicos (por decisión voluntaria del paciente), esto implica que el profesional de la salud abandone toda prestación medica con el fin de que el enfermo muera con dignidad, y prestar ayuda para morir. Citando al jurista Di Bello, la eutanasia activa, controlada éticamente y judicialmente, podría ser una herramienta complementaria en la ampliación de los derechos de los pacientes que estén en situaciones terminales (Di Bello, Eutanasia y derecho: Un debate pendiente en Argentina., 2022).

Por supuesto que, quienes sostienen la necesidad de legalizar la eutanasia, sostienen de manera unánime la necesidad de que el procedimiento para llegar a ella sea de manera controlada por el Ministerio de Salud de la Nación, garantías de consentimiento informado y limites precisos con el objetivo de evitar abusos, proteger la autonomía de la voluntad plena del paciente.

En contraposición, quienes sostienen que no debería legalizarse la eutanasia adjudicándole un valor sagrado a la vida, y apelando al abuso de situación vulnerable y critica del hombre para influenciarlo a tomar la decisión de morir. Además de temer que se produzca un acostumbamiento y normalización natural de implementar la muerte asistida en personas en situación crítica terminal, al punto de priorizar la eutanasia en lugar de invertir en cuidados paliativos. Este sector, que no apoya su despenalización, sostiene la defensa del principio de inviolabilidad de la vida, la protección constitucional de los derechos fundamentales y la advertencia de una posible violación del principio constitucional de igualdad ante la ley (art.16 de la Constitución Nacional).

Este último, porque su aplicación está expuesto a llevarse a cabo en aquellos enfermos pertenecientes a sectores vulnerables que no cuentan con un estatus y un nivel adquisitivo alto como para tener acceso a cuidados paliativos.

Capítulo 5: Derecho comparado

El debate respecto a la legalización de la eutanasia a nivel mundial se dio mucho antes, incluso algunos países como Bélgica, Canadá, Países Bajos, y España ya han incluido esta figura dentro de su marco normativo.

En este capítulo se citará algunos países en los cuales la figura de la eutanasia si ha sido incluida dentro del cuerpo normativo y veremos como ha impactado socialmente, con el objetivo de entender como su aprobación en otras legislaciones impacto, también a remarcar los beneficios e identificar los riesgos que su legalización implica para prevenirlos en nuestro país.

En base a esto, podemos mencionar que la eutanasia surge como instrumento jurídico ante situaciones en las que el paciente enfermo terminal o con algún tipo de enfermedad neurodegenerativa u condición crónica desee no continuar con los tratamientos paliativos y opte por ponerle fin de la manera más digna posible, dentro del marco complejo de salud que este se encuentre atravesando. En consecuencia a esto, el realizar un estudio de marcos jurídicos extranjeros nos ayudara a entender como el estado debe regular y aplicar la figura de la misma en forma cuidadosa y prudente, respetando la autonomía personal de quien la solicita y, además, otorgar garantías legales a los profesionales médicos que participen en dicho proceso.

Como se ha sostenido a lo largo del trabajo, legalizar la eutanasia no es directamente proporcional a obligar a las personas a que acceda a esta práctica, sino a consagrar respetuosamente la autonomía de las personas y su moral, y no por el contrario, una promoción del suicidio.

Países Bajos:

Fue el primer país en legalizar la eutanasia en el año 2002 por medio de la Ley de Terminación de la Vida a Petición y Ayuda al Suicidio, en la misma se priorizo el principio de autonomía, dignidad y proporcionalidad.

En la ley, para que los médicos puedan llevar a cabo la eutanasia sin que se considere punible deben reunir los siguientes requisitos:

- El paciente debe realizar una solicitud voluntaria, informada y reiterada,
- Debe atravesar un sufrimiento insoportable y sin posibilidad de mejora,
- El procedimiento debe llevarse a cabo cuidadosamente y con informe posterior a una comisión de revisión.

En Países Bajos el paciente puede declarar la intención de acceder a la eutanasia por medio de tres formas:

1. En la solicitud el paciente puede detallar en qué circunstancias le gustaría que se le aplique la eutanasia.
2. Una prohibición de tratamiento, es decir, dejar expreso cuanto tiempo podrá continuar un tratamiento y ante qué situación ya no continuar con el mismo.
3. Confeccionar un poder general por el cual un tercero junto con el medico decida respecto al procedimiento y como se va a continuar.

Al respecto la ley detalla quienes podrán solicitar que se le aplique la eutanasia, ellos son:

- Los mayores de dieciocho años, conscientes o con voluntad anticipada.
- Menores de entre dieciséis y dieciocho años conscientes o con voluntades anticipadas en el caso que sus tutores o padres hayan estado presentes durante el proceso.
- Los menores entre doce y dieciséis años, que cuenten con madurez suficiente, y si los padres o tutores estén de acuerdo con la decisión del niño.

La ley de Países Bajos, por su modelo de acceso y control del mismo, es considerado de los más efectivos gracias a la autonomía del paciente que lo solicita, control por parte del estado y su transparencia (Onwuteaka-Philipsen, y otros, 2012). Para ello se realizaron estudios nacionales de los Países Bajos en los años 1990, 1995, 2001, 2005 y 2010. Por medio de cuestionarios electrónicos consultando los registros de muertes y sus respectivas causas, y sus diferencias teniendo en cuenta la edad, el sexo, el estado civil, el lugar de residencia, el estado civil, causa y lugar de fallecimiento.

En el año 2005 las muertes por esta práctica fueron de 1,7%, en 2010 el 2,8%, en relación con esto se nota un aumento en el año 2010 en comparación al año 2005, pero mucho menor en comparación a los años 1995 y 2001.

En conclusión, la ley de eutanasia hasta la fecha es considerada una practica transparente por el riguroso control de acceso a ella y el excesivo pero necesario control por parte de las instituciones estatales. En esta misma dirección, el medico que realiza la eutanasia debe informar al patólogo municipal para que luego remita el caso a

Sin embargo, un fallo del Tribunal Supremo de los Países Bajos en el año 2020 incluyo un caso de enfermedad de Alzheimer de una mujer de 74 años en el año 2016. Con respecto al caso, el Tribunal dejo expreso que en situaciones donde el paciente no puede manifestar su

voluntad culpa del deterioro cognitivo. Sin embargo, el tribunal se apoyó en un testamento de la paciente, llevado a cabo en 2012, cuando esta se encontraba lucida en plenitud.

En esos casos, el medico está habilitado a proceder con la práctica de eutanasia con la exigencia de que el caso sea consultado con al menos dos médicos independientes del caso (europa press, 2021).

Bélgica:

Al igual que Países Bajos, el 28 de mayo del año 2002 se promulgo la “Ley relativa de la eutanasia”, y su entrada en vigencia el 23 de septiembre de ese año. Bélgica se convirtió en el segundo país en legalizar la eutanasia desarrollando un cuerpo normativo en torno a respetar la autonomía de la voluntad, pilar fundamental del individuo que se desarrolla en una democracia occidental.

En relación al modelo holandés, la ley de eutanasia belga establece una serie de requisitos para acceder a la práctica médica, y a su vez, controles que son llevados a cabo por un organismo independiente denominado: Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia, cuya función consiste en analizar cada caso en particular comparándolo con la ley para establecer si condice o no. Es por este método de control que la legislación belga es un ejemplo concreto de que es posible equilibrar dos pilares fundamentales de los derechos humanos, por un lado, el respeto por la vida y por el otro el respeto por la autonomía de la persona.

Al igual que la legislación de los Países Bajos, Bélgica tiene en su ley un artículo que marca los procedimientos y condiciones para acceder a la eutanasia: en este sentido la ley en su artículo 3 protege del delito al médico cuando se den las siguientes condiciones:

- Paciente mayor de edad o menor emancipado capaz y consciente en el momento de realizar la petición, la cual debe ser formulada de manera voluntaria, bajo plena razón y de forma reiterada.
- Que el paciente este bajo un pronóstico irrecurperable con padecimientos físicos o psíquicos prolongado en el tiempo y que cause un sufrimiento intolerable.
- Por último, que haya respetado los procedimientos y condiciones prescritos por la misma ley.

Por otra parte, la presente ley le otorga al médico la responsabilidad previa a actuar en relación de:

- Informarle al paciente la situación de su estado de salud y pronóstico.
- Emitir un certificado en el cual manifieste el sufrimiento físico o psíquico del paciente y de su voluntad reiterada.
- El médico debe consultar con otro profesional médico sobre el estado grave e incurable de la enfermedad con los respectivos motivos y razones de la consulta, a su vez, el médico consultado deberá tener acceso al informe del paciente y deberá examinarlo para confirmar el carácter constante e insoportable., para luego de ello redactar un informe con las conclusiones finales (Derecho a Morir Dignamente, 2018).

Una vez dada las condiciones el paciente debe plasmar por escrito su solicitud para acceder a la eutanasia, el documento deberá estar redactado, fechado y firmado por el paciente en persona. En el supuesto caso de no estar en condiciones para hacerlo, deberá realizarlo por escrito por la persona mayor de edad que el paciente elija (Derecho a Morir Dignamente, 2018).

En su artículo 4, la ley le otorga el derecho a toda persona, mayor de edad o menor emancipado capaz, a realizar una declaración anticipada de voluntad escrita por si se encuentra a futuro en un estado de no poder manifestar su voluntad a que un médico le practique eutanasia.

El siguiente artículo (5) establece un plazo de cuatro días hábiles para que el médico que haya practicado eutanasia entregue un documento a la comisión federal de control y evaluación. El cual deberá contener lo siguiente:

1. Nombre, apellido y dirección del paciente
2. Nombre, apellido, número de identificación profesional y dirección del médico habitual
3. Nombre, apellido, número de identificación profesional y dirección del/de los médico/s que han sido consultados sobre la aplicación de la eutanasia
4. Nombre, apellido, dirección y calidad de todas las personas consultadas por el médico habitual, así como las fechas de las consultas

5. Si existía una voluntad anticipada en la cual se designaba una o varias personas de confianza, los nombres y apellidos de la/s persona/s de confianza que han intervenido.

Este primer listado es de carácter confidencial, es decir, el medico debe transmitirlo directo a la comisión sin pasar por nadie en el medio.

Existe una segunda parte con los siguientes requisitos a cumplir:

1. Sexo, fecha y lugar de nacimiento del paciente
2. Fecha, lugar y hora del fallecimiento
3. Mención de la afección accidental o patológica grave e incurable que padecía el paciente;
4. Naturaleza del sufrimiento constante e insoportable
5. Motivos por los cuales se calificó este sufrimiento de refractario
6. Elementos que permitieron asegurar que la petición había sido formulada de forma voluntaria, razonada y reiterada, y sin presiones exteriores
7. Si se podía estimar que el fallecimiento iba a suceder a corto plazo
8. Si existía una declaración de voluntad anticipada
9. El procedimiento seguido por el médico
10. La cualificación del o de los médicos consultados, su opinión y las fechas de las consultas
11. La calidad de las personas consultadas por el médico y las fechas de las consultas;
12. Como ha sido realizada la eutanasia y los medios utilizados (art 7) (Derecho a Morir Dignamente, 2018).

Los requisitos expuestos dejan entrever que la legislación belga controla hasta el más mínimo detalle de la información de quien solicita la aplicación de eutanasia, como así también mantener la confidencialidad del mismo.

Sin dudas uno de los grandes beneficios que produjo la sanción de la ley de eutanasia fue que se redujo el número de prácticas clandestinas, llevando un control detallado y serio de cada uno de los casos. Además de brindar un ambiente seguro tanto para los médicos como para el paciente.

Un dato importante al respecto es que, según Federal Evaluation and Control Commission on Euthanasia, en el año 2022 2.966 casos fueron registrados en el país, lo más destacado es que todos fueron dentro del ámbito de la ley, demostrando la efectividad de la ley (Comission Federale de Controle et d'evaluation de l'euthanasie, 2023) dejando a la vista que todos los requisitos de control y requisitos funcionaron tal cual fue pensado. Gracias a ellos, el estado puede contar con un seguimiento de cada caso en particular, llevando un conteo de los casos que se realizaron con suma precaución, y también, aquellos en los cuales existió abuso y mala praxis.

El modelo belga ha demostrado ser de los más completos en cuanto a control de acceso y requisitos para su aplicación, puesto a que todo esta debidamente legislado y para cada caso hay un supuesto previsto de antemano por la ley.

Su aplicación desde su sanción en el año 2002 ha producido beneficios sociales, jurídicos y éticos para su sociedad, lo que hace pensar que la legislación argentina debería seguir el camino de este país por varias razones:

Primero, porque una legislación inspirada en el derecho belga produciría una mejora en la seguridad jurídica tanto para pacientes como para profesiones; dado que los actores vinculados estarían sujetos a controles y requisitos estrictos, ello protegería a los profesionales de la salud ante una posible acusación penal por llevar a cabo la práctica eutanásica, brindándole garantías jurídicas evitando todo temor a una posible condena penal por su accionar.

En la actualidad la eutanasia, sin una legislación clara que despeje todo tipo de dudas, se encuentra en una zona de color gris porque carece de herramientas que establezcan criterios claros como si ocurre en la legislación de Bélgica.

En otro aspecto, contar con una legislación que regule la eutanasia en Argentina implicaría estar alineado con los derechos fundamentales y tratados internacionales a los cuales la nación adhirió con la reforma constitucional del año 1994, cuyos tratados cuentan con rango constitucional y deben ser respetados como tal.

Tomar como modelo la ley belga implicaría un mayor control del estado respecto a estas prácticas médicas.

Los estudios demuestran que la legalización de la práctica eutanásica no produce lo que se denomina “pendiente resbaladiza”, es decir, un aumento desenfrenado de los casos fruto de su aplicación. Sino por el contrario, genera un mayor control de la practica gracias a un marco normativo diseñado para llevar un control de legalidad.

España:

En marzo del año 2021 España hizo legal la práctica eutanásica por medio de la Ley Orgánica 3/2021 la cual entro en vigencia el 25 de junio de ese mismo año, así, la ley reconoce la práctica médica como un derecho individual al que pueden acceder aquellos pacientes que se encuentren cursando una enfermedad grave, crónica e invalidante, o terminal. La misma funciona como prestación llevada a cabo dentro del sistema de salud por medio de una solicitud encuadrada dentro de un proceso riguroso que abarca:

1. Dos solicitudes formales del paciente
2. Evaluación llevada a cabo por medico responsable y uno consultor
3. Revisión llevada adelante por una Comisión de Garantía y Evaluación independiente.

De esta forma, toda persona que cumpla con los requisitos impuestos por la ley puede acceder a ella de manera segura y respetando la plena voluntad de quien desea ponerle fin a su vida. Meta central que marca el preámbulo de la ley de, por un lado, respetar los principios esenciales de los individuos y por el otro velar por los derechos constitucionales.

00Esta ley busca que principios y derechos constitucionales se mantengan compatibles, por ello, establece mecanismos para respetar la autonomía y voluntad para ponerle fin a la vida de la persona que se encuentra padeciendo una grave enfermedad incurable, que le provoca un sufrimiento tal que no pudo ser tratada y controlada a través de medios paliativos, y por tanto lo tanto, ve afectada su dignidad.

El articulo 4 reconoce el derecho a solicitar prestación de ayuda para morir para todas aquellas personas que cumplan con los requisitos mencionados previamente.

En el punto dos del presente capitulo reconoce la autonomía de la voluntad como requisito fundamental y necesario para acceder a la prestación. Además de haber sido informado previamente sobre qué consiste el proceso médico.

Por último, este articulo expresa que se garantizaran los medios y recursos de apoyo humano y material para llevar adelante los procedimientos que regula la presente ley. En especial

aquellos destinados a prestar acceso a personas con discapacidad (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, 2021).

El artículo 5 establece los requisitos necesarios para aprobar el acceso a la eutanasia, en primer lugar;

- A. Deberá tener nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia superior a doce meses, contar con la mayoría de edad y ser capaz-consciente en el momento de la solicitud
- B. Contar con un escrito de la información respecto a su proceso médico, sus alternativas y opciones diferentes, entre ellas, acceso a cuidados paliativos
- C. Haber realizado dos solicitudes de forma voluntaria y de forma escrita, fechado y firmado por el paciente solicitante, o por cualquier otro medio que deje constancia. En el supuesto de no poder hacerlo, deberá emplearlo por otro medio que deje constancia.
El documento solicitante deberá firmarse en presencia de un profesional de la salud el cual será agregado al historial clínico del paciente.
- D. Estar atravesando una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico, por último
- E. Prestar consentimiento informado previo a recibir la prestación de ayuda para morir, el cual deberá ser incorporado al historial clínico del paciente.

Detrás de todos estos procedimientos la ley ha creado una Comisión de Garantía y Evaluación encargado de supervisar todo el procedimiento y será la encargada de realizar la verificación previa a la realización de la eutanasia (art. 10) (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, 2021).

Desde su entrada en vigencia, la ley ha logrado hacer visible el sufrimiento de aquellas enfermedades neurodegenerativas o de cáncer en fase terminal y las ha convertido en una cuestión de derechos humanos, que debe ser tratada y no minimizada.

Por otro lado, su implementación ha puesto en debate el derecho humano a morir con dignidad como forma de vida digna. El hecho de obligar a una persona a vivir bajo condiciones inhumanas que afectan su dignidad es una falta grave a los derechos humanos y a la autonomía de la voluntad del ser humano (Martínez-Pérez, 2022, pág. 98).

La cuestión de la práctica clandestina también se redujo gracias a la visibilidad que la ley le dio. Antes de incluir la eutanasia en el cuerpo normativo de España la eutanasia se realizaba en centros clandestinos, su legalización acabó con ello, y además, generó mayores controles y procedimientos seguros para obtener un registro serio de cada caso en particular (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, 2021)..

Por último, su legalización ha provocado un respeto a la voluntad del estado hacia las minorías, en una sociedad libre sujeta a la democracia occidental, la ley no obliga a nadie a someterse a la eutanasia. Por ello, su función es garantizar todos los servicios de asistencia y aplicación para quienes deseen someterse a ella. Al mismo tiempo protege la objeción de conciencia de los médicos que no están dispuestos a realizar la ayuda médica para morir.

De esta manera la ley cuida a quienes desean someterse a la práctica y, por otro lado, respeta a quienes no están de acuerdo con llevar a cabo su procedimiento logrando una posición armoniosa entre ambas posturas.

Capítulo 6: Lineamientos para un proyecto normativo en Argentina

Este capítulo tiene como objetivo proponer lineamientos iniciales para un futuro proyecto de ley orientado a regular la práctica eutanásica en Argentina. Como punto de partida, debe haber una lectura integradora de todo el sistema legal argentino, desde la constitución nacional y sus tratados internacionales pasando por la legislación en materia de salud vigente, hasta las leyes regulatorias en otros países para adoptar las experiencias positivas.

Es importante que el futuro proyecto garantice tanto el derecho a morir dignamente, y al mismo tiempo, brinde a los profesionales de la salud seguridad jurídica y respetando el derecho a negarse en caso de no estar a favor de la eutanasia.

Después de todo, el espíritu del proyecto no está orientado a incentivar a morir, sino a que toda persona tenga el derecho fundamental de decidir, y a que se respete su autonomía como sujeto de derecho.

En relación a esto podemos mencionar que es una realidad que hace tiempo las distintas sociedades democráticas del mundo han planteado el debate sobre decidir frente a la propia vida y cuando ponerle fin a esta. Argentina no debe ser un caso distinto a ello, porque detrás de eutanasia si o eutanasia no, se encuentra en debate la dignidad humana y el derecho a ponerle fin a la vida sin sufrimiento, de manera voluntaria y con un acompañamiento profesional seguro.

El régimen legal argentino contempla únicamente el derecho a rechazar tratamientos médicos y cuidados paliativos, con lo cual deja un vacío legal para aquellos casos en los que el paciente enfermo terminal no desee continuar viviendo bajo condiciones indignas producto de los dolores físicos y psíquicos. Es allí donde la sociedad, por medio de sus representantes, debe poner el foco y cuestionarse si vale más la vida biológica o la dignidad humana de una persona que se encuentra padeciendo una enfermedad terminal incurable. Porque que el estado permita, por medio de un instrumento legal como es una ley, una salida para quienes atraviesan dolores intolerables es equivalente a proteger la autonomía de la voluntad del individuo y su dignidad.

Por medio de los siguientes lineamientos para un futuro proyecto de ley, se buscará dar un paso más en materia de derechos humanos que implica: decidir con libertad y acompañamiento médico, cuando y como morir.

Requisitos para un proyecto de ley de eutanasia:

a. Fundamentos constitucionales:

El proyecto de ley debe estar alineado con:

- El artículo 19 la constitución nacional que reconoce la autonomía individual para las acciones privadas de los hombres, siempre y cuando no afecten a terceros;
- En línea con la convención Americana de Derechos Humanos- Pacto de San José de Costa Rica-vinculado al desarrollo personal libre, el derecho a la dignidad y a la salud integra.

b. Elementos indispensables para un proyecto de ley:

Es indispensable que estén incluidos los siguientes elementos: ¿Quiénes están legitimados para solicitar el procedimiento?

- Pacientes que cuenten con pleno uso de sus facultades mentales, o en su defecto, con instrucciones previas denominada voluntad anticipada; que el paciente este atravesando un sufrimiento físico/psíquico constante e intolerable.

c. Requisitos formales:

- Solicitud escrita, con firma y ratificación
- Evaluación médica al menos con dos profesionales
- Intervención previa de un comité interdisciplinario para casos complejos y dudosos

d. Garantía y control:

- Un registro nacional de solicitudes
- Posibilidad de revocar la solicitud
- Seguimiento de un órgano de control a cada caso

e. Procedimiento:

- Debe realizarse la eutanasia en un centro hospitalario, domiciliario o institucional (dependerá de la preferencia del paciente)
- Sera obligatorio ofrecer como primera opción la alternativa de cuidados paliativos

En síntesis, sancionar un régimen legal que aborde la cuestión de la eutanasia en argentina es posible, adoptando elementos y características de otros países que sirven como guía.

Asimismo, la creación de una comisión que controle cada caso, de igual modo cuando se deba elaborar solicitudes con determinados requisitos a tener en cuenta para su posterior aprobación.

Finalmente podemos concluir que una propuesta regulada, informada y humana es posible, sin embargo, para ello debe haber voluntad ética y política para llegar a hacerle la vida un poco más sencilla a cada ciudadano.

Capítulo 7: Aplicación de los principios en un caso

“D., M. A. s/ declaración de incapacidad”.

En “D., M.A s/ declaración de incapacidad” los representantes de un paciente que se encontraba en estado vegetativo irreversible solicitaron que se desconecte toda asistencia de alimentación e hidratación, como así también todas las medidas terapéuticas que lo mantenían con vida. Respecto a ello, el Superior Tribunal de Justicia de la provincia de Neuquén dio lugar al reclamo. Ante ello, el curador ad litem y el representante del ministerio publico de incapaces interpusieron recurso extraordinario. En respuesta al recurso, la Corte autorizo a suprimir las medidas terapéuticas que permitían mantener con vida a D., M.A.

La sentencia que tuvo lugar el 7 de Julio del año 2015 y marco un precedente novedoso en la forma de concebir los derechos constitucionales fundamentales vinculados a la autonomía personal, dignidad e intimidad humana.

El análisis de fondo del caso giro en relación con los derechos constitucionales/convencionales, como ser el derecho a la autonomía personal, la dignidad y la vida. Para entender cómo deben aplicarse frente a un caso donde la persona que se debe proteger no tiene la capacidad para manifestar su voluntad.

La corte destaco que la modificación efectuada en la Ley de Derechos del Paciente N° 26.529 por la ley 26.742 reconoció a personas aquejadas por enfermedades irreversibles e incurables, que se encuentren en estado terminal la posibilidad de rechazar tratamientos médicos. En el caso de D., M.A, al no poder manifestar su voluntad por encontrarse en estado vegetal, terminal e irreversible, la petición formulada por las hermanas encuadra dentro del artículo 2, inciso e) y articulo 5, inciso g), de la ley 26.529.

Asimismo esta manifestó que en el supuesto que el paciente este en un estado que no le permita expresar su consentimiento a causa de su estado físico o psíquico, el articulo 6 de la ley 26.529 (21 de la ley 24.193) establece que personas vinculadas a él, en orden de prelación, puedan hacer llegar la voluntad de la persona y ser interlocutores con los médicos al momento de decidir si continuar con los tratamientos o decidir el cese del soporte vital.

Señalo que conforme a los artículos mencionados las hermanas son personas autorizadas por ley, bajo declaración jurada, a dar testimonio y hacer operativa la voluntad del paciente imposibilitado de manifestar su consentimiento.

Además, dejo en claro que no es necesario exigir autorización judicial para llevar adelante decisiones tomadas por los pacientes sobre la abstención o continuidad de los tratamientos médicos, siempre que se ajuste a los supuestos y requisitos de la ley 26.529, se cumplan con las garantías y resguardos dispuestos en las leyes 26.061, 26.378 y 26.657.

La decisión de la Corte Suprema de Justicia de la nación de confirmar la sentencia emitida por la justicia de la provincia de Neuquén marco un hito en el alcance de los derechos fundamentales mencionados en párrafos anteriores, y en base a ello, la corte se ajusto a la letra de la ley 26.529 y sus modificaciones, ampliando los derechos del paciente a decidir si continuar o suprimir todo tipo de asistencia de alimentación e hidratación, ampliando de este modo la autonomía personal, y en consecuencia, a decidir sobre la propia vida sin necesidad de obtener autorización del estado a través del órgano judicial. Además, recito la ley 24.193 que remite al artículo 6 de la ley 26.529, reconociendo la legitimidad de los hermanos para hacer operativa la voluntad del paciente imposibilitado por su estado físico o psíquico.

Conclusión

Para concluir el trabajo, a partir del análisis comparativo realizado y partiendo desde la hipótesis de que la legislación de la eutanasia es posible bajo un régimen de control dirigido a pacientes que se encuentren atravesando enfermedades terminales, demuestra que, si es posible la legalización de la eutanasia en Argentina, apoyándose y adaptando las bases de las legislaciones presentes en otros países (España, Bélgica, Países Bajos).

Estas experiencias demuestran que si es posible establecer protocolos estrictos, controles médicos y garantías legales que eviten este tipo de agonía, al tiempo que se respeta la voluntad del paciente en situaciones de sufrimiento irreversible. Por lo cual la eutanasia como practica medica dirigida a provocar la muerte de una persona, que la solicito voluntariamente con el deseo de ponerle fin al dolor por causa de una enfermedad, ha dejado de ser un tema prohibido para las sociedades a través del mundo.

Los países mencionados en el trabajo son un claro ejemplo de ello porque las realidades sociales a las cuales se exponen son mucho más importantes, debido a estas legislaciones han encontrado la forma debida de controlar y aplicar la práctica eutanásica a través de la creación de comisiones encargadas de evaluar las solicitudes de petición, como así también los requisitos impuestos en la ley.

En Argentina esto es posible de producirse porque existen condiciones jurídicas, sociales y éticas para su debate y su posterior aprobación, además con respecto a la condición jurídica, la constitución nacional en el artículo 19 reconoce que las acciones privadas de los hombres, siempre y cuando no afecte a terceros y la moral pública, quedan reservadas a Dios y exentas de la autoridad de los magistrados. Es decir, los individuos tienen libertad de hacer con su vida privada lo que deseen respetando los límites de acción impuestos por la norma constitucional. Además, la constitución nacional cuenta con tratados internacionales que protegen derechos humanos, la dignidad humana, integridad física y el derecho a no ser sometido a tratos crueles y, con la última reforma del año 1994, cuentan con rango constitucional.

No obstante a eso, la problemática actual radica en que el cuerpo normativo argentino no cuenta con soluciones y garantías claras para pacientes y profesionales de la salud, debido a la ausencia de una norma clara que habilite la eutanasia activa, generando un vacío legal que coloca a los enfermos que desean ponerle fin a su vida por causa del sufrimiento indigno, y a los profesionales de la salud que no cuentan con protección frente a la ley para actuar frente a las reiteradas insistencias de los pacientes terminales.

La actual tendencia normativa esta direccionada a proteger la vida biológica por sobre la calidad de la misma, esto resulta contrario a la postura progresista de las distintas legislaciones internacionales que están alineadas con la civilización occidental y a las políticas de derechos humanos dirigidas por los tratados internacionales, los cuales la constitución nacional coloca en pie de igualdad.

En otro sentido incorporar la eutanasia al sistema legal argentino implica que el individuo cuente con plena autonomía para decidir el rumbo de su vida, el sentido de su existencia y de poder decidir en que momento ponerle fin a su sufrimiento.

Por otro lado, la legalización de la eutanasia no implica una incentivación a la muerte, por el contrario, es una respuesta humana frente a padecimientos extremos, por lo cual legalizarla implicaría que el estado no es indiferente al dolor humano, sino más bien funciona como un ente acogedor a través de las instituciones legales y de la salud.

En definitiva, el presente trabajo concluye que la eutanasia en Argentina lejos de ser vista como una amenaza, con su regulación responsable puede convertirse en una herramienta para humanizar el sistema de salud y ampliar los derechos del paciente y que por otro lado, seguir negando su incorporación al sistema legal es avalar el sufrimiento humano y condenar a los pacientes terminales a vivir una vida indigna.

BIBLIOGRAFÍA

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (25 de 03 de 2021). Obtenido de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-4628>

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (2021). *Ley Organica 3/2021, regulacion de a eutanasia.*

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (25 de 03 de 2021). *Ley Organiza 3/2021, de 24 de marzo, de regulacion de la eutanasia.* Obtenido de <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3/con>

Arias, G. (2018). *Bioetica, eutanasia y cuidados paliativos.* Buenos Aires: Rubinzal-Culzoni.

Bidart Campos, G. J. (2005). *Tratado de derecho constitucional. Parte general.* Buenos Aires: Ediar.

CASO ARTAVIA MURILLO Y OTROS (“FECUNDACIÓN IN VITRO”) VS. COSTA RICA, 12.361 (CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS 28 de 11 de 2012).

Cespedes, T. A. (2020). *Eutanasia y autonomia.* Astrea.

Comission Federale de Controle et d'evaluation de l'euthanasie. (2023). *Rapport biennal 2022-2023.* Bruxelles: Service public federal Sante publique. Bruselas.

Comite de Derechos Humanos de la ONU. (2019). *Observacion General N°36 sobre el derecho a la vida (articulo 6 del PIDCP).*

Comite de Derechos Humanos de la ONU. (2019). *Observaion General N. 36 sobre el derecho a la vida (articulo 6 del PIDCP).*

Cornejo, A., Latorre, J., & Cacace, A. (2021). *Proyecto de Ley de Buena Muerte. Regulacion de la Eutanasia.* Obtenido de <https://www4.hcdn.gob.ar>:

https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2021/PDF2021/TP2021/4597-D-2021.pdf?utm_source=chatgpt.com

Cornejo, A., Latorre, J., & Cacace, A. (2021). *Proyecto de Ley de Buena Muerte.*

Regulacion de la Eutanasia. Obtenido de www4.hcdn.gob.ar:

https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2021/PDF2021/TP2021/4597-D-2021.pdf?utm_source=chatgpt.com

Derecho a Morir Dignamente. (2018). Obtenido de derechoamorir.org:

<https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/01/BE-ley-eutanasia-ESP.pdf>

Derecho a Morir Dignamente. (2018). Obtenido de derechoamorir.org:

<https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/01/BE-ley-eutanasia-ESP.pdf>

Derecho a Morir Dignamente. (2018). Obtenido de derechoamorir.org:

<https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/01/BE-ley-eutanasia-ESP.pdf>

Di Bello, J. (2022). *Eutanasia y derecho: Un debate pendiente en Argentina.* Buenos Aires: Juridica.

Di Bello, J. (2022). *Eutanasia y derecho: Un debate pendiente en Argentina.* Buenos Aires: Juridica.

Di Bello, J. (2022). *Eutanasia y derecho: Un debate pendiente en Argentina.* Buenos Aires: Juridica.

Di Bello, J. (2022). *Eutanasia y derecho: Un debate pendiente en Argentina.* Buenos Aires: Juridica.

Di Bello, J. (2022). *Eutanasia y derecho: Un debate pendiente en Argentina.* Buenos Aires: Juridica.

Estevez, G., Brawer, M., & Moreau, C. (2021). Ley Alfonso.

Estevez, G., Brawer, M., & Moreau, C. (2021). *Proyecto de Ley. "Ley Alfonso".* Obtenido de <https://www4.hcdn.gob.ar/>:

https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2021/PDF2021/TP2021/4734-D-2021.pdf?utm_source=chatgpt.com

- Estevez, G., Brawer, M., & Moreau, C. (2021). *Proyecto de Ley. "Ley Alfonso"*. Obtenido de <https://www4.hcdn.gob.ar/>:
https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2021/PDF2021/TP2021/4734-D-2021.pdf?utm_source=chatgpt.com
- europa press. (21 de 4 de 2021). *El Tribunal Supremo de Países Bajos avala la eutanasia en casos de demencia aguda*. Obtenido de
https://www.europapress.es/internacional/noticia-tribunal-supremo-paises-bajos-avala-eutanasia-casos-demencia-aguda-20200421210008.html?utm_source=chatgpt.com
- Fallo comentado: Juzg. en lo Crim. y Corr. N. 1 de, 2005-10-1086 (Crim. y Corr N. 1 25 de 07 de 2005).
- Fallo Parra Parra, José E. s/ inconstitucionalidad, art. 326, Cód. Penal. Corte Constitucional de, Expediente No. D-1490 (Corte Constitucional de Colombia 20 de 05 de 1997).
- Grupo Eutanasia. (25 de 10 de 2021). <https://redcuidados.conicet.gov.ar/>. Obtenido de
<https://redcuidados.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/sites/148/2021/10/Documento-del-grupo-eutanasia-de-la-Red-25-10-21-3.pdf>
- Grupo Eutanasia. (25 de 10 de 2021). <https://redcuidados.conicet.gov.ar/>. Obtenido de
<https://redcuidados.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/sites/148/2021/10/Documento-del-grupo-eutanasia-de-la-Red-25-10-21-3.pdf>.
- Lamm, E., & Carranza, S. (2020). *Bioetica y derechos humanos*. Buenos Aires: Hammurabi.
- Martinez Lopez, M. (s.f.). *muertedigna.org*. Obtenido de
<http://www.muertedigna.org/textos/euta76.htm>
- Martinez-Perez, C. (2022). *Dignidad y muerte asistida: Fundamentos Juridicos del nuevo derecho a morir*. Barcelona: Bosch.
- Ministerio de Justicia de la Naciom. (s.f.). *InfoLEG*. Obtenido de servicios.infoleg.gob.ar:
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>

- Ministerio de justicia de la nacion. (s.f.). *Argentina.gob.ar*. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-11179-16546/texto>
- Ministerio de Justicia de la Nacion. (s.f.). *InfoLEG*. Obtenido de servicios.infoleg.gob.ar.
- Onwuteaka-Philipsen, B. D., Penning, C., Brinkman-Stoppelenburg, A., De Jong-Krul, G., Van Delden, J., & Van der Heide, A. (8 de 9 de 2012). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. Obtenido de National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22789501/>
- Pontificia Academia para la Vida. (2019). *El buen samaritano: Sobre el cuidado de las personas en las fases criticas y terminales de la vida*. Ciudad del Vaticano.
- quimica.es*. (s.f.). Obtenido de <https://www.quimica.es/enciclopedia/Eutanasia.html>
- Real Academia Española. (2019). <https://www.rae.es/diccionario-estudiante/eutanasia>. Obtenido de Real Academia Española.
- Roxin, C. (2000). *Derecho Penal parte general: Fundamentos. La estructura de la teoria del delito (tomo i)*.
- Ten Have, H., & Welie, J. V. (2005). *Death and medical power: An ethical analysis of Dutch euthanasia practice*. Maidenhead: open University Press.
- Young, R. (1996, revisado en 2022). *Voluntary Euthanasia*. E. N. Zalta.
- Young, R. (2021). *Euthanasia: Ethis and public policy*. Cambridge.
- Zaffaroni, E. R. (2011). *Derecho penal. Parte general (2 ed.)*. Buenos Aires: ediar.
- Zaffaroni, E. R. (2011). *Derecho penal. Parte general (2. ed.)*. Buenos Aires: Juridica.
- Zaffaroni, E. R. (2016). *La palabra de los muertos: Conferencias y ensayos sobre derecho penal y derechos humanos*. Buenos Aires: Colihue.
- Zaffaroni, E. R. (2016). *La palabra de los muertos: Conferencias y ensayos sobre derecho penal y derechos humanos*. Buenos Aires: Colihue.
- Zaffaroni, E. R. (2016). *La palabra de los muertos: Conferencias y ensayos sobre derecho penal y derechos humanos*. Buenos Aires: Colihue.

ANEXO

Título: “LEY ALFONSO” (Derecho a la prestación de ayuda para morir dignamente)

Fuente: Honorable Cámara de Diputados de la Nación

Año: 2021

ARTÍCULO 1°. - Objeto. La presente ley tiene por objeto regular el derecho de toda persona que cumpla con los requisitos exigidos a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir dignamente, de acuerdo a los principios, garantías y reglas que aquí se establecen.

ARTÍCULO 2°. - Marco normativo constitucional. Las disposiciones de la presente ley se enmarcan en los derechos protegidos por la Constitución Nacional y los tratados de derechos humanos de jerarquía constitucional, en especial la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en virtud de la protección que otorgan a los derechos de toda persona a la vida digna, al reconocimiento y el respeto de su dignidad, a la integridad física, psíquica y moral, a no ser sometida a torturas ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes, al trato digno, al bienestar y la salud física y mental, especialmente a la asistencia médica, a la no injerencia arbitraria o abusiva en su vida privada, y a la libertad de elección.

ARTÍCULO 3°. - Calidad y cobertura. El sector público de salud, las obras sociales enmarcadas en las leyes 23.660 y 23.661, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados creado por la ley 19.032, las entidades y agentes de salud comprendidos en la ley 26.682, de marco regulatorio de medicina prepaga, las entidades que brinden atención dentro de la reglamentación del decreto 1.993/11, las obras sociales de las fuerzas armadas y de seguridad, las obras sociales del Poder Legislativo y Judicial y las comprendidas en la ley 24.741, de obras sociales universitarias, y todos aquellos agentes y organizaciones que brinden servicios médico-asistenciales a las personas afiliadas o beneficiarias, independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar la cobertura integral y gratuita de las prestaciones de ayuda directa e indirecta para morir

dignamente. Estas prestaciones quedan incluidas en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en el PMO con cobertura total

ARTÍCULO 4°. - Definiciones. A los fines de la presente ley se adoptan las siguientes definiciones:

1. Prestación de ayuda para morir dignamente: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta Ley y que ha manifestado su deseo de morir dignamente. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades:

a) La administración directa al/a la paciente de una sustancia por parte del/de la profesional de la medicina competente.

b) La prescripción o suministro al/a la paciente por parte del/de la profesional de la medicina competente de una sustancia, de manera que este/a se la pueda auto administrar.

2. Enfermedad grave e incurable: la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, en un contexto de fragilidad progresiva.

3. Padecimiento grave, crónico e imposibilitante: situación que hace referencia a una persona afectada por limitaciones que inciden directamente sobre su autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no pueda valerse por sí misma, así como sobre su capacidad de expresión y relación, y que lleva asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo fuerte probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación.

4. Médico/a responsable: profesional de la medicina que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del/de la paciente, con el carácter de interlocutor/a principal del/de la mismo/a en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial.

5. Médico/a consultor/a: profesional de la medicina con formación en el ámbito de las patologías que padece el/la paciente y que no pertenece a la misma institución del/de la médico/a responsable.

6. Consejería: equipo de apoyo conformado por profesionales de la psicología y la psiquiatría con el propósito de ayudar al/a la médico/a responsable a confirmar la situación

del/de la paciente, su inequívoca voluntad de morir dignamente y su plena capacidad para tomar la decisión.

7. Consentimiento informado: la declaración de voluntad expresada por el/la paciente en pleno uso de sus facultades, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar la prestación de ayuda para morir dignamente.

8. Objeción de conciencia: derecho individual de los/las profesionales de la salud a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta ley por ser incompatibles con sus propias convicciones.

ARTÍCULO 5°. - Requisitos. La persona que puede prestar ayuda a un/a paciente para morir dignamente es únicamente el/la médico/a responsable. Para poder recibir la prestación de ayuda para morir dignamente será necesario que el/la paciente cumpla los siguientes requisitos:

1. Tener nacionalidad argentina o residencia permanente en Argentina por un periodo no inferior a 1 (un) año, tener mayoría de edad y ser plenamente capaz en el momento de solicitar la prestación de ayuda para morir dignamente.

En los casos en que el/la paciente sea declarado/a incapaz por autoridad competente o se encuentre inconsciente, sólo se le dará curso a la prestación de ayuda para morir dignamente mediante interpósita persona previo mandato constituido especialmente a tal fin, de acuerdo a lo establecido en el artículo 8° de la presente Ley.

2. Haber solicitado la prestación de ayuda para morir dignamente de manera libre, voluntaria e informada, manifestada inequívocamente por escrito cuando sea posible o, en su defecto, por otro medio que permita dejar constancia.

Cuando el paciente no pueda expresar su voluntad por escrito, ni por ningún otro medio, sólo se dará curso a la prestación de ayuda para morir dignamente mediante interpósita persona previo mandato constituido especialmente a tal fin, de acuerdo a lo establecido en el artículo 8° de la presente Ley.

3. Que el/la paciente sufra una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, en los términos establecidos por la presente Ley, certificada por el/la médico/a responsable.

ARTÍCULO 6°. - Procedimiento de cuidado debido. Para garantizar el cumplimiento del procedimiento de cuidado debido, antes de llevar a cabo la prestación de ayuda para morir dignamente, el/ médico/a responsable deberá:

1. Informar fehaciente y detalladamente al/a la paciente sobre su situación médica, esto es, diagnóstico, pronóstico y las diferentes opciones terapéuticas y de medicina paliativa existentes; potenciales beneficios, riesgos y consecuencias en relación con los efectos sobre la expectativa y calidad de vida.

2. Verificar con los medios científicos a su alcance la enfermedad grave e incurable o el padecimiento grave, crónico e imposibilitante que el/la paciente considera indigna, de tal manera que, conjuntamente, tanto el/la paciente como el/la médico/a responsable concluyan que no existe otra alternativa terapéutica posible para aliviar la penosa situación del/de la paciente.

3. Dialogar reiteradamente con el/la paciente, acerca de la solicitud de prestación de ayuda para morir dignamente, sus modalidades, así como de las diferentes opciones terapéuticas existentes. Dichas sesiones

deben realizarse dentro de un periodo no inferior a 48 (cuarenta y ocho) horas ni superior a 15 (quince) días, debiendo participar la Consejería como equipo de apoyo. Paralelamente, el/la médico/a responsable debe examinar el progreso en la condición médica del/de la paciente durante este periodo de sesiones.

4. Derivar al/a la paciente con su respectiva historia clínica, para una segunda valoración del diagnóstico, las opciones terapéuticas posibles y el pronóstico emitidos por el/la médico/a responsable, al/a la médico/a consultor/a, quien deberá volver a examinar integralmente al/a la paciente. Los resultados de esta segunda evaluación se denominan “confirmación médica” y debe incluir un informe completo sobre la situación del/de la paciente, de la enfermedad grave e incurable o del padecimiento grave, crónico e imposibilitante que no puede ser aliviada/o o curada/o con los tratamientos que ofrece la ciencia médica actual. Se deberá entregar una copia de este informe al/a la paciente y al/a la médico/a responsable.

5. Derivar al/a la paciente a la Consejería, la cual constituye la tercera valoración dentro del

procedimiento de cuidado debido, en la que un equipo de apoyo especializado en psiquiatría y psicología de la institución de salud interviniente, deberá realizar una última confirmación, que el/la paciente ha tenido los elementos necesarios para tomar una decisión libre, voluntaria e informada, respecto de la solicitud de prestación de ayuda para morir dignamente.

6. Una vez cumplido este último trámite, y tras analizar los informes respectivos, el/la médico/a tratante deberá indicarle al/a la paciente acerca de la posibilidad de desistir de su solicitud, a partir de lo cual se deberá esperar un periodo de tiempo de 15 (quince) días corridos antes de practicar al/a la paciente la prestación de ayuda para morir dignamente en caso de confirmar la solicitud.

7. Verificar que la solicitud de prestación de ayuda para morir dignamente se haya realizado cumpliendo los requisitos exigidos en el artículo 7° de la presente Ley.

8. Firmar el certificado de registro médico de la prestación de ayuda para morir dignamente y el acta de defunción del/la paciente. El/La médico/a responsable debe señalar en el certificado de defunción que la muerte del/de la paciente se produjo a razón de una prestación de ayuda para morir dignamente.

ARTÍCULO 7°.- Solicitud. Toda solicitud de prestación de ayuda para morir dignamente deberá hacerse por escrito personalmente por el/la paciente siempre que sea posible o, en su defecto, por cualquier otro medio que permita dejar constancia. En los demás casos en que el paciente no pueda expresar su voluntad, se seguirán las disposiciones del artículo 8° de la presente Ley.

La solicitud deberá ser diligenciada y firmada por el/la paciente, siempre que sea posible, y al menos dos testigos que en su presencia atestigüen de buena fe que el/la paciente está actuando voluntariamente, es plenamente capaz y no está siendo conminado por otras personas a firmar la solicitud de la prestación de ayuda para morir dignamente. En el caso de que por su situación no le fuera posible diligenciar y firmar el documento, podrá hacer uso de otros medios que le permitan dejar constancia. En dicha solicitud el/la paciente deberá expresar, además de su voluntad de morir dignamente a través de la prestación que regula la presente ley, que conoce los cuidados paliativos que la medicina actual ofrece y que renuncia a ellos por no encontrar alivio suficiente a su sufrimiento.

Los testigos no podrán ser:

1. Persona(s) con vínculo de parentesco o conviviente;
2. Persona(s) con interés legítimo en la muerte del/de la paciente, en virtud de contratos u otras obligaciones civiles y comerciales;
3. Los/as profesionales de la salud intervinientes.

El/La paciente podrá revocar la solicitud de prestación para morir dignamente en cualquier tiempo, incluso hasta en el último momento, en cuyo caso tal documento no tendrá validez y será removido de la historia clínica y devuelto al/a la paciente.

ARTÍCULO 8°.- Directiva anticipada. La directiva anticipada consiste en el mandato por el cual el/la paciente designa a una o más personas, con anterioridad, en privado y en estricto orden de preferencia, para que informen al/a la médico/a responsable acerca de su voluntad de acceder a la prestación de ayuda para morir dignamente, en caso de que concurran las circunstancias establecidas por esta ley y sea incapaz de manifestar su voluntad o se encuentre inconsciente.

La directiva anticipada puede ser elaborada en cualquier tiempo, debe ser escrita y firmada ante escribano/a público o juzgados de primera instancia en presencia de 2 (dos) testigos, siguiendo las mismas condiciones del artículo 6° de la presente Ley.

La directiva anticipada podrá ser modificada o revocada en cualquier tiempo.

ARTÍCULO 9°.- Denegación. La denegación de la prestación de ayuda para morir dignamente debe justificarse por escrito por el/la médico/a responsable.

Contra dicha denegación el/la paciente solicitante de la prestación puede presentar en el plazo máximo de 15 (quince) días hábiles una petición de revisión ante la Comisión Nacional de Evaluación y Control. El/La médico/a responsable que deniegue la solicitud está obligado/a a informarle de esta posibilidad al/a la paciente.

El/La médico/a responsable que deniegue la solicitud de la prestación de ayuda para morir dignamente, con independencia de que se haya formulado o no una petición de revisión, deberá remitir a la Comisión Nacional de Evaluación y Control, en el plazo de 48 (cuarenta y ocho) horas hábiles contadas a partir de que se le haya notificado la denegación al/a la paciente, el informe médico donde constan los motivos de la denegación.

ARTÍCULO 10°.- Protección de la intimidad y confidencialidad. Los centros de salud que realicen la prestación de ayuda para morir dignamente adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad de las personas solicitantes de la prestación y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal.

Asimismo, se deberá contar con sistemas de custodia activa de las historias clínicas de los/as pacientes e implantar en el tratamiento de los datos las medidas de seguridad de nivel alto previstas en la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

ARTÍCULO 11°.- No punibilidad. No será objeto de sanción civil, penal y/o administrativa el/la profesional de la salud que respete estrictamente los requisitos y el procedimiento de cuidado debido para la ejecución de prestaciones de ayuda para morir dignamente que establecen esta Ley y su correspondiente reglamentación.

ARTÍCULO 12°.- Objeción de conciencia. El/la profesional de la salud que deba intervenir de manera directa en la prestación de ayuda para morir dignamente tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia. A los fines de su ejercicio, deberá:

- a) Mantener su decisión en todos los ámbitos, público, privado o de la seguridad social, en los que ejerza su profesión.
- b) Derivar de buena fe a el/la paciente para que sea atendido/a por otro/a profesional en forma temporánea y oportuna, sin dilaciones.
- c) Cumplir con el resto de los deberes profesionales y obligaciones jurídicas.

El incumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente artículo dará lugar a sanciones disciplinarias, administrativas, penales y civiles, según corresponda.

ARTÍCULO 13.- Objeción de conciencia. Obligaciones de los establecimientos de salud. Aquellos efectores de salud del subsector privado o de la seguridad social que no cuenten con profesionales para realizar las prestaciones de ayuda para morir dignamente a causa del ejercicio del derecho de objeción de conciencia de conformidad con el artículo anterior, deberán prever y disponer la derivación a un efector que realice efectivamente la prestación y que sea de similares características al que el/la paciente de la prestación solicitó.

En todos los casos se deberá garantizar la ejecución de la prestación conforme a las previsiones de la presente ley. Las gestiones y costos asociados a la derivación y el traslado del/de la paciente quedarán a cargo del efector que realice la derivación. Todas las derivaciones contempladas en este artículo deberán facturarse de acuerdo con la cobertura a favor del efector que realice la práctica.

ARTÍCULO 14°.- Registro médico. Todo/a médico/a responsable que, en los términos de la presente ley, haya ejecutado una prestación de ayuda para morir dignamente, estará obligado/a a completar un registro médico que deberá ser enviado dentro de los siguientes 15 (quince) días hábiles al deceso del/de la paciente a la Comisión Nacional de Evaluación y Control. Al registro médico, deberá añadirse la siguiente documentación:

1. El registro de las solicitudes escritas o por cualquier otro medio que haya dejado constancia, hechas al/la médico/a responsable por el/la paciente para el acceso a la prestación de ayuda para morir dignamente;
2. Primer informe, elaborado por el/la médico/a responsable que incluya diagnóstico médico y su pronóstico, así como un concepto general sobre la capacidad y la autonomía de la voluntad del/de la paciente para tomar una decisión libre e informada, respecto de la prestación de ayuda para morir dignamente;
3. Segundo informe, elaborado por el/la médico/a consultor/a que incluya la confirmación del diagnóstico médico y su pronóstico, así como una nueva valoración sobre la capacidad y la autonomía de la voluntad del/de la paciente para tomar una decisión libre e informada, respecto de la prestación de ayuda para morir dignamente;
4. Copia del informe emitido por la Consejería especializada al/la médico/a responsable.

ARTÍCULO 15°.- Comisión Nacional. Créase la Comisión Nacional de Evaluación y Control en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación con el propósito de garantizar el cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley, la protección de los derechos de los/as pacientes, así como establecer los mecanismos de evaluación y control posteriores de las prestaciones de ayuda para morir dignamente.

Los/as integrantes de la Comisión Nacional serán designados/as por el Ministerio de Salud en base a sus conocimientos y experiencia en la materia, debiendo respetarse la siguiente composición:

a) 3 (tres) integrantes deben ser médicos/as, y al menos uno/a de ellos/as debe ser especialista en bioética;

- 1 (uno/a) integrante debe ser psicólogo/a;
- 1 (uno/a) integrante debe ser psiquiatra;
- 2 (dos) integrantes deben ser abogados/as, y al menos uno/a de ellos/as debe ejercer o haber ejercido como miembro de la Corte Suprema de Justicia de la Nación o de un Tribunal Superior de Justicia provincial o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTÍCULO 16.- Funciones. La Comisión Nacional tiene las siguientes funciones:

1. Resolver en el plazo máximo de 15 (quince) días corridos las peticiones de revisión que formulen las personas a las que el/la médico/a responsable haya denegado su solicitud de prestación de ayuda para morir dignamente.
2. Verificar en el plazo máximo de 2 (dos) meses si la prestación de ayuda para morir dignamente se ha realizado de acuerdo con los procedimientos previstos en la ley.
3. Crear y administrar un Archivo Nacional para el registro de todos los casos reportados de prestación de ayuda para morir dignamente;
4. Elaborar un informe anual sobre la aplicación de la presente Ley. Dicho informe, será girado al Ministerio de Salud, al Consejo Federal de Salud y a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados y del Senado;
5. Diseñar todos los formularios a que haya lugar para la aplicación de la presente Ley;
Recomendar las reformas legislativas y administrativas que sean necesarias para la mejor implementación de la presente Ley;
6. Enviar copias de todos los registros al Ministerio Público Fiscal y a las demás entidades nacionales, provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a que haya lugar, para lo de su competencia.
7. La Comisión podrá ser asesorada y servirse de la información de instituciones públicas y entidades del Estado relacionadas con sus funciones.

ARTÍCULO 17°. - Autoridad de aplicación. La autoridad de aplicación de la presente ley será establecida por el Poder Ejecutivo nacional.

ARTÍCULO 18°. - Orden público. Las disposiciones de la presente ley son de orden público y de aplicación obligatoria en todo el territorio de la República Argentina.

ARTÍCULO 19°. - De forma. Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

PROYECTO DE LEY DE BUENA MUERTE

REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

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

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

ARTICULO 2°.- Derechos. Toda persona que se encuentre sufriendo una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, en los términos establecidos en esta ley y en cumplimiento con los requisitos previstos por la misma, tiene derecho a:

- a) solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir;
- b) requerir y acceder a la atención de la prestación de ayuda para morir, en los servicios del sistema de salud;
- c) acceder a toda la información necesaria para recibir la ayuda para morir.

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

CAPITULO I

DERECHO A SOLICITAR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

ARTICULO 4°. - Requisitos. Para solicitar la prestación de ayuda para morir, se deberán cumplir los siguientes requisitos:

- a) Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante. Se considerará tal a todos los efectos de esta ley, a la situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de

que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico.

b) Ser ciudadano argentino, mayor de edad, plenamente capaz al momento de presentar la solicitud.

c) Formular dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, en documento fechado y firmado, o por otro medio que permita dejar constancia fehaciente, con una separación de al menos quince días corridos entre ambas. El médico del paciente, podrá disponer la reducción de ese plazo atento a las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica.

d) Prestar consentimiento informado. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente.

e) Una vez cumplidos los requisitos anteriores, el médico responsable, antes de la realización de la prestación de la ayuda para morir, pondrá el caso en conocimiento del presidente de la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación.

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

La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

ARTICULO 6°. - Personas menores de edad. En el marco de lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño, la ley 26.061, el artículo 7° del anexo I del decreto 415/06, el artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación y la resolución

65/15 del Ministerio de Salud de la Nación, la solicitud de ayuda para el buen morir deberá ser efectuada de la siguiente manera:

- a) Las personas mayores de dieciséis (16) años de edad tienen plena capacidad por sí para prestar su consentimiento a fin de ejercer los derechos que otorga la presente ley;
- b) En los casos de personas menores de dieciséis (16) años de edad, se requerirá su consentimiento informado en los términos del artículo anterior y se procederá conforme lo dispuesto en el artículo 26 del Código Civil y Comercial y la resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación en concordancia con la Convención de los Derechos del Niño, la ley 26.061, el artículo 7º del anexo I del decreto reglamentario 415/06 y el decreto reglamentario 1.282/03 de la ley 25.673.
- c) Personas con capacidad restringida. Si se tratare de una persona con capacidad restringida por sentencia judicial y la restricción no tuviere relación con el ejercicio de los derechos que otorga la necesidad de autorización previa alguna y, si lo deseara, con la asistencia del sistema de apoyo previsto en el artículo 43 del Código Civil y Comercial de la Nación.
- d) Las personas que actúan como sistema de apoyo no representan ni sustituyen a la persona con discapacidad en el ejercicio de sus derechos y, por tanto, es necesario que el diseño del sistema de apoyo incorpore salvaguardas adecuadas para que no existan abusos y las decisiones sean tomadas por la titular del derecho.
- e) Si la sentencia judicial de restricción a la capacidad impide prestar el consentimiento para el ejercicio de los derechos previstos en la presente ley, o la persona ha sido declarada incapaz judicialmente, deberá prestar su consentimiento con la asistencia de su representante legal o, a falta o ausencia de este o esta, la de una persona allegada, en los términos del artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación.

CAPITULO II

DERECHO DEL PACIENTE Y SU RELACION CON LOS PROFESIONALES

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

ARTICULO 8°. - Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Todo paciente tendrá derecho a:

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

ARTICULO 9°. - Garantías. El personal de salud debe garantizar las siguientes condiciones mínimas y derechos en la atención:

- a) Trato digno. El personal de salud debe observar un trato digno, respetando las convicciones personales y morales del paciente.
- b) Privacidad. Toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener y transmitir información y documentación clínica del paciente debe garantizar la construcción y preservación de un ambiente de confianza entre el personal de salud y las personas

que solicitan la atención, y observar el estricto respeto por su intimidad, dignidad humana y autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la confidencialidad.

c) Confidencialidad. El personal de salud debe crear las condiciones para el resguardo de la confidencialidad y el secreto médico durante todo el proceso de atención y también con posterioridad. Debe informar durante la consulta que la confidencialidad está garantizada y resulta alcanzada por el secreto médico.

d) Autonomía de la voluntad. El personal de salud debe respetar las decisiones de los pacientes respecto al ejercicio de sus derechos, las alternativas de tratamiento y su futura salud. Las decisiones del paciente no deben ser sometidas a juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o axiológicas por parte del personal de salud, debiendo prevalecer su libre y autónoma voluntad.

e) Acceso a la información. El personal de salud debe mantener una escucha activa y respetuosa de los pacientes para expresar libremente sus necesidades y preferencias. Los pacientes tienen derecho a recibir la información sobre su salud; el derecho a la información incluye el de no recibir información inadecuada en relación con la solicitada.

f) Se debe suministrar información sobre los distintos métodos que se pueden utilizar de ayuda para un buen morir, los alcances y consecuencias de la práctica. Dicha información debe ser actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles.

CAPITULO III

COMISION MEDICA DE ASISTENCIA Y EVALUACION

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

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

CAPITULO IV

PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

ARTÍCULO 12°. - Procedimiento para la prestación de ayuda para morir. El paciente presentará la solicitud de ayuda para morir ante la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación correspondiente a su jurisdicción. El presidente de la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación designará a dos miembros de la misma, un profesional médico y un jurista, para que verifiquen si, a su juicio, concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir, quienes tendrá acceso a toda la historia clínica, así como al paciente solicitante y deberán expedirse dentro del plazo máximo de cinco días corridos.

En caso de que ambos miembros no logran acuerdo, decidirán en conjunto con el presidente de la Comisión, dentro de los dos días corridos siguientes al pronunciamiento de los miembros asignados al estudio del caso, que deberán pronunciarse dentro del plazo establecido en el párrafo precedente.

Si la decisión es favorable a la solicitud planteada, el informe será remitido a los efectos de la realización de la prestación.

En caso de que el informe fuera negativo, el paciente solicitante podrá solicitar la revisión de aquel por la Comisión en pleno, la que deberá expedirse en el plazo de cinco días corridos a contar desde que la solicitud le fuere elevada por el interesado.

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

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

ARTICULO 15°. - Intimidad y confidencialidad. Los centros sanitarios que realicen la prestación de ayuda para morir adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad de las personas solicitantes de la prestación y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal.

ARTÍCULO 16°. - Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios. El profesional de salud que deba intervenir de manera directa en la ayuda del buen morir, tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente

implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito. A los fines del ejercicio de la misma, deberá:

- a) Mantener su decisión en todos los ámbitos, público, privado o de la seguridad social, en los que ejerza su profesión;
- b) Derivar de buena fe al paciente para que sea atendido por otro u otra profesional en forma temporánea y oportuna, sin dilaciones;
- c) Cumplir con el resto de sus deberes profesionales y obligaciones jurídicas.

El incumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente artículo dará lugar a las sanciones disciplinarias, administrativas, penales y civiles, según corresponda.

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

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

Salud recomienda. Estas prestaciones quedan incluidas en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en el PMO con cobertura total, junto con las prestaciones de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo.

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

FUNDAMENTOS

Sr. Presidente:

El presente proyecto comprende la regulación de conductas que para muchos quedan comprendidas en el concepto de “eutanasia”. Resulta de la mayor importancia ahondar en el significado del término, adoptando una definición que arroje la claridad suficiente a los fines de lograr un análisis ordenado de la cuestión.

Etimológicamente, la palabra eutanasia significa “buena muerte” y se puede definir como el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento.

Existe un amplio consenso en las doctrinas bioética y penalista en cuanto a limitar el empleo del término “eutanasia” a aquella que se produce de manera activa y directa. Es decir que, de acuerdo a esta postura, quedarían fuera los tratamientos por omisión que se designaban como eutanasia pasiva, como son los tratamientos tendientes a prolongar la vida y la interrupción de los ya instaurados, o los que pudieran considerarse como eutanasia activa indirecta, como sería la utilización de fármacos o medios terapéuticos que alivian el sufrimiento físico o psíquico aunque aceleren la muerte del paciente. Esta postura es la que ha prevalecido en la norma de eutanasia española.

En el marco de la bioética, la eutanasia suele ser definida como “conducta llevada a cabo por un agente de salud, una de cuyas consecuencias previsibles por él es la muerte del paciente que padece una enfermedad grave e irreversible, y que es llevada a cabo con la justificación de que la muerte del paciente no es un mal o un daño para sí”. (2)

Roxin, desde una opinión consensuada del derecho penal, define a la eutanasia como “la ayuda prestada a un ser humano gravemente enfermo, por deseo suyo, o por lo menos en virtud de un consentimiento presunto para facilitarle la posibilidad de muerte digna que se corresponda con sus expectativas”. (1) Según el mismo jurista, la eutanasia puede ser clasificada de la siguiente forma:

Indirecta: el paciente no exige que lo maten, sino que pide una atenuación del dolor, sin pretender un acortamiento de la vida, aunque lo aceptaría si ello sucediese. Es decir que la muerte sería una consecuencia probable (dolo eventual, en los términos de la discusión penal de derecho continental), pero no hay intención de que ello suceda.

Pasiva: implica la interrupción del tratamiento ya conducente a la muerte, por deseos del paciente. La autorización de esta clase de eutanasia se derivaría de la autonomía de la voluntad de la persona, porque es quien determina el alcance y duración de su tratamiento. Se trata de una omisión de continuar el tratamiento médico, a la cual el médico debe responder a partir de la petición del enfermo. Un ejemplo de esta conducta sería quitar el aparato y dejar que el paciente muera por el curso natural de las cosas. Es decir, que la “conducta” puede implicar una acción del médico en desconectar el aparato: hay una omisión del médico de continuar el tratamiento. Éste sería el caso que actualmente se encuentra regulado en la Ley de Salud Pública N° 26.529, modificada por Ley N° 26.742.

Activa: a petición de la persona, el médico lo priva activamente de la vida. Por ejemplo, con una inyección letal de droga. Esta situación es la que se pretende regular a partir de la presente norma.

La eutanasia puede ser voluntaria o no voluntaria. En este caso, la familia es la que brinda el consentimiento para que se aplique la práctica, debido a que el paciente no es capaz para darlo, por ejemplo, por ser menor de edad o encontrarse en un estado de inconsciencia.

En Argentina, se permite la eutanasia pasiva bajo el nombre de "muerte digna", conocida también como eutanasia pasiva. El leading-case en esta materia fue el caso “Bahamonde”, donde la Corte Suprema de la Nación juzgó que un testigo de Jehová podía negarse a recibir una transfusión sanguínea aunque su decisión hiciera peligrar su vida, y que los médicos no podían sin el consentimiento del paciente realizar ningún tipo de curación ni terapia fundado en el respeto a la privacidad, en el derecho a la intimidad y en la dignidad

contenidos en el artículo 19 de la Constitución Nacional Argentina y en los pactos de Derechos humanos a los que el país ha adherido.

Está claro que la decisión sobre la calidad de vida que se quiere llevar pertenece al ámbito de privacidad de las personas, y que aunque se trate de un enfermo que no sea terminal y que la intervención quirúrgica le asegure varios años de sobrevida, si el paciente no presta el consentimiento a someterse a una operación, por ejemplo de amputación, no se le puede obligar.

La “muerte digna” es permitida por nuestro sistema jurídico en ciertos casos y está regulada por la Ley de Salud Pública N° 26.529, modificada por Ley N° 26.742, que introdujo este concepto en aquella norma. La ley N° 26.529 establece los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. En el 2015, la Corte Suprema de Justicia argentina avaló esta ley y ofreció ciertas aclaraciones respecto de su contenido. Explicó que en estas situaciones entran en juego derechos constitucionales como el derecho a la vida, a la intimidad y a la autonomía personal. Se trata, en definitiva, de brindarle al paciente la posibilidad de tomar una decisión altamente personal, como es ni más ni menos que el de rechazar tratamientos médicos que sólo prolongarán su sufrimiento. En otras palabras, de permitir que el paciente decida cómo ejecutar su plan de vida hasta el último momento.

De acuerdo a la Ley 26.529 y sus modificatorias, prima la autonomía de la voluntad del paciente: el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa. Incluso puede revocar dicho consentimiento posteriormente (art. 10, Ley N° 26.529). La ley aclara que ese consentimiento debe ser posterior a recibir información clara, precisa por parte del profesional interviniente con respecto a: las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados; el derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos

produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal e irreversible; el derecho a recibir, cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

El consentimiento es fundamental en la ley argentina: toda actuación profesional requiere el previo consentimiento informado del paciente.

De lo anterior surge con claridad que la norma argentina permite ciertos casos de eutanasia pasiva (art. 2º, Ley 26.529)., pero no activa. La ley permite que el paciente tome decisiones anticipadas y para eso puede disponer directivas por escrito sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos y decisiones relativas a su salud.

Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes. De todas formas, el margen es muy amplio, pues no se limita a la interrupción del tratamiento solamente.

Además, pueden ser selectivas, es decir, se refiere a cualquier clase de tratamiento y puede elegir cuales rechazar y cuales aceptar. Para gozar de este beneficio las personas tienen que ser mayores de edad. El problema aquí es que pareciera ser que nuestra ley apoya una eutanasia de tipo pasivo, pero por otro lado niega la posibilidad de realizar directivas que impliquen desarrollar "prácticas eutanásicas" propiamente dichas. Es decir, no sería válida una directiva anticipada de un paciente en la que disponga que en determinado caso el médico deba quitarle la vida de modo activo.

De hecho, la ley dice que ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley están sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del cumplimiento de ella. Por lo tanto, y dado que se permite la eutanasia pasiva, puede entenderse que el médico solamente estará justificado si realiza una eutanasia pasiva.

La dificultad mayor se presenta cuando el paciente ya no puede expresar su voluntad porque ha perdido irreversiblemente el conocimiento.

En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, la ley establece que dicho consentimiento podrá ser dado por alguna de las siguientes personas, en orden de prioridad: 1) el cónyuge no divorciado que convivía con el fallecido, o la persona que sin ser su cónyuge convivía con el fallecido en relación de tipo conyugal no menos antigua de tres años, en forma

continua e ininterrumpida; 2) hijo mayor de edad; 3) los padres; 4) hermanos mayores de edad, nietos mayores, abuelos, incluso representante legal, tutor o curador, en el orden de prelación enumerado. Sin perjuicio de ello, deberá garantizarse que el paciente, en la m decisiones a lo largo del proceso sanitario.

Respecto de este artículo específico, la Corte Suprema de Justicia de nuestro país ha interpretado en el caso "M. A. D." que la ley establece que estas personas vinculadas al paciente — impedido para expresar por sí y en forma plena esta clase de decisiones— no brindan realmente su consentimiento, sino que son las que comunican aquella voluntad. Es decir, atestiguan sobre lo que el paciente hubiese querido, pero no deciden ellos en función de sus propios valores o preferencias.

Los jueces señalaron que, en ese sentido, "los familiares son los interlocutores ante los médicos a la hora de decidir la continuidad del tratamiento o el cese". En conclusión, sólo pueden testimoniar, bajo declaración jurada, en qué consiste la voluntad del paciente y no deciden en lugar del paciente o por el paciente. Esta interpretación se fundamenta en que el paciente es una persona en sentido pleno y sus derechos fundamentales deben ser protegidos: es justamente por eso que goza del derecho a la autodeterminación de decidir cesar un tratamiento médico, como también a decidir recibir las prestaciones necesarias a su estado de salud y a que se respete su derecho a la vida constitucionalmente protegido. A una misma conclusión ha llegado el Tribunal Supremo Federal alemán en un caso similar, en el que afirmó que lo esencial es la voluntad presunta del paciente, no así la de sus familiares. En definitiva, terminamos por orientarnos, lógicamente, por la autonomía del paciente, tal como se señaló anteriormente.

En síntesis, la ley de muerte digna en Argentina permite la eutanasia pasiva bajo el nombre de "muerte digna". Y a través del proyecto actual se pretende ampliar la regulación también a la eutanasia activa por los motivos expuestos a continuación.

Mucho se ha discutido ya sobre el tema, que también ha sido objeto expreso de debates parlamentarios anteriores en el mismo Congreso de la Nación. Esta cuestión no sólo es mirada desde los ámbitos académicos, sino que es particularmente observada por la sociedad, sobre todo a partir de casos particulares resonantes que generan profunda conmoción en la opinión pública. Confluyen en su discusión distintos elementos, como la prolongación de la esperanza de vida, con el consiguiente retraso en la edad de morir, en

condiciones que muchas veces implican un importante deterioro físico y psíquico; el incremento de los medios técnicos capaces de sostener durante un tiempo prolongado la vida de las personas, sin lograr la curación o una mejora significativa de la calidad de vida; entre otros.

La eutanasia¹ provoca también múltiples cuestiones jurídicas, entre las cuales podemos enumerar: la existencia de un derecho a la muerte de la misma manera que existe un derecho a la vida; la posibilidad de que el Estado obligue a una persona a vivir en contra de su voluntad y sometida a tratamientos que se consideran indignos; la penalización o despenalización de las personas que ayudan a que los enfermos terminales mueran dignamente de acuerdo a su voluntad; suspensión de los tratamientos por parte de representantes legales cuando dicha suspensión produzca la muerte de los representados; la petición por parte de un enfermo terminal de la suspensión de los tratamientos médicos cuando dicha supresión produce la muerte es asimilable o no a la solicitud dirigida a los médicos para que suministren fármacos para morir; entre otros tantos temas que pueden surgir en este debate.

La legalización y regulación de la eutanasia se asientan sobre derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Nacional: por un lado, los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral, y de otro, bienes protegidos como la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad.

Todo lo cual hace fundamental la tarea del legislador en la materia: para ordenar una realidad existente y que requiere del acompañamiento y respeto de la norma. Es necesario generar la protección suficiente, de modo de respetar el derecho a la vida y también la autonomía y voluntad de la persona que está en una situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de Medina, Graciela; Senra, María Laura (agosto 2005).

Eutanasia (II): Aspectos Legales: Lo que dicen las leyes y los jueces. En: Encrucijadas, no. 34. Universidad de Buenos Aires. Disponible en el Repositorio

Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires: <<http://repositorioubi.sisbi.uba.ar>> enfermedad grave e incurable, padeciendo un sufrimiento insoportable que no pueda ser aliviado en condiciones aceptables.

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

ALFREDO CORNEJO

JIMENA LATORRE

ALEJANDRO CACACE

FUNDAMENTOS

Señor Presidente:

El derecho de las personas a decidir sobre su propia muerte es hoy un debate abierto en el mundo sobre el cual no hay pleno consenso. La situación mundial oscila desde la penalización hasta la regulación de la práctica con un espacio intermedio para lo que se conoce como Eutanasia pasiva. De hecho, en la actualidad solo seis países en el mundo cuentan con legislación que regula la Eutanasia. Estos son:

España, Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Colombia y Canadá. Al debate se sumaron recientemente Perú, que con el fallo de la Corte sobre el caso de Ana Estrada sienta un importante precedente y Portugal que habiéndolo debatido en el parlamento a fines de 2020 espera la ratificación del presidente.

Otra cantidad de países se ubican en posturas intermedias tales como Suiza en donde el suicidio asistido es una práctica legal desde 1941.

La eutanasia pasiva o también conocida como muerte digna es la última de estas posibilidades de regulación en donde se propicia la muerte por la suspensión de los procedimientos terapéuticos que sostenían a la persona con vida.

Nuestro país ha llevado adelante un serio debate sobre este tema en el año 2011 que tuvo como resultado la sanción de la ley 26.742 en mayo de 2012 conocida como “Ley de muerte digna”. En aquella ocasión se pusieron en consideración una cantidad de iniciativas de todo el arco político de entonces con la intención de darle un marco regulatorio a las situaciones en las que un paciente sufre una enfermedad irreversible, incurable o terminal. La modificación a la ley de derechos del paciente (26.529) establece que este puede negarse a que lo mantengan con vida mediante la abstención, supresión o limitación del tratamiento cuando este sea extraordinario o desproporcionado.

Esta iniciativa – que se puso a consideración en la misma sesión que otra de las leyes pioneras pero no por eso menos controversiales como fue la ley de reproducción asistida – motivó los posicionamientos de todos los bloques políticos y reunió a numerosos especialistas y afectados en una serie de audiencias públicas en el Senado de la Nación. Ya en 2011, las y los legisladores advertían la crisis del sistema médico hegemónico que muchas veces impone a pacientes y familiares tratamientos que - fundados en una

concepción de salud estrecha - no tienen en cuenta su voluntad ni las decisiones sobre su propia vida dando lugar a lo que se conoce como “encarnizamiento terapéutico”. Nuestro país avanza sostenidamente en el reconocimiento de la autonomía de la voluntad en su marco jurídico tanto con leyes parciales como en la profunda reforma del código civil y comercial sancionada en 2015.

Sin embargo, a casi una década de la sanción de la ley de muerte digna, expertos señalan que la misma es ambigua e imprecisa y deja espacio para que aún se judicialicen casos que podrían encuadrarse en la ley 26.742.

Con frecuencia toman estado público los testimonios de personas que reclaman por su derecho a decidir cuándo poner fin a su vida por no considerarla una vida digna en función de las patologías que padecen.

En mi provincia, durante el año 2019 tuve la posibilidad de conocer la situación de Alfonso Oliva, su familia y su equipo médico. Alfonso tenía diagnosticado Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), una enfermedad neurológica, degenerativa, rápida y violenta que alteró absolutamente su forma de vida. Alfonso pedía por una ley de eutanasia por considerar que su vida ya no era una vida digna de ser vivida. En este proceso conocí también la experiencia del Dr. Carlos Soriano emergentólogo, magíster en Bioética quien sostenía la necesidad de avanzar en una ley de eutanasia que supere los matices de la ley 26.742, evite judicializaciones innecesarias y dé un marco protectorio a profesionales que atienden en estas situaciones que muchas veces se ven en la encrucijada entre su deber de asistir y el respeto por la autonomía del paciente.

Es por todo lo expuesto que presentamos este proyecto de ley que lleva su nombre y busca consagrar el derecho a la prestación de ayuda para morir dignamente.

Mi compromiso con la defensa de la vida es ineludible, sin embargo, las situaciones como las de Alfonso nos invitan a reflexionar sin prejuicios acerca del derecho de todas las personas a definir su proyecto de vida acorde con su propia concepción de dignidad.

Regular el derecho de recibir asistencia para morir dignamente es un pendiente en ese virtuoso ciclo de ampliación de derechos que llamamos “la década ganada” y que a pesar de haberse visto interrumpida por cuatro años ya estamos comenzando a restablecer.

Necesitamos comprender que permitir que cada persona pueda elegir las condiciones en las

cuales quiere vivir significa también permitir que toda persona pueda elegir en qué condiciones no quiere vivir; que es lo mismo que decir permitirnos a cada ser humano poder elegir, en parte, en qué condiciones morir.

La vida es un derecho y no una obligación. Los avances científicos orientados a la medicina han generado una serie de técnicas terapéuticas que permiten posibilidades de sobrevivencia impensadas anteriormente. Sin duda estos avances han traído innumerables beneficios como la cura de enfermedades y el alivio del dolor, pero también desventajas que tensionan permanentemente los ordenamientos jurídicos y los criterios bioéticos.

Muchas veces la asistencia médica en los casos de pacientes graves o agónicos prolonga artificialmente la vida mediante el uso de recursos extraordinarios o desproporcionados produciendo grandes sufrimientos para el paciente y su entorno. Especialmente para las mujeres quienes son las que dedican mayor cantidad de horas al cuidado de familiares enfermos.

La humanidad se enfrenta a constantes desafíos relacionados con los avances científico-técnicos, está surgiendo una nueva forma de conciencia social transformando la forma en la que hasta ahora se entendieron las relaciones entre las personas y entre estas y sus medios de vida. Para el caso que nos ocupa en este proyecto, cabe la pregunta de si la posibilidad de prolongación artificial del funcionamiento de órganos por separado equivale al sostenimiento de una vida. La persona quedaría reducida a un instrumento para la preservación de la vida como valor abstracto. En otras palabras, el derecho a la vida no puede reducirse a la mera subsistencia, sino que implica el vivir adecuadamente en condiciones de dignidad.

El derecho fundamental a vivir en forma digna implica entonces el derecho a morir dignamente, pues condenar a una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones, equivale no solo a un trato cruel e inhumano, sino a una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral.

Nuestra propuesta consiste en dotar de mayor seguridad jurídica y precisión técnica a algunos conceptos con el fin de brindar certeza sobre estos procedimientos para que el personal médico y el paciente puedan prestar y recibir asistencia para morir dignamente de acuerdo a la ley.

Las disposiciones de la presente se enmarcan en los derechos protegidos por la Constitución Nacional y los tratados de derechos humanos de jerarquía constitucional, en especial la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en virtud de la protección que otorgan a los derechos de toda persona a la vida digna, al reconocimiento y el respeto de su dignidad, a la integridad física, psíquica y moral, a no ser sometida a torturas ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes, al trato digno, al bienestar y la salud física y mental, especialmente a la asistencia médica, a la no injerencia arbitraria o abusiva en su vida privada, y a la libertad de elección.

Prestar y recibir asistencia para morir dignamente es una decisión personalísima que cada quien podrá decidir libremente, no obstante lo cual la objeción de conciencia de los y las profesionales de salud estará regulada por los artículos 12 y 13 de esta ley y no podrá en ningún caso ser obstáculo para acceder a la práctica.

Teniendo en cuenta la diversidad de situaciones en las que una persona puede llegar a requerir asistencia para morir, se prevé que el/la paciente pueda expresar su directiva anticipada. Es decir, que designe a una o más personas, para que informen al/a la médico/a responsable acerca de su voluntad de acceder a la prestación de ayuda para morir dignamente, en caso de que concurran las circunstancias establecidas por esta ley y sea incapaz de manifestar su voluntad o se encuentre inconsciente. Esta directiva anticipada debe ser escrita y firmada ante escribano/a público o juzgados de primera instancia en presencia de dos testigos y podrá ser modificada o revocada en cualquier tiempo.

Entendiendo que el Estado debe responsabilizarse por el pleno cumplimiento de lo dispuesto en esta ley, se crea la Comisión Nacional de Evaluación y Control en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación que tendrá como funciones principales la protección de los derechos de los/as pacientes, así como establecer los mecanismos de evaluación y control posteriores de las prestaciones de ayuda para morir dignamente, monitorear de manera permanente el funcionamiento de esta ley, facilitar su implementación y el respeto de los plazos establecidos.

Formo parte de un proyecto político que se aboca a construir las condiciones para que todas las personas puedan definir sus proyectos de vida y llevarlos a cabo. Se trata de respetar la autonomía de la voluntad aun cuando medien situaciones conflictivas o dolorosas y de entender que la vida no es un valor a defender en sí mismo ni una obligación a la que por acción u omisión el Estado someta a las personas.

A lo largo y ancho de nuestro país se suceden situaciones de trato cruel hacia pacientes con enfermedades terminales o incurables con el consiguiente efecto sobre su entorno afectivo más cercano, esperamos con este proyecto poder aportar a una discusión compleja sobre la cual es preciso aportar claridad y regulación para que la dignidad sea un valor que oriente la vida desde su inicio hasta el final.

Por lo expuesto solicito a mis pares acompañen esta iniciativa.

CSJ 376/2013 (49-D) /CS1 D., M. A. s/ declaración de incapacidad

Buenos Aires, 7 de julio de 2015. Vistos los autos: “D., M. A. s/ declaración de incapacidad”.

Considerando:

1º) Que el Tribunal Superior de Justicia de la Provincia del Neuquén dejó sin efecto la sentencia que, al confirmar la de primera instancia, había rechazado la pretensión de las representantes de M.A.D. para que se ordenara la supresión de su hidratación y la alimentación enteral, así como de todas las medidas terapéuticas que lo mantienen con vida en forma artificial (fs. 978/1002). Para decidir de esa forma, el a quo señaló que tal petición se encuentra comprendida en la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (ley 26.529, modificada por la ley 26.742) por lo que no resulta necesario que las representantes de M.A.D. requieran autorización judicial alguna. Sostuvo el tribunal que existe en autos un conflicto entre derechos constitucionales, a saber, el derecho a la vida y el derecho a la autonomía personal. A su entender, un sujeto puede en determinadas circunstancias adoptar decisiones que tengan como fin previsible la culminación de su vida, en tanto se trata de cuestiones que se encuentran dentro de la zona de reserva que asegura el derecho a la autonomía personal. Destacó que en esa zona de reserva el individuo es dueño de hacer elecciones sobre su propia vida sin intromisión del Estado, en tanto no afecten la moral, el orden público ni a terceros. Aseguró que esas decisiones libres hacen a la dignidad de la persona y al pleno ejercicio de la libertad. Agregó que la ley 26.529, modificada por la ley 26.742, procura asegurar el goce del derecho a la autonomía personal en la etapa final de la vida y que ese derecho se plasma en la posibilidad de aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos. -1 Señaló que la ley garantiza la formación de un consentimiento informado por parte del paciente, y prevé la posibilidad de que, en determinados supuestos, este sea otorgado por los representantes legales. Apuntó que la norma pretende que estos asuntos no se desplacen desde el ámbito íntimo del paciente, su familia y el médico a la esfera judicial. Aclaró que, en el ámbito provincial, la ley 2611 persigue la misma finalidad. Por estas

razones, consideró que la petición de las hermanas y curadoras de M.A.D. se halla comprendida en las disposiciones de la ley citada. En consecuencia, sostuvo que tienen legitimación para dar consentimiento informado en representación de su hermano, M.A.D., quien se encuentra desde 1994 en estado vegetativo persistente e irreversible. También destacó que el pedido del retiro, cese y abstención de la hidratación y la alimentación enteral, así como de todas las medidas de sostén vital que mantienen a M.A.D. con vida en forma artificial, está contemplado en la nueva normativa. Finalmente, enfatizó que la ley establece un mecanismo que no requiere intervención judicial, por lo que dejó sin efecto la sentencia apelada y declaró que la petición debe tramitar con forme a ese procedimiento.

2°) Que, contra este pronunciamiento, el curador ad litem y el representante del Ministerio Público de Incapaces interpusieron sendos recursos extraordinarios (fs. 1010/1030 y 1032/1063, respectivamente), que fueron concedidos por el tribunal a quo (fs. 1103/1106). El curador ad litem sostiene que la sentencia es arbitraria en tanto prescinde de pruebas conducentes y aplica errónea mente el derecho vigente, así como que se aparta de las normas constitucionales y de los instrumentos internacionales que consagran el derecho a la vida y a la integridad física, psíquica y moral. Afirma que el a quo no valoró las pericias médicas de las que surge que el paciente no padece una enfermedad terminal, sino que se encuentra en estado vegetativo permanente y tiene un -2 CSJ 376/2013 (49-D) /CS1 D., M. A. s/ declaración de incapacidad. estado de salud estable. Se agravia de que las representantes de M.A.D. pretendan la supresión de la hidratación y la alimentación, pese a que no enfrenta una situación de muerte inminente. Aduce que la ley 26.529, modificada por la ley 26.742, es inaplicable al caso, en tanto exige que el paciente se encuentre en estado terminal para autorizar el retiro de la hidratación y la alimentación. Sostiene que para esta medida el precepto exige que ellas no satisfagan su finalidad específica, esto es, hidratar y alimentar al paciente. Manifiesta que una interpretación diversa autorizaría prácticas eutanasicas, que se encuentran prohibidas por el artículo 11 de la ley en cuestión. Enfatiza que en este caso el retiro peticionado habilitaría una muerte por deshidratación e inanición, que dista de un final en paz. Por su parte, el representante del Ministerio Público de Incapaces alega, en primer lugar, que la ley 26.529, modificada por la ley 26.742, fue aplicada en forma retroactiva, por lo que los jueces han incurrido en un exceso de jurisdicción ignorando el valladar impuesto por el artículo 3° del Código Civil. Además, manifiesta que esa ley es inaplicable al caso. Destaca que el paciente no se encuentra en una situación terminal y que solo necesita para vivir hidratación y alimentación, sin requerir

algún mecanismo artificial respiratorio o de otra índole. Agrega que la hidratación y la alimentación no configuran en este caso procedimientos extraordinarios o desproporcionados, sino necesidades básicas de todo ser viviente. A su vez, enfatiza que el paciente no expresó su voluntad respecto al retiro del soporte vital, lo que debe guiar el análisis de las garantías constitucionales en juego. Aduce que morir con dignidad es un derecho inherente a la persona y que, como tal, solo puede ser ejercido por su titular. Por otro lado, sostiene que la decisión apelada viola la garantía de la doble instancia pues lo decidido no podrá ser revisado en forma amplia por otro tribunal. Por último, postula que el tribunal no se integró correctamente, lo que afecta el principio del juez natural. -3 3°) Que a fs. 1116/1127 vta. obra el dictamen de la Procuradora General de la Nación del 9 de abril de 2014 quien por los argumentos allí expuestos propone confirmar la sentencia impugnada. Con fecha 30 de abril, 26 de agosto y 30 de septiembre de 2014 el Tribunal ordenó al Cuerpo Médico Forense la realización de estudios científicos al paciente, los que fueron concretados el 2 de junio, 12 de septiembre y 15 de octubre de 2014. Asimismo, el 28 de octubre de 2014, como medida para mejor proveer, la Corte efectuó una consulta científica al Instituto de Neurociencias de la Fundación Favaloro respecto de la situación del paciente M.A.D., que fue respondida el 18 de febrero de 2015. El curador ad litem, las peticionantes y la Defensora General de la Nación, en su carácter de representante del Ministerio Público Pupilar ante esta instancia, se expidieron respecto de esos estudios los días 6, 7 y 8 de abril de 2015. Finalmente, el 15 de junio del corriente la Defensora General de la Nación presentó su dictamen en el que también propone que se confirme la resolución impugnada, quedando de esta forma la causa en condiciones de ser fallada. 4°) Que los recursos extraordinarios son admisibles, en cuanto los agravios formulados suscitan cuestión federal suficiente pues los planteos deducidos conducen a determinar el alcance de los derechos constitucionales en juego: el derecho a la vida, a la autonomía personal, a la dignidad humana y a la intimidad (artículo 14, inc. 3° de la ley 48; Fallos: 330:399; 331:1530; 332:2559; 335:799, entre otros); y la resolución apelada ha sido contraria al derecho invocado por los recurrentes. Por otra parte, las cuestiones referentes a la interpretación de los derechos constitucionales involucrados y a la arbitrariedad atribuida a la sentencia impugnada se encuentran inescindiblemente ligadas entre sí, por lo que corresponde examinar los agravios de manera conjunta. -4 CSJ 376/2013 (49-D) /CS1 D., M. A. s/ declaración de incapacidad. 5°) Que, sin perjuicio de lo expuesto, el recurso del representante del Ministerio de Incapaces es inadmisibile en tanto pone en tela de juicio la

aplicación de normas locales en relación con la conformación del tribunal superior de la causa pues, como ha sostenido esta Corte, las cuestiones sobre la aplicación de las normas provinciales que organizan el funcionamiento de la justicia son de derecho público local y se encuentran reservadas, en principio, a los jueces de la causa, máxime cuando la decisión en re curso cuenta con fundamentos suficientes que bastan para descartar la tacha de arbitrariedad (conf. doctrina de Fallos: 262:212; 312:2110, entre otros). Por otra parte, resulta inadmisibile el agravio vinculado a la doble instancia en atención a lo decidido por el Tribunal en Fallos: 320:2145 y 329:5994. 6º) Que según resulta de las constancias de autos, el 23 de octubre de 1994 M.A.D. sufrió un accidente automovilístico que le ocasionó un traumatismo encéfalo craneano severo con pérdida del conocimiento, politraumatismos graves y epilepsia postraumática. Fue internado en el Hospital Castro Rendón de la Provincia del Neuquén y luego derivado a la Clínica Bazterrica de la Ciudad de Buenos Aires. Allí fue sometido a varias intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos. A fs. 7/8 obra el resumen de su historia clínica elaborada en este último nosocomio – fechada 5 de febrero de 1995- en la que se establece que “durante la internación el paciente evoluciona con estado vegetativo persistente”. Posteriormente, en el año 2003, fue ingresado en el Instituto Luncec de la Provincia del Neuquén, destacándose en la historia clínica de esa institución que M.A.D. presenta estado vegetativo permanente (fs. 502/506). También en el informe de estado neurológico del Instituto de Neurología y Neurocirugía de Neuquén, del 30 de junio de 2006, se señaló que el paciente se encuentra en estado vegetativo persistente (fs. 510), diagnóstico que fue ratificado en el año 2009, por el jefe del Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Castro Rendón de la Provincia del Neuquén, profesional que atendió al paciente durante la primera etapa posterior al trauma (conf. fs. 378, 385/386 y 805). -5 7º) Que, de acuerdo con lo señalado por el galeno citado en último término, desde la fecha del accidente, M.A.D. carece de conciencia de sí mismo o del medio que lo rodea, de capacidad de elaborar una comunicación, comprensión o expresión a través de lenguaje alguno y no presenta evidencia de actividad cognitiva residual (conf. fs. 385/386 y 805). También en el informe producido por el Jefe del Cuerpo Médico Forense del Poder Judicial de Neuquén, que considerara la jueza de primera instancia en la sentencia de fs. 819/825 vta., se señaló que, a esa fecha, el paciente se hallaba en estado vegeta tivo desde hacía 15 años sin conexión con el mundo exterior y pre sentaba una grave secuela con desconexión entre ambos cerebros, destrucción del lóbulo frontal y severas lesiones en los lóbulos temporales y occipitales, con participación del tronco encefálico, el

que mostraba atrofia (conf. fs. 712/721). 8°) Que, atento a la complejidad científica, ética y de ontológica que presenta la cuestión planteada y, teniendo en cuenta que se encuentra involucrado el derecho a la vida, a la salud, a la autodeterminación y a la dignidad de M.A.D., el Tribunal consideró necesario requerir la opinión técnica del Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación y del Instituto de Neurociencias de la Fundación Favaloro a los efectos de contar con la mayor cantidad de información científica posible y actualizada para decidir un caso de tal trascendencia. En razón de ello, profesionales de ambas instituciones realizaron evaluaciones di rectas del paciente, adjuntando no solo los informes periciales pertinentes, sino también registros audiovisuales de los estudios realizados. En efecto, dichos profesionales acompañaron junto con sus informes escritos dos discos compactos que contienen una filmación de la revisión que los médicos hicieron al paciente M.A.D. A través de esos videos e informes, este Tribunal pudo to mar acabado conocimiento de las condiciones en las que se encuentra actualmente el paciente. Los informes producidos por el Cuerpo Médico Forense destacan que el paciente sufre un evidente trastorno de conciencia grave (fs. 1149) y que los resultados del examen efectuado a -6 CSJ 376/2013 (49-D) /CS1 D., M. A. s/ declaración de incapacidad. M.A.D. son prácticamente idénticos a los arrojados por el estudio neurológico realizado por el Instituto de Neurología y Neurocirugía de Neuquén en el año 2006 (conf. fs. 1152). Agregan que el paciente no habla, no muestra respuestas gestuales o verbales simples (si/no), risa, sonrisa o llanto. No vocaliza ni gesticula ante estímulos verbales. Tampoco muestra respuestas ante estímulos visuales (conf. fs. 1168/ 1169). En este mismo sentido, el Instituto de Neurociencias de la Fundación Favaloro afirma que M.A.D. permanece desde su accidente con un profundo trastorno de conciencia, no comprende órde nes simples, no emite ningún tipo de vocalización y, al estímulo auditivo, no localiza ni presenta respuesta de sobresalto (conf. fs. 1186). 9°) Que, desde el momento de su hospitalización M.A.D. ha sufrido varias dolencias como epilepsia postraumática, esofagitis por reflujo y hemorragia digestiva alta, neumonitis química bronco-aspirativa, neumonía intrahospitalaria tardía e infección del tracto urinario por pseudomona multirresistente (conf. fs. 502/504 y 667). Para atender algunas de estas afecciones se le suministra, diariamente, medicación anti convulsionante, antieméticos, antireflujos y un gastroprotector. Además, requiere de atención permanente para satisfacer sus necesidades básicas. Por ello, ante la imposibilidad de deglutir, M.A.D. es alimentado por yeyunostomía, procedimiento por el cual se realiza una apertura permanente en el intestino delgado para administrar nutrientes a través de una

sonda. También, se le ha colocado una sonda vesical permanente y pañales, por incontinencia vesical y rectal. 10) Que la condición descripta ha perdurado por un lapso que supera los veinte años. El cuadro clínico de M.A.D. no ha sufrido cambios y los profesionales que se han pronunciado en las instancias anteriores coinciden en que no tiene posibilidad alguna de recuperación neurológica o de revertir su actual estado. -7 Así lo señaló el jefe del Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Castro Rendón en su informe obrante a fs. 385/386. Por su parte, el jefe del Cuerpo Médico Forense del Poder Judicial de Neuquén sostuvo que la situación de M.A.D. es irreversible, es decir que "...no hay posibilidad de mejoría neurológica, por lo tanto se transforma en un desahuciado en cuanto a la posibilidad de abandonar algún día su estado vegetativo". En su criterio, M.A.D. es un paciente desahuciado en estado terminal (conf. fs. 712/721). Si bien las evaluaciones médicas solicitadas por esta Corte difieren respecto al diagnóstico de estado vegetativo permanente que efectuaran los profesionales que han intervenido en la causa, resultan coincidentes en cuanto al pronóstico del cuadro que presenta el paciente. En efecto, el Cuerpo Médico Forense afirma que M.A.D. padece de un estado de conciencia mínima, variante minus (fs. 1169), no obstante, lo cual, en todos los informes que realizara a requerimiento del Tribunal expresamente destaca que, a los fines de valorar la reversibilidad del cuadro, la diferencia de diagnóstico resulta irrelevante pues, a casi dos décadas del hecho generador, sin cambios de mejoría manifiesta y sostenida, las probabilidades son estadísticamente las mismas (fs. 1152/ 1153). El cotejo de los informes de este Cuerpo Médico obrantes a fs. 1137/1154 y 1167 bis/1172 resulta por demás demostrativo de esta circunstancia. En efecto, en el primero de ellos se manifestó que en el caso de "...pacientes con Estado Vegetativo Persistente, de origen traumático y de más de 12 meses de duración, prácticamente no muestran probabilidad de recuperación. La supervivencia no suele superar los 5 años. La posibilidad de supervivencia mayor a 15 años es de 1/15.000 a 1/75.000. El índice de mortalidad dentro del primer año, según informe de la Multi-Society Task Force sobre 'Estado vegetativo persistente', en pacientes adultos, es 53% en el daño hipóxico-isquémico y, 33% en el daño traumático. A los 3-5 años, se observó que el índice de mortalidad es del 65-73% y, a los 10 años, 90%...". Asimismo, al ser requerido específicamente respecto de las posibilidades de reversibilidad del cuadro de M.A.D., el mismo -8 CSJ 376/2013 (49-D) /CS1 D., M. A. s/ declaración de incapacidad. Cuerpo Médico en su segundo informe, y no obstante haber diagnosticado el estado de conciencia mínima, señala que "...a dos décadas del hecho generador, sin cambios clínicos

ni mejoría manifiesta y sostenida, la probabilidad estadística de reversibilidad es extremadamente baja, tanto espontáneamente como mediante la aplicación de los recursos terapéuticos...”. Agrega que “...El cuadro se considera como permanente si perdura más allá de 12 meses. El índice de mortalidad a 10 años es 90%. La posibilidad de supervivencia mayor a 15 años es de 1/15.000 a 1/75.000 [...] por ello, existen sólo muy pocos casos –comunicados en la literatura especializada-, de esta dos vegetativos o de conciencia mínima de 20 años de evolución, tal como es el del paciente de autos. Los casos internacionalmente más notorios de trastorno de conciencia persistente/permanente, de K.A. Quinlan y T. Schiavo, duraron 10 y 15 años respectivamente; M.A.D. es, por lo tanto, excepcional...”. También el Instituto de Neurociencias de la Fundación Favaloro concluye que M.A.D. se encuentra en un estado de mínima conciencia al que califica como permanente y, en cuanto a su pronóstico, afirma que: “Las chances de recuperación del ‘estado de mínima conciencia’ (EMC) disminuyen con el tiempo. La mayoría de los pacientes que han evolucionado lo han hecho dentro de los 2 años posteriores a la instalación del cuadro. Si bien hay casos aislados de mejoría tardía, la bibliografía remarca que las chances de recuperación disminuyen con el tiempo y luego de los 5 años del evento son extremadamente raras e inexorablemente los pacientes que se recuperan quedan profundamente secuestrados. Por otro lado, los estudios remarcan, además del tiempo, que la trayectoria de recuperación es un indicador pronóstico, entendiéndose a esta última como mejoría en el nivel de respuesta con el transcurso del tiempo. Como conclusión aquellos pacientes que permanecen en EMC por 5 años sin signos que demuestren mejoría en la capacidad de respuesta deben ser diagnosticados como ‘EMC permanente’ y las chances de recuperación son casi nulas. El paciente M.A.D. se encuentra en esta situación desde hace más de 20 años sin evidencia de mejoría en todo este tiempo. Por estos motivos se concluye que el paciente se encuentra en EMC permanente y sus posibilidades de recuperación son excepcionales” (fs. 1186/1190). -9 11) Que descriptos los antecedentes del caso, así como el diagnóstico y el pronóstico que efectuaron los profesionales médicos que tuvieron contacto con M.A.D., corresponde ingresar en el examen de los planteos formulados por las recurrentes. Al respecto, cabe en el primer lugar señalar que no pueden prosperar las impugnaciones formuladas por el Ministerio de Incapaces en el sentido de que el fallo apelado es arbitrario dado que la ley 26.529, modificada por la ley 26.742, no puede ser aplicada en forma retroactiva. Ello es así en tanto, como se sostiene en el dictamen de la señora Procuradora General, no se demostró la arbitrariedad de la decisión del a quo de

aplicar en forma inmediata la referida normativa a la situación del paciente. 12) Que, aclarado ello, es importante remarcar que la ley 26.529 reconoce el derecho del paciente a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de voluntad. El artículo 2º, inciso e, prevé que “el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud. En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable. En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos --10 CSJ 376/2013 (49-D) /CS1 D., M. A. s/ declaración de incapacidad. mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente”. Por su parte, el artículo 5º establece que debe entenderse “por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: (...) g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable”.

13) Que el texto legal transcrito es el resultado de la modificación recientemente

introducida a la Ley de Derechos del Paciente por la ley 26.742 luego de un amplio debate parlamentario y que tuvo por principal objetivo atender a los casos de los pacientes aquejados por enfermedades irreversibles, incurables o que se encuentren en estado terminal o que hayan sufrido lesiones que los coloquen en igual situación (conf. Diario de Sesiones de la H. Cámara de Diputados de la Nación, Reunión 10 - 7ª Sesión Ordinaria (Especial) – 30 de noviembre de 2011; y Diario de Sesiones de la H. Cámara de Senadores de la Nación, 5º Reunión - 3º Sesión Ordinaria – 9 de mayo de 2012). De esta manera, se reconoció a las personas que se hallan en esas situaciones límite, como forma de ejercer la auto determinación, la posibilidad de rechazar tratamientos médicos o biológicos. -11 No fue intención del legislador autorizar las prácticas eutanásicas, expresamente vedadas en el artículo 11 del precepto, sino admitir en el marco de ciertas situaciones específicas la “abstención” terapéutica ante la solicitud del paciente (conf. Fallos: 335:799, considerando 16). Por lo demás, sobre este punto, cabe señalar que estas previsiones consagradas por la legislación especial no resultan incompatibles con las normas del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, promulgado por la ley 26.994 y que, de acuerdo a la ley 27.077, entrará en vigencia a partir del 1º de agosto de 2015. 14) Que si bien M.A.D. no padece una enfermedad, lo cierto es que, como consecuencia de un accidente automovilístico, ha sufrido lesiones que lo colocan en un estado irreversible e incurable. En efecto, tal como se ha señalado anteriormente, hay coincidencia entre los profesionales que lo han examinado en cuanto a la irreversibilidad o incurabilidad de su situación, sin que se hayan expresado fundamentos médicos -según los estándares científicos reconocidos a nivel internacional- o acompañado antecedentes que permitan suponer que tenga posibilidades de recuperarse de su actual estado. Esta circunstancia llevó a uno de los profesionales médicos que relevó su situación a manifestar que se trata de un paciente desahuciado en estado terminal (confr. fs. 721). Es por este motivo que resulta posible encuadrar su estado, así como la petición formulada de retiro de medidas de soporte vital, dentro de lo contemplado en los artículos 2º, inciso e, y 5º, inciso g, de la ley 26.529. 15) Que abonan esta conclusión las expresiones de los legisladores que participaron del debate parlamentario que precedió a la sanción de la ley 26.742, que introdujo la actual redacción de los artículos 2º, inciso e, y 5º, inciso g, de la ley 26.529. En esa oportunidad, al exponer los motivos por los que se entendía necesaria la modificación de la Ley de Derechos del Paciente, se hizo expresa referencia a la necesidad de atender a situaciones como la que atraviesa M.A.D. (conf. Diario de Sesiones de la H. Cámara de Senadores de la Nación, págs. 30, 38, 39 y 58 y Diario de Sesiones de

la H. Cámara de Diputados de la Nación, Reunión- -12 CSJ 376/2013 (49-D)/CS1 D., M. A. s/ declaración de incapacidad. 10 - 7ª Sesión Ordinaria (Especial) – 30 de noviembre de 2011). Asimismo, al regular lo atinente a los procedimientos de alimentación e hidratación artificial en los términos ya reseñados, se consideró que estos también pueden ser rechazados cuando “...produzcan, como único efecto, la prolongación, en el tiempo, del estadio terminal irreversible o incurable. De esta forma, abarcamos todos los tipos de procedimientos mencionados, a los efectos de que claramente rija la autonomía de la voluntad para rechazar los y que la muerte se produzca naturalmente sin necesidad de prolongarla de manera artificial, dando lugar así al encarnizamiento médico [...] o al alargamiento de situaciones de vida vegetativa...” (conf. diputada Ibarra, Diario de Sesiones de la H. Cámara de Diputados de la Nación, Reunión 10-7ª Sesión Ordinaria (Especial) – 30 de noviembre de 2011). 16) Que este Tribunal entiende adecuado resaltar que la solicitud incoada para que cesen los procedimientos de hidratación y alimentación artificial que recibe M.A.D. puede ser encuadrada en los distintos supuestos previstos en forma alternativa por los artículos 2º, inciso e, y 5º, inciso g. Ello es así por cuanto, más allá de la especificidad de estos procedimientos y de la expresa referencia que estas normas contienen al respecto, lo cierto es que en el marco de una situación como la que se encuentra M.A.D. existe consenso en la ciencia médica en cuanto a que estos, en tanto brindan al paciente soporte vital, constituyen en sí mismos una forma de tratamiento médico. Esta conclusión también resulta del dictamen de fs. 1137/1154 al expresar que “el soporte vital incluye tratamientos de alta complejidad (técnicas de circulación asistida, oxigenación extracorpórea, reanimación cardiopulmonar, la ventilación mecánica, la diálisis, etc.) y de baja complejidad (empleo de derivados sanguíneos, sustancias vaso activas y fármacos — antibióticos, diuréticos, quimioterápicos, etc.—) entre los que se encuentran la alimentación e hidratación artificiales. El soporte vital excluye la prolongación de vida solamente biológica...”. -13 En este sentido, en ese mismo informe se señala que las medidas de alimentación e hidratación que se suministran a M.A.D. “...no tienen la finalidad de recuperar la conciencia [...] sino, suplir la función de uno o más órganos o sistemas cuya afectación compromete el pronóstico vital, con el objeto de mantener la vida en un paciente crítico como el de autos...” (fs. 1153). Similares consideraciones se expresaron en los dictámenes de los Comités de Bioética agregados al expediente en los que se destaca que estos procedimientos también pueden ser rechazados en situaciones análogas a la que se encuentra M.A.D. (cf. fs. 378/380; 381/383 y 543/553).

17) Que, por lo demás, el relevamiento de la jurisprudencia comparada demuestra que la hidratación y la alimentación han sido reconocidos como tratamientos médicos, aun en ausencia de previsiones normativas expresas, en distintos precedentes dictados por los tribunales extranjeros de máxima instancia al decidir peticiones similares a las planteadas en autos respecto a pacientes que carecían de conciencia de sí mismo y del mundo exterior y cuyos estados resultaban también irreversibles (cf. Suprema Corte de los Estados Unidos, “Cruzan v. Director Missouri Department of Health”, 497 U.S. 261, voto concurrente de la jueza O’Connor, sentencia del 25 de junio de 1990; Cámara de los Lores del Reino Unido, “Airedale NHS Trust v. Bland” [1993] 1 All ER 821, sentencia del 4 de febrero de 1993; Corte Suprema de Casación de Italia, sección primera civil, sentencia N° 21748/07 del 16 de octubre de 2007, (caso “Englaro”); Suprema Corte de la India, “Aruna Ram chandra Shanbaug v. Union of India & Ors.”, sentencia del 7 de marzo de 2011; Consejo de Estado Francés, “Mme. F.I. et autres”, sentencia del 24 de junio de 2014). Este encuadre fue admitido, con sustento en las disposiciones de la Guía del Consejo de Europa para el Proceso de Toma de Decisiones relativas al Tratamiento Médico en Situaciones del Final de la Vida, por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos al convalidar, en fecha reciente, una decisión del Consejo de Estado Francés que autorizó el retiro de la nutrición y la reducción de la hidratación de una persona que se encontraba en un estado simi--14 CSJ 376/2013 (49-D)/CS1 D., M. A. s/ declaración de incapacidad. lar al de M.A.D. (conf. “Lambert y otros c. Francia”, fallo del 5 de junio de 2015).

18) Que la situación concreta en la que se halla M.A.D. permite aseverar que, en el presente caso, se está en presencia de un paciente mayor de edad que hace más de 20 años que se encuentra internado sin conciencia de sí mismo ni del mundo que lo rodea, alimentado por yeyunostomía, con las complicaciones médicas que naturalmente se derivan de la circunstancia de que esté postrado y con una apertura permanente en su intestino delgado para recibir, a través de una sonda, los nutrientes que prolongan su vida. Asimismo, de las constancias de la causa surge que M.A.D. no ha brindado ninguna directiva anticipada formalizada por escrito respecto a qué conducta médica debe adoptarse con relación a la situación en la que se halla actualmente. Tal omisión no puede entenderse indicativa de voluntad alguna si se tiene en consideración que al momento del accidente no solo no se encontraban vigentes las normas que aquí se examinan, sino que esa práctica no era habitual ni se hallaba tan difundida socialmente la posibilidad de hacerlo como ocurre en la actualidad. Asimismo, atento a su condición médica, no puede ahora ni podrá en el futuro declarar por sí mismo la decisión

relativa a la continuidad del tratamiento médico y del soporte vital que viene recibiendo desde el año 1994. Es decir, en el sub lite lo que corresponde examinar es si pese a estas circunstancias es posible conocer cuál es la voluntad de M.A.D. respecto de esta cuestión.

19) Que, ello aclarado, cabe reiterar que, como se estableciera anteriormente, la decisión de aceptar o rechazar un tratamiento médico constituye un ejercicio de la autodeterminación que asiste a toda persona por imperio constitucional. En efecto, esta Corte, en innumerables precedentes ha resaltado el valor de la autodeterminación de la persona humana con fundamento en el artículo 19 de la Constitución Nacional, no solo como límite a la injerencia del Estado en las decisiones del individuo concernientes a su plan de vida, sino también como ámbito soberano de este para la toma de decisiones libres vinculadas a sí mismo (Fallos: 332:1963; 335:799). En este orden, ha dejado claramente establecido que el artículo 19 de la Constitución Nacional otorga al individuo un ámbito de libertad en el cual puede adoptar libremente las decisiones fundamentales acerca de su persona, sin interferencia alguna por parte del Estado o de los particulares, en tanto dichas decisiones no violen derechos de terceros (Fallos: 316:479; 324:5). En la misma línea, ha recordado que nuestro sistema jurídico recoge una concepción antropológica que no admite la cosificación del ser humano y, por ende, rechaza su consideración en cualquier otra forma que no sea como persona, lo que presupone su condición de ente capaz de autodeterminación (Fallos: 328:4343). Es en este marco que la ley 26.529 reconoce este derecho a toda persona y dispone lo necesario para asegurar su pleno ejercicio, incluso para casos como el que aquí se examina (conf. artículo 11).

20) Que en este punto resulta oportuno recordar que, como fuera sentado en el ya citado precedente de Fallos: 335:799 y sus citas, "...el art. 19 de la Ley Fundamental [...] protege jurídicamente un ámbito de autonomía individual constituida por los sentimientos, hábitos y costumbres, las relaciones familiares, la situación económica, las creencias religiosas, la salud mental y física y, en suma, las acciones, hechos o datos que, teniendo en cuenta las formas de vida aceptadas por la comunidad están reservadas al propio individuo [...]. En rigor, el derecho a la privacidad comprende no sólo la esfera doméstica, el círculo familiar y de amistad, sino a otros aspectos de la personalidad espiritual o física de las personas tales como la integridad corporal o la imagen y nadie puede inmiscuirse en la vida privada de una persona ni violar áreas de su actividad no destinadas a ser difundidas, sin consentimiento o el de sus familiares autorizados para ello".

21) Que en la ley 26.529 se prevé la situación de los pacientes que, como en el caso de M.A.D., se encuentran incapacitados--16 CSJ 376/2013 (49-

D)/CS1 D., M. A. s/ declaración de incapacidad. tados o imposibilitados de expresar su consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico. Así, en el artículo 6° se establece que en estos supuestos el consentimiento del paciente “[...] podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la ley 24.193 [Trasplante de Órganos], con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido. Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente, en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario”. De acuerdo con los términos del citado artículo 21, y al orden de prelación allí establecido, los hermanos se encuentran autorizados a dar testimonio de la voluntad del paciente. 22) Que teniendo en cuenta el principio de autodeterminación del paciente que, como se señaló, posee raigambre constitucional y la aplicación que efectuó el a quo de la norma señalada, corresponde formular las siguientes precisiones. Por aplicación del sistema establecido por el legislador, son determinadas personas vinculadas al paciente –impedido para expresar por sí y en forma plena esta clase de decisión—, los que hacen operativa la voluntad de este y resultan sus interlocutores ante los médicos a la hora de decidir la continuidad del tratamiento o el cese del soporte vital. En este sentido, debe aclararse y resaltarse que, por tratarse la vida y la salud de derechos personalísimos, de ningún modo puede considerarse que el legislador haya transferido a las personas indicadas un poder incondicionado para disponer la suerte del paciente mayor de edad que se encuentra en un estado total y permanente de inconsciencia. En efecto, no se trata de que las personas autorizadas por la ley -en el caso, las hermanas de M.A.D.-, decidan la cuestión relativa a la continuidad del tratamiento médico o de la pro visión del soporte vital de su hermano en función de sus propios valores, principios o preferencias sino que, como resulta claro del texto del artículo 21 de la ley 24.193 al que remite el artículo 6° de la ley 26.529, ellas solo pueden testimoniar, bajo declaración jurada, en qué consiste la voluntad de aquel a este res pecto. Los términos del artículo 21 de la ley son claros en cuanto a que, quienes pueden transmitir el consentimiento informado del paciente no actúan a partir de sus convicciones propias sino dando testimonio de la voluntad de este. Es decir que no deciden ni “en el lugar” del paciente ni “por” el paciente sino comunican do su voluntad. Ello, a diferencia de diversas soluciones adopta das en el derecho comparado que permiten reconstruir la presunta voluntad del paciente teniendo en cuenta para ello tanto los dese os expresados antes de caer en estado de inconsciencia como su personalidad, su estilo de vida, sus valores y sus convicciones éticas, religiosas, filosóficas o culturales (conf. Corte Suprema de Casación de Italia,

sección primera civil, sentencia N° 21748/07 del 16 de octubre de 2007, (caso “Englaro”); Código Civil alemán (BGB) parágrafo 1901a). De este modo, la decisión respecto de la continuidad del tratamiento no puede ni debe responder a meros sentimientos de compasión hacia el enfermo, ni al juicio que la persona designada por la ley se forme sobre la calidad de vida del paciente, aunque esta sea parte de su círculo familiar íntimo. Tampoco puede basarse en criterios utilitaristas que desatiendan que toda persona es un fin en sí mismo. Lo que la manifestación de la persona designada por ley debe reflejar es la voluntad de quien se encuentra privado de consciencia y su modo personal de concebir para sí, antes de caer en este estado de inconsciencia permanente e irreversible, su personal e intransferible idea de dignidad humana. Esta premisa, por otra parte, encuentra plena correspondencia con los principios del artículo 12 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la ley 26.378, que integra el bloque de constitucionalidad en virtud de lo dispuesto en la ley 27.044. 23) Que, en igual sentido, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en el ya citado caso “Lambert”, destacó que el paciente es la parte principal en el proceso de toma de decisiones y que su consentimiento debe permanecer en el centro de este último; -18 CSJ 376/2013 (49-D)/CS1 D., M. A. s/ declaración de incapacidad. esto es cierto incluso cuando el paciente es incapaz de expresar sus deseos. Recordó ese tribunal que la Guía del Consejo de Europa para el Proceso de Toma de Decisiones relativas al Tratamiento Médico en Situaciones del Final de la Vida recomienda que el paciente debe participar en el proceso de toma de decisiones a través de cualquier deseo expresado anteriormente que pueda haber sido confiado por vía oral a un miembro de la familia. 24) Que en razón de los valores en juego y con el objeto de evitar cualquier equívoco relativo al alcance de este pronunciamiento, corresponde remarcar que no está en discusión que M.A.D., es una persona en sentido pleno que debe ser tutelada en sus derechos fundamentales, sin discriminación alguna (artículos 16 y 19 de la Constitución Nacional). Asimismo, debe subrayarse que de la dignidad que le asiste por el simple hecho de ser humano, reconocida en distintas normas convencionales, se desprende el principio de inviolabilidad de las personas que proscribe tratarlo con base en consideraciones utilitarias (Fallos: 335:197, considerando 16). Es justamente por ello que goza tanto del derecho a la autodeterminación de decidir cesar un tratamiento médico como también, en sentido opuesto, a recibir las necesarias prestaciones de salud y a que se respete su vida, en tanto primer derecho de la persona humana que resulta reconocido y garantizado por la Constitución Nacional (Fallos: 323:3229; 324:3569; 331:453; CSJ 698/2011 (47-P) “P.,

A.C. s/ insania”, fallada el 11 de diciembre de 2014; CSJ 9/2013 (49-R) “R., S.E. c/ Provincia Servicios de Salud S.A. s/ cumplimiento de contrato”, fallada el 30 de diciembre de 2014; entre otros). 25) Que es en razón de estas esenciales premisas que se impone aclarar que la solución que aquí se adopta respecto de la solicitud formulada por las hermanas de M.A.D. de ninguna manera avala o permite establecer una discriminación entre vidas dignas e indignas de ser vividas ni tampoco admite que, con base en la severidad o profundidad de una patología física o mental, se restrinja el derecho a la vida o se consienta idea alguna que implique cercenar el derecho a acceder a las prestaciones médicas o sociales destinadas a garantizar su calidad de vida (Fallos: 327:2127; 335:76, 452). Por el contrario, partiendo del concepto de que justa mente por tratarse M.A.D. de una persona humana que posee derechos fundamentales garantizados por normas de superior jerarquía, lo que este pronunciamiento procura es garantizar el máximo respeto a su autonomía y asegurar que esta sea respetada, en los términos dispuestos por la ley, en una situación en la que él no puede manifestar por sí mismo su voluntad a causa del estado en que se encuentra. Es decir, no se trata de valorar si la vida de M.A.D., tal como hoy transcurre, merece ser vivida pues ese es un juicio que, de acuerdo con el sistema de valores y principios consagrado en nuestra Constitución Nacional, a ningún poder del Estado, institución o particular corresponde realizar. Como esta Corte ha señalado “en un Estado, que se proclama de derecho y tiene como premisa el principio republicano de gobierno, la Constitución no puede admitir que el propio Estado se arrogue la potestad sobrehumana de juzgar la existencia misma de la persona, su proyecto de vida y la realización del mismo, sin que importe a través de qué mecanismo pretenda hacerlo” (Fallos: 329: 3680). 26) Que resulta claro, entonces, que el artículo 6° de la ley 26.529 no autoriza a las personas allí designadas a decidir por sí, y a partir de sus propias valoraciones subjetivas y personales, con relación del tratamiento médico de quien se encuentra impedido de expresarse en forma absoluta y permanente a su respecto. De este modo, lo que la norma exclusivamente les permite es intervenir dando testimonio juramentado de la voluntad del paciente con el objeto de hacerla efectiva y garantizar la autodeterminación de este. 27) Que, en este contexto y a partir de todo lo afirmado precedentemente, resulta indispensable valorar que las hermanas de M.A.D., que son mayores de edad y, a su vez, fueron designadas como sus curadoras, solicitaron el cese de la provisión de tratamiento médico y de medidas de soporte vital manifestando con -20 CSJ 376/2013 (49-D)/CS1 D., M. A. s/ declaración de incapacidad. carácter de declaración jurada que esta solicitud responde a la voluntad de su

hermano (conf. fs. 424 vta. y 428). Asimismo, reviste interés resaltar las concordantes manifestaciones posteriormente efectuadas por la Sra. A. D. en el sentido que “está representando a su hermano, que ella sabe cuál era su voluntad y quiere que se respeten los derechos de su hermano” (conf. fs. 710) y que ratificó, al contestar el traslado de los recursos extraordinarios interpuestos en autos, cuando señaló que estaban “...cumpliendo la voluntad explícita manifestada por él, en vida a una de sus hermanas...” (fs. 1089). Por último, en esta línea corresponde dejar asentado que en el sub examine no se ha alegado ni aportado elemento alguno ante esta instancia tendiente a sostener que la aplicación del sistema adoptado por el legislador pueda implicar, en este caso concreto, desconocer la voluntad de M.A.D. al respecto. Tampoco hay en el expediente consideración o testimonio alguno que permita albergar dudas acerca de que esta es la voluntad de M.A.D. ni existen constancias de que esta voluntad hubiere sido modificada con posterioridad a las manifestaciones de las que se da testimonio en autos. La ausencia de una controversia sobre estos extremos permite diferenciar claramente a la situación planteada en el sub examine de la examinada en el precedente de Fallos: 335:799. 28) Que, en este contexto, es insoslayable señalar que este Tribunal advierte la situación de extrema vulnerabilidad en la que se encuentra M.A.D., así como las derivaciones en el plano de sus derechos humanos que plantea la cuestión debatida. Por ello, se estima necesario destacar que, con el objeto de garantizarlos, en el curso del proceso sus intereses fueron defendidos por una persona especialmente designada a esos efectos y distinta de las curadoras nominadas en los términos de la legislación civil. De esta forma, se extremaron los cuidados destinados a asegurar que, en el marco de un profundo examen de las cuestiones médicas y éticas involucradas, todos los puntos de vista sobre la cuestión fueran expresados y escuchados (conf. arg. CSJ -21 698/2011 (47-P) “P., A.C. s/ insania”, fallada el 11 de diciembre de 2014). 29) Que, por ello, debe descartarse el agravio de arbitrariedad invocado, pues cabe concluir que la petición efectuada por las hermanas de M.A.D. -en el sentido de que los profesionales de la salud se abstengan de proveerle a este todo tratamiento médico- se enmarca dentro de los supuestos previstos en la ley, al ser efectuada por los familiares legitimados, sin que los testimonios por ellos brindados fueran contrarrestados. Por lo tanto, y atento a que se ha dado cumplimiento con los requisitos exigidos, la petición debe aparejar todos los efectos previstos en el citado marco normativo. En tales términos, y teniendo en cuenta las circunstancias ya descriptas, corresponde admitir la pretensión deducida a fin de garantizar la vigencia efectiva de los derechos del paciente en las

condiciones establecidas por la ley 26.529. En especial, deberá darse cumplimiento con el artículo 2, inciso e, in fine, en cuanto precisa que en los casos en que corresponde proceder al retiro de las medidas de soporte vital es menester adoptar las providencias y acciones para el adecuado control y alivio de un eventual sufrimiento del paciente. 30) Que si bien en este caso particular no corresponde realizar juicio alguno relativo a la circunstancia de que la solicitud efectuada por las hermanas de M.A.D. fue judicializada, el Tribunal estima conveniente formular algunas precisiones respecto de cómo deberán tratarse, en el futuro, situaciones en las que se pretenda hacer efectivo el derecho a la autodeterminación en materia de tratamientos médicos. 31) Que, para ello, resulta necesario recordar que esta Corte ha sostenido que la primera fuente de interpretación de la ley es su letra (Fallos: 307:2153; 312:2078 y 314:458, entre muchos otros) pero a ello cabe agregar que su comprensión no se agota con la remisión a su texto, sino que debe indagarse, también, lo que ella dice jurídicamente, dando pleno efecto a la intención del legislador, y computando la totalidad de sus preceptos de manera que armonicen con el ordenamiento jurídico restante y con los -22 CSJ 376/2013 (49-D)/CS1 D., M. A. s/ declaración de incapacidad. principios y garantías de la Constitución Nacional (Fallos: 334:13; CSJ 369/2013 (49-R)/CS1 “Rizzo, Jorge Gabriel (apoderado Lista 3 Gente de Derecho) s/ acción de amparo c/ Poder Ejecutivo Nacional, ley 26.855, medida cautelar”, sentencia del 18 de junio de 2013). De este modo, partiendo de estas premisas interpretativas, debe resaltarse que en lo que se refiere a esta importante cuestión y para el supuesto que aquí nos ocupa, el legislador no ha exigido que el ejercicio del derecho a aceptar o rechazar las prácticas médicas ya referidas quede supeditado a una autorización judicial previa. Esta conclusión, basada en la lectura del texto de la norma que no formula ninguna referencia a esta cuestión, se ve corroborada al acudir a los antecedentes parlamentarios. De ellos surge que distintos legisladores manifestaron en forma contundente que la normativa introducida pretendía evitar la judicialización de las decisiones de los pacientes (conf. senadores Cano, Lores y Fellner, Diario de Sesiones de la H. Cámara de Senadores de la Nación, págs. 32, 39 y 49). 32) Que, por lo tanto, aquí resultan aplicables las consideraciones expuestas por el Tribunal en el precedente “F.A.L.” (Fallos: 335:197) en cuanto a que “por imperio del artículo 19 in fine de la Constitución Nacional, que consagra el principio de reserva como complemento de la legalidad penal, ha quedado expresamente dicho por voluntad del constituyente que ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe” (considerando 20). Por tal razón, no debe exigirse una autorización judicial

para convalidar las decisiones tomadas por los pacientes respecto de la continuidad de los tratamientos médicos, en la medida en que estas se ajusten a los supuestos y requisitos establecidos en la ley 26.529, se satisfagan las garantías y resguardos consagrados en las leyes 26.061, 26.378 y 26.657 y no surjan controversias respecto de la expresión de voluntad en el proceso de toma de decisión. -23 33) Que, por otra parte, la particular situación que se suscitó en la institución en la que se atendió a M.A.D. pone de manifiesto la necesidad de que, las autoridades correspondientes, contemplen mediante un protocolo las vías por las que el personal sanitario pueda ejercer su derecho de objeción de conciencia sin que ello se traduzca en derivaciones o demoras que comprometan la atención del paciente. A tales efectos, deberá exigirse que la objeción sea manifestada en el momento de la implementación del protocolo o al inicio de las actividades en el establecimiento de salud correspondiente, de forma tal que toda institución que atienda a las situaciones aquí examinadas cuente con recursos humanos suficientes para garantizar, en forma permanente, el ejercicio de los derechos que la ley les confiere a los pacientes que se encuentren en la situación contemplada en la ley 26.529. Por ello, habiendo dictaminado la señora Procuradora General de la Nación, se declaran parcialmente admisibles los recursos extraordinarios interpuestos y se confirma la sentencia apelada en los términos y con los alcances indicados en el considerando 29, segundo párrafo. Notifíquese y oportunamente devuélvase.

RICARDO LUIS LORENZETTI - ELENA I. HIGHTON de NOLASCO - JUAN CARLOS MAQUE DA.

NOTA DE ELEVACIÓN DE TRABAJO FINAL

Buenos Aires, 30 de julio 2025

Sra. Directora de la Carrera de Abogacía

Facultad de Derecho y Ciencias Políticas

Universidad Abierta Interamericana

Dra. Viviana Kluger

S _____ / _____ D

De mi mayor consideración:

Por la presente comunico por este medio que el alumno GIOACHINI TACIANO EROS, DNI N° 43.304.144, ha confeccionado bajo mi supervisión el trabajo final que lleva el título: *"La eutanasia como desafío legal en Argentina: análisis conceptual, comparativo y propuesta para una legislación futura"*

Creo que por la calidad disciplinar de su contenido merece ser defendido ante el Tribunal que se designe.

Sin otro particular, saludo a Ud. Atte.

Firma y aclaración del tutor:



Carlos V. Zanen