

Universidad Abierta Interamericana

"El Derecho a Morir Dignamente: Análisis Jurídico de la Eutanasia en Argentina"

Alumno presentante: Amitrano, Gabriela Alicia

Tutor: Laje, Alejandro José

Título a obtener: Abogada

Carrera: Abogacía – Localización: (090) Lomas

Fecha: 20 de Agosto 2025

Email: amitranogaby@gmail.com /
GabrielaAlicia.amitrano@alumnos.uai.edu.ar

Gmail gabriela amitrano <amitranogaby@gmail.com>

Solicitud y registro de tema de tesis

Miceli, Marilina <Marilina.Miceli@uai.edu.ar> 11 de abril de 2025, 17:51
Para: gabriela amitrano <amitranogaby@gmail.com>
Cc: "Laje, Alejandro Jose" <Alejandro.Laje@uai.edu.ar>

Recibido y registrado. Atte

Enviado desde Outlook para Android

From: gabriela amitrano <amitranogaby@gmail.com>
Sent: Friday, April 11, 2025 6:50:58 PM
To: Miceli, Marilina <Marilina.Miceli@UAI.edu.ar>
Cc: Laje, Alejandro Jose <Alejandro.Laje@UAI.edu.ar>
Subject: Re: Solicitud y registro de tema de tesis

ATENCIÓN: Este email proviene de un origen externo a la institución. No ingrese a links y tampoco abra archivos adjuntos en el mismo, salvo que Ud. conozca a la persona que se lo envía y sepa que el contenido es seguro.

Marilina buenos días,

Me comunico con usd. a fin de poner en su conocimiento una modificación relativa al trabajo final de tesis.

El motivo del presente es informar que, una vez concluido el desarrollo del trabajo, se ha considerado pertinente adecuar el título originalmente propuesto, toda vez que el contenido y enfoque final del escrito difieren parcialmente de la formulación inicial. En virtud de ello, el nuevo título de la tesis queda establecido de la siguiente manera:

"El Derecho a Morir Dignamente: Análisis Jurídico de la Eutanasia en Argentina".

Asimismo, hemos recibido una resolución en la que se detallan diversos puntos a cumplimentar con carácter previo a la entrega formal de la tesis. En consecuencia, se adjunta a la información solicitada en el documento adjunto en formato Word para su conocimiento.

W PRESENTACIÓN DE TRABAJO FINAL...

Quedo a disposición para cualquier aclaración que deba realizarse en consecuencia.

Sin otro particular, saludo atentamente.

Gabriela Amitrano
DNI 30.364.135
1124537579
Amitranogaby@gmail.com

El El jue, 22 ago 2024 a la(s) 6:23 a. m., Miceli, Marilina <Marilina.Miceli@uai.edu.ar> escribió:

Buen día. Tema y tutor registrado. Atte

Enviado desde Outlook para Android

From: gabriela amitrano <amitranogaby@gmail.com>
Sent: Wednesday, August 21, 2024 9:38:04 PM
To: Miceli, Marilina <Marilina.Miceli@UAI.edu.ar>
Cc: Laje, Alejandro Jose <Alejandro.Laje@UAI.edu.ar>
Subject: Solicitud y registro de tema de tesis

ATENCIÓN: Este email proviene de un origen externo a la institución. No ingrese a links y tampoco abra archivos adjuntos en el mismo, salvo que Ud. conozca a la persona que se lo envía y sepa que el contenido es seguro.

Por medio del presente me dirijo a Usted, a los fines de solicitarle tenga a bien autorizar la tutoría del Profesor Alejandro Laje en mi proyecto de tesis (trabajo final) de la carrera de abogacía.

El tema trata sobre la falta de regulacion normativa de la práctica de la Eutanasia.

Titulo de tesis: "la legislación de la Eutanasia: Conflictos jurídicos y Éticos, en el marco de los derechos humanos".

Aguardo su pronta respuesta,
Saluda a Ud. Atentamente,

Gabriela Amitrano
DNI 30364135

1124537579
Amitranogaby@gmail.com / Gabriela Alicia.amitrano@alumnos.uai.edu.ar

Lomas de Zamora, 21 de Agosto de 2024

Dr. Profesor/a

Alejandro Laje

Facultad de Derecho y Ciencias Políticas

Universidad Abierta Interamericana

Me dirijo a usted con el objeto de solicitar formalmente su aceptación para desempeñarse como tutor académico de mi Trabajo Final de Tesis, en el marco de la carrera de Abogacía – Plan de Estudios J118, que curso en esta Casa de Altos Estudios.

La propuesta de investigación que me encuentro desarrollando lleva por título:

"El Derecho a Morir Dignamente: Análisis Jurídico de la Eutanasia en Argentina",

y tiene como eje el abordaje jurídico y doctrinario de la eutanasia en el contexto del derecho argentino, en diálogo con los principios de dignidad humana, autonomía de la voluntad y derechos fundamentales.

Considerando su formación académica, experiencia en la materia y antecedentes en la investigación jurídica, estimo que su acompañamiento será de suma relevancia para el desarrollo adecuado y riguroso del trabajo.

Agradezco desde ya su consideración y quedo a la espera de su respuesta.

Saludo a usted con distinguida consideración.

Gabriela Alicia Amitrano

DNI N°30.364.135

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 21 de Agosto de 2024

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted en atención a la solicitud formulada el día de la fecha, mediante la cual requiere mi conformidad para asumir la tutoría académica del Trabajo Final de Tesis titulado:

"El Derecho a Morir Dignamente: Análisis Jurídico de la Eutanasia en Argentina".

Al respecto, hago saber que presto expresa conformidad para desempeñar el rol de tutor académico del referido trabajo, comprometiéndome a brindar el acompañamiento y seguimiento correspondiente durante todo el proceso de elaboración, conforme los criterios y disposiciones establecidos por la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad Abierta Interamericana.

Sin otro particular, quedo a disposición para coordinar las instancias de trabajo pertinentes, y saludo a usted atentamente.



Dr. Alejandro Laje

Docente – Facultad de Derecho y Ciencias Políticas

Universidad Abierta Interamericana

Contenido

Agradecimientos 7

Resumen 9

Capítulo I: Diseño Metodológico 11

I.I. Titulo Académico 11
I.II. Título comercial 11
I.III. Área temática 11
I.IV. Marco Teórico 11
I.V. Objetivo General 13
I.VI. Objetivos Específicos 13
I.VII. Encuadre Metodológico 14
I.VIII. Encuadre Normativo 15
I.IX. Problema Jurídico 15
I.X Hipótesis 16

Capítulo II. Introducción. Disposiciones Generales 17

II.2. Clasificación 25
II.2.1. Eutanasia Activa y Pasiva 25
II.2.2 Eutanasia Voluntaria, Involuntaria y No voluntaria 26
II.2.3 Eutanasia Directa o Indirecta 26
II.2.4. Eutanasia Autónoma y Heterónoma 27
II.3. Otros Conceptos Relacionados con la Eutanasia 29
II.3.1 Ortotanasia y Distanasia 29

Capitulo III: Antecedentes Históricos 31

Capítulo IV: Eutanasia: Una Perspectiva Filosófica 38

Capítulo V Debates Éticos y Jurídicos Contemporáneos 57

V.l Posturas a favor 57
V.I.1 Autonomía de la Voluntad 58
V.I.2 Alivio del Sufrimiento 62
V.I.3 Argumentos Altruistas y Emocionales 65
V.I.4 Dignidad Humana 66
V2 Argumentos en Contra de la Eutanasia 68
V. 2.1. La Dignidad Humana como Valor Absoluto 69
V. 2.2. El Valor de la Vida como Bien Jurídico Supremamente Indisponible 72

V.2.3. Derecho a una Muerte Digna 73
V.2.4. Riesgo de "Deslizamiento" hacia la Eutanasia Involuntaria 76
V.2.5. Autonomía de la Voluntad 77
V.2.6. Principio de No Maleficencia 78
V.2.5. Argumentos Éticos y Morales 79
Capítulo VI Ética Religiosa – Postura particular de la Iglesia 81
VI.1. Postura de la Doctrina de la Fe Católica 82
VI.1.1. Declaración "Iura Et Bona" 83
VI.1.2. El carácter universal de los principios morales 90
VI.1.3 Palabras de Pio XII. Summi Pontificatus de 1939 y Allocutiones de 1957 92
VI.1.3 Palabras de Bergoglio. Declaración de 2017 93
VI. 2. Postura del budismo 95
VI.3. Postura del Judaísmo 97
VI.4. Postura del Islamismo 98
VI.5. Postura del Protestantismo 100
VI.6. Postura de los Testigos de Jehová 102
Capitulo VII: Ley de Eutanasia en el Derecho comparado y otros institutos 104
VII.1 Alemania 105
VII.2. Suiza 105
VII.3 Estados Unidos 108
VII.4. Bélgica 111
VII.5. Colombia 114
VII.6. Países Bajos 119
VII.7. Luxemburgo 125
VII.8. Canadá 130
VII.9. Nueva Zelanda 135
VII.10. España 138
Capítulo VIII. Marco Normativo desde La ciencia médica y la Bioética 144
VIII.1. Concepto de Bioética y su Relación con el Instituto Jurídico de la Eutanasia 144
VIII.1. 2. Los Cuatro Principios de la Bioética y su Relación con la Eutanasia 146
VIII.2. Código de ética en base a la Eutanasia y el Suicidio Asistido 149
VIII.3 Ley de Muerte Digna 152
VIII.3.1. Antecedentes Normativos 152
VIII.3.2. De la ley 26.529 a la ley 26.742 154
VIII.3.3 Rechazo de tratamientos de hidratación y alimentación 160

VIII.3.4. Consentimiento Informado, Directivas Anticipadas 162
VIII.3.5. Cuidados Paliativos y Encarnizamiento Terapéutico 169
VIII.4. Objeción de conciencia 171
Capitulo IX: Derecho a morir. ¿Derecho fundamental a legalizar o delito a castigar? 173
IX.1 Fundamentos Constitucionales y Convencionales 174
IX.2. Intentos legislativos de la eutanasia 182
IX.3. Análisis de los Delitos contra la Vida en el Código Penal Argentino 190
IX.3.1 El Valor de la aquiescencia en la Limitación del Poder Punitivo Estatal 193
IX.3.2. Reformas del Artículo 82 del Código Penal: "Homicidio por Piedad" 198
Capítulo X: Casos Jurisprudenciales de relevancia 201
X.1. Caso Saguir y Dib, Claudia Graciela 201
X.2. Caso Bahamondez 206
X.3. Fallo M.d.C.S 210
X.4. Caso Albarracini 216
X.5. Caso Alfonso 219
X.6. Caso D.M.A 221
Capítulo XI. Conclusiones 224
Bibliografía 227

Agradecimientos

En este espacio quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que, de una u otra forma, han sido parte de este camino que hoy culmina.

En primer lugar, a mis padres, por ser mi ejemplo de esfuerzo, constancia y valores. Gracias por brindarme siempre su amor incondicional, su apoyo firme, y por enseñarme que todo es posible con trabajo, perseverancia y dedicación; y que nunca hay un obstáculo insuperable cuando se pone el corazón y la mente en lo que se hace. Hoy, este logro es tanto mío como suyo, porque sin su apoyo incondicional y la fe inquebrantable que han tenido en mí, nada de esto hubiera sido posible.

A mi pareja, por su apoyo incondicional, paciencia y amor, los cuales han sido fundamentales a lo largo de este proceso. Su comprensión constante y su presencia, incluso en los momentos más exigentes y difíciles, han sido una fuente de fortaleza inestimable. Gracias por estar a mi lado en cada paso de este recorrido, y por brindarme la seguridad de que, independientemente de los desafíos, siempre podría contar con su respaldo. Su contribución silenciosa pero firme a este logro es invaluable.

A mis hijos, a quienes cada día me esfuerzo por transmitir el valor fundamental del estudio, la ética, los valores y la responsabilidad. Este logro no solo representa un avance académico, sino también un ejemplo tangible de lo que significa comprometerse con el conocimiento y la formación integral. Su amor incondicional y su constante motivación son el motor que me impulsa a seguir adelante, y a demostrarles que el esfuerzo y la perseverancia, en el marco de una ética sólida y un compromiso con la responsabilidad, son los pilares sobre los cuales se construyen los logros más significativos. Este éxito también les pertenece a ustedes, porque cada sacrificio realizado ha tenido como fin brindarles un ejemplo de dedicación y compromiso con el conocimiento, valores que considero esenciales en el desarrollo tanto personal como profesional.

A mis amigos, por su comprensión ante mis ausencias, por su lealtad inalterable y por el afecto sincero que supieron brindarme en los momentos de mayor exigencia. A mis compañeros de estudio, a quienes hoy tengo el privilegio de llamar también amigos, con quienes compartí extensas jornadas de lectura, análisis crítico, reflexión académica y mutua contención. Porque, como bien se sostiene, nadie se recibe solo: este recorrido también fue posible gracias a esa red solidaria y comprometida que supimos construir juntos.

A mi tutor, el Dr. Alejandro Laje, cuya guía atenta, paciencia, compromiso y generosa disposición han sido esenciales para el desarrollo de esta investigación con la rigurosidad y claridad conceptual que se requiere. Su orientación precisa y su acompañamiento constante, no solo en esta etapa final, sino a lo largo de toda mi trayectoria académica, han representado una fuente inestimable de apoyo, proporcionando una dirección segura y firme a lo largo de este proceso

A los docentes que integraron mi formación universitaria, por su vocación, su entrega y su capacidad para despertar en mí el pensamiento crítico y el amor por el conocimiento jurídico. Quiero dedicar una mención especial al Dr. Pablo Corbalán, cuya pasión por la enseñanza, profundidad teórica y compromiso con la educación marcaron de manera indeleble mi recorrido académico.

A todos y cada uno de ustedes: gracias por formar parte de este trayecto, por sostenerme con afecto, por confiar en mí, y por contribuir —desde diversos lugares— a que este sueño se convirtiera en realidad.

Resumen

El presente trabajo aborda el instituto jurídico de la eutanasia desde una perspectiva integral y crítica, examinando su evolución histórica, conceptualización doctrinaria y marco normativo tanto en el ámbito nacional como internacional. Con un enfoque técnico y exhaustivo, se sustenta en el derecho comparado y en los derechos fundamentales, con el propósito de proponer soluciones normativas que respondan adecuadamente a la realidad jurídica y social de Argentina.

En primer lugar, se establecen los fundamentos metodológicos que orientan la investigación, definiendo el marco teórico y los objetivos generales y específicos. Se parte de la hipótesis de que la Ley 26.742, pese a constituir un avance significativo en la regulación de la muerte digna, resulta insuficiente para abordar los casos que involucran la eutanasia activa.

El desarrollo conceptual inicial se centra en los principios fundamentales de vida, muerte y dignidad, pilares esenciales para comprender el debate en torno a la eutanasia. Se analizan las distintas clasificaciones de la eutanasia, diferenciando entre activa y pasiva, directa e indirecta, voluntaria e involuntaria, así como conceptos relacionados como ortotanasia, distanasia y suicidio asistido. Este abordaje busca clarificar los límites y alcances de cada práctica en un marco jurídico y ético.

La revisión histórica del tercer capítulo permite situar el debate en un contexto evolutivo, desde las reflexiones filosóficas de la antigüedad clásica hasta los desarrollos más recientes en torno a la eutanasia. Se destacan las contribuciones de pensadores como Séneca, Epicuro y Bacon, quienes exploraron la relación entre autonomía, sufrimiento y el derecho a decidir sobre el fin de la vida. Asimismo, se analizan las transformaciones éticas y jurídicas que introdujo el cristianismo, así como las tensiones generadas por los avances médicos y los cambios sociales a lo largo del tiempo.

Desde una perspectiva filosófica, desarrollada en el cuarto capítulo se profundiza en el análisis de los principios de autonomía personal y dignidad humana, elementos centrales en el debate sobre el final de la vida. Este análisis permite abordar las tensiones éticas entre el respeto por la vida y la libertad individual para decidir las circunstancias de la propia muerte, cuestiones que siguen siendo objeto de debate en la filosofía y el derecho contemporáneo.

El análisis ético y jurídico contemporáneo expuesto en el quinto capitulo muestra los argumentos a favor y en contra de la eutanasia. Se consideran posturas que abogan por la autonomía de la voluntad y el alivio del sufrimiento frente a quienes defienden el valor absoluto de la vida como un bien jurídico indisponible. Capítulo aparte, se examina el impacto de las doctrinas religiosas, especialmente la católica, en la configuración normativa y en los valores sociales que condicionan el tratamiento de la eutanasia en diferentes jurisdicciones.

La comparación de legislaciones internacionales constituye una herramienta fundamental para identificar modelos normativos efectivos. El capítulo séptimo se aboca a analizar sistemas que han logrado equilibrar el respeto por los derechos fundamentales con la implementación de salvaguardas éticas, permitiendo extraer lecciones aplicables al caso argentino. Este análisis se complementa en el capítulo octavo con un estudio de las implicancias éticas y médicas de la eutanasia, considerando cuestiones como el consentimiento informado, las directivas anticipadas, los cuidados paliativos y la objeción de conciencia.

Se complementa así en el capítulo noveno el marco normativo argentino, con especial énfasis en la constitucionalidad y convencionalidad de la eutanasia en relación con los derechos fundamentales a la vida, la libertad y la privacidad, pasando por los intentos legislativos existentes de la Eutanasia en Argentina, analizando las disposiciones del Código Penal que regulan la ayuda al suicidio, así como las limitaciones de la Ley 26.742, destacando los vacíos normativos que dificultan una regulación integral y equitativa de la eutanasia activa.

Finalmente, se aborda un análisis jurisprudencial de los casos más relevantes en Argentina, como los fallos *Saguir y Dib*, *Albarracini y el Caso Alfonso*, que evidencian las deficiencias en la normativa actual. Estas decisiones judiciales permitieron arribar a las reflexiones finales que corroboran la hipótesis acerca de la necesidad de una legislación que respete tanto el derecho a la vida como la autonomía individual, en un marco que se ajuste a los principios constitucionales y a los derechos humanos reconocidos internacionalmente.

Palabras clave: eutanasia activa y pasiva - dignidad humana - muerte digna - derechos fundamentales - autonomía personal

Capítulo I: Diseño Metodológico

I.I. Título Académico

"El Derecho a Morir Dignamente: Análisis Jurídico de la Eutanasia en Argentina"

I.II. Título comercial

"Eutanasia en Argentina: ¿Derecho o Delito?"

I.III. Área temática

Filosofía del derecho, Derecho Penal, Derecho constitucional, bioética, Derecho Internacional.

I.IV. Marco Teórico

El presente trabajo tiene como objeto de estudio la figura de la eutanasia desde una perspectiva jurídica, abordando su transversalidad, complejidad y las numerosas controversias éticas y legales que ha suscitado en las últimas décadas. Entre las principales polémicas destacan la discusión sobre la posibilidad de despenalizar la eutanasia en diferentes contextos, las diferencias entre eutanasia activa y pasiva, la distinción entre eutanasia y suicidio asistido[1], y las implicancias de la intervención médica en el proceso de muerte. Además, se plantea el debate sobre la vulnerabilidad de los pacientes y el riesgo de que la legalización de la eutanasia pudiera generar situaciones de abuso, donde personas en situación de debilidad o coerción pudieran verse inducidas a tomar decisiones que no serían plenamente autónomas.

La eutanasia se entiende como "*la acción de provocar la muerte con el fin de aliviar un sufrimiento extremo*" (OMS citado Lampert, M, 2021). Este análisis no se limita únicamente a la definición de la figura, sino que también considera las diversas variantes que se han propuesto en torno a su conceptualización y aplicación, tales como la eutanasia activa, la eutanasia pasiva, y el suicidio asistido, entre otras. Estas variantes han sido propuestas por distintos sectores de la sociedad, como algunos profesionales de la salud, grupos defensores de los derechos humanos, y académicos del campo de la bioética, quienes han desarrollado teorías y marcos conceptuales divergentes sobre la viabilidad de la eutanasia en el ordenamiento jurídico argentino.

Históricamente, el debate sobre la muerte y el sufrimiento humano ha sido objeto de reflexión desde la antigua Grecia y Roma, siendo los filósofos Marco Aurelio, Platón y Séneca algunos de tantos que se ocuparon de la dignidad en la muerte. En la era

[1] Todas las definiciones serán ampliadas y explicadas en los capítulos posteriores.

moderna, este conflicto entre lo correcto, lo beneficioso y lo ético se ha intensificado debido a los avances médicos que posibilitan la prolongación artificial de la vida, lo que ha dado lugar a intensas discusiones sobre el derecho a una muerte digna. Esto enfrenta el valor intrínseco de la vida, como principio fundamental del orden jurídico, y el derecho individual a evitar un sufrimiento innecesario, lo que abre la posibilidad de abusos si no se establecen mecanismos claros y rigurosos de control y regulación, requiriendo, por tanto, una ponderación adecuada de los principios generales del derecho.

En el ámbito del derecho comparado, se observan diversas posturas respecto a la legalización de la eutanasia, que oscilan entre enfoques más permisivos y otros sumamente restrictivos. En este contexto, se sitúa la discusión en el marco jurídico argentino, considerando los antecedentes legislativos, los intentos de reforma, los casos jurisprudenciales relevantes[2], y las diversas posturas doctrinales emanadas de la academia y los tribunales[3]. A este respecto, resulta crucial el debate y análisis integral que permita evaluar la factibilidad de una eventual legislación que regule la eutanasia en consonancia con las características y los valores del ordenamiento jurídico nacional.

Asimismo, se estudia la normativa convencional aplicable, particularmente los tratados internacionales ratificados por Argentina, tales como la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José), que consagra el derecho a la vida (artículo 4) y establece la obligación de los Estados de garantizar la protección de los derechos fundamentales, así como la Declaración Universal de Derechos Humanos (artículo 3). Esta revisión se complementa con el análisis de la legislación argentina, en especial con respecto al Código Penal y la Ley 26.742 de Muerte Digna, la cual, si bien establece la posibilidad de rechazar tratamientos médicos en casos de enfermedades terminales o situaciones irreversibles, genera vacíos legales al no regular de manera explícita situaciones complejas, como la eutanasia activa o el suicidio asistido.

El Código Penal argentino penaliza la eutanasia activa, así como el suicidio asistido (art. 85), mientras que la Ley 26.742 permite a los pacientes rechazar tratamientos

[2] Como el caso "Alfonso", Corte Suprema de Justicia, 2019 entre otros que se ampliaran en el capítulo X del presente trabajo

[3] Como, por ejemplo, Sambrizzi, Eduardo. En Derecho y Eutanasia de 2010; o la Dra. Aída Kemelmajerde Carlucci. Para la revista Cubana de Derecho Vol 4 No 1 en “Las directivas anticipadas en el derecho argentino”.

médicos que prolonguen artificialmente la vida, práctica conocida como ortotanasia o eutanasia pasiva indirecta. Este derecho a rechazar el tratamiento implica un reconocimiento implícito del derecho a morir con dignidad, lo que introduce una laguna jurídica que se torna evidente en aquellos casos en que la ley resulta insuficiente para abordar situaciones de eutanasia activa o suicidio asistido.

Este vacío legal se agrava al considerar las implicancias del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, que subraya la autonomía de la voluntad del individuo y la disponibilidad del bien jurídico "vida", tal como lo reflejan los tratados internacionales ratificados por Argentina[4]. En Argentina, algunos precedentes jurisprudenciales, como el caso "M.d.C.S." (Suprema Corte de Justicia de la Provincia (SCBA) Ac 85627, 2005) o "Albarracini" (CSJN Albarracini Nieves, Jorge Washington s/ medidas A. S23. XLVIII, 2012) han intentado abordar situaciones análogas, sugiriendo la posibilidad de avanzar hacia un marco normativo que armonice los principios de autonomía, dignidad humana y la protección de la vida, principios que se encuentran consagrados en la Constitución Nacional (arts. 19, 33) y en los tratados internacionales de derechos humanos[5]. Esto abre la puerta a una legislación que podría respetar tanto el derecho a la vida como la libertad individual para decidir sobre la propia muerte, superando las ambigüedades legales actuales.

.

I.V. Objetivo General

Analizar la problemática jurídica de la eutanasia en Argentina, evaluando la insuficiencia de la Ley 26.742 sobre muerte digna.

I.VI. Objetivos Específicos

Examinar los conceptos fundamentales de vida, muerte y dignidad para poder dar un marco a los conceptos que subyacen las teorías y debates en torno a la eutanasia.

Conceptualizar la eutanasia y sus variantes mediante una revisión detallada de su evolución histórica y desarrollo jurídico.

[4] Por ejemplo, el artículo 5 del Protocolo Facultativo de la Convención Americana sobre Derechos Humanos

[5] Como el artículo 75, inciso 22 de la Constitución Nacional, que incorpora tratados internacionales con jerarquía constitucional

Analizar los conceptos fundamentales de muerte, eutanasia y dignidad humana desde una perspectiva filosófica y ética.

Realizar un análisis de los argumentos éticos, religiosos y filosóficos que fundamentan las distintas perspectivas sobre la eutanasia

Comparar las legislaciones y prácticas relacionadas con la eutanasia en diferentes países, evaluando los modelos legales que permiten su aplicación y las salvaguardias establecidas para proteger derechos fundamentales.

Evaluar las consideraciones éticas y legales que afectan la práctica médica de la eutanasia, abordando cómo estas consideraciones impactan la relación entre profesionales de la salud y pacientes.

Analizar cómo los derechos a la vida, libertad y privacidad, consagrados en la Constitución Nacional y en los tratados internacionales, fundamentan la posibilidad de legislar sobre la eutanasia en Argentina.

Analizar casos judiciales en Argentina que hayan aplicado la Ley 26.742, evaluando si los precedentes reflejan las insuficiencias normativas que se pretende corregir con una nueva legislación.

Determinar si es posible ajustar a los estándares constitucionales y de derechos humanos un marco normativo que permita una regulación adecuada y equitativa de la eutanasia.

I.VII. Encuadre Metodológico

Esta tesis es de tipo explicativa, ya que busca explicar las limitaciones de la legislación vigente en Argentina en relación con la eutanasia y evaluar posibles modelos normativos que puedan ser aplicados en el país.

Metodología: La investigación es cualitativa, basada en el análisis crítico de la legislación, doctrina, jurisprudencia, y modelos legislativos comparados y cuantitativa basada en la obtención de datos porcentuales de casos y costos en el derecho comparado.

Fuente de Obtención de Datos: La investigación se basará la observación, en Doctrina tanto nacional como internacional; Legislación argentina y extranjera, debates parlamentarios, y artículos académicos.

I.VIII. Encuadre Normativo**.**

Las disposiciones se enmarcan en los derechos consagrados por la Constitución Nacional, y en la ley 26742 de Muerte digna

También se enmarcan en 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, a la salud, a la vida privada y a la libertad personal.

Se analizará a su vez los proyectos de ley presentados ante la cámara de Diputados y en los artículos 79 y 83 del Código Penal Argentino.

I.IX. Problema Jurídico

La Ley 26.742, también conocida como "Ley de muerte digna", constituye un avance importante en el ámbito de los derechos del paciente al reconocer la facultad de rechazar tratamientos médicos que prolonguen artificialmente la vida en situaciones de enfermedad terminal o irreversible. Sin embargo, esta normativa presenta un alcance limitado, pues no contempla un marco legal que permita a pacientes en condiciones de sufrimiento extremo e irreversible ejercer el derecho a poner fin a su vida mediante procedimientos médicos asistidos. Esta omisión evidencia una tensión entre los derechos fundamentales consagrados en los tratados de derechos humanos, tales como el derecho a la dignidad y a la autonomía personal, y las restricciones impuestas por la legislación de fondo en el ordenamiento jurídico argentino.

La prohibición explícita de la eutanasia activa en nuestro marco legal genera un vacío normativo que coloca en una situación de vulnerabilidad tanto a los pacientes que desean ejercer plenamente su autonomía en contextos de sufrimiento extremo, como a sus familiares y los profesionales de la salud que los asisten. Este escenario de incertidumbre y desamparo jurídico exige un análisis profundo sobre la compatibilidad de las actuales restricciones legales con los principios constitucionales y los estándares internacionales de derechos humanos.

En atención a lo anterior, resulta imperioso plantear la necesidad de un debate legislativo que evalúe la posible regulación de la eutanasia activa, a fin de garantizar una respuesta jurídica adecuada que equilibre el derecho a la vida con la autonomía individual y la dignidad humana.

Con base en este contexto, se formula la siguiente pregunta investigativa:

¿La normativa vigente en la República Argentina ofrece una adecuada cobertura legal a los casos en que un paciente desea, de manera consciente e informada, poner fin activamente a su vida en situaciones de sufrimiento extremo e irreversible, conforme a los principios constitucionales y los tratados de derechos humanos? ¿Sería posible sancionar una ley de Eutanasia en Argentina?

I.X Hipótesis:

La Ley 26.742 sobre muerte digna, aunque constituye un avance en el reconocimiento del derecho a morir con dignidad, resulta insuficiente para abordar los casos específicos de eutanasia activa, lo que evidencia la necesidad de una legislación que contemple estos supuestos, equilibrando de manera adecuada el derecho a la vida y la autonomía personal.

Capítulo II. Introducción. Disposiciones Generales.

Este capítulo se propone analizar las disposiciones generales que conforman el instituto jurídico de la eutanasia, así como los conceptos que lo rodean y poder sentar las bases para poder comprender plenamente este fenómeno, para ello es necesario desentrañar las diversas acepciones y discrepancias respecto de los conceptos que interactúan en torno a la vida, la muerte y la dignidad. Solo a través de una comprensión profunda de estos conceptos podremos abordar de manera adecuada la complejidad que conlleva la regulación de la eutanasia en el ámbito jurídico.

"*La muerte está tan segura de vencer que nos da toda una vida de ventaja*". (Müller) A pesar de ser esta una verdad imposible de eludir, la muerte sigue sorprendiéndonos, y las tragedias nos recuerdan constantemente nuestra vulnerabilidad ante el sufrimiento y lo frágil que es nuestra existencia. Aunque sabemos que es el destino inevitable de todos, tendemos a vivir como si ese final nunca fuera a llegar; no obstante, en no pocas ocasiones, nos encontramos obligados a reflexionar sobre cuál es nuestra postura frente a ella y hasta a tener que replantearnos nuestras convicciones y sistema de valores.

La vida es el bien más preciado que poseemos y, como tal, se encuentra protegido en cada una de sus etapas, a lo largo de constituciones, tratados, códigos y leyes. Estas normativas son ejes que reconocen y salvaguardan los derechos fundamentales inherentes a la vida, y a la persona en sí misma, aunque en ocasiones pueden surgir conflictos de jerarquía entre estos derechos. Es precisamente en este punto de inflexión donde se sitúa el tema que abordaremos en el presente trabajo.

En este vasto universo normativo, donde la vida y la persona son el eje central de numerosos principios y regulaciones, inevitablemente surgen interrogantes complejas, cuya resolución no siempre es sencilla. La manera en que estas cuestiones se abordan puede variar según las posturas individuales, influidas por nuestra etapa de vida, así como por el entorno social y familiar en el que nos encontramos en un momento determinado.

Para desarrollar el presente trabajo de investigación, es esencial establecer bases conceptuales claras y precisas. Esto permitirá abordar de manera rigurosa los conceptos fundamentales que se explorarán: "la vida" desde el momento en que comienza hasta el momento en que esta llega a su fin y aquellos principios que emergen como pilares centrales entorno al estudio en cuestión.

Ahora bien ¿qué es la "vida"? Según la Real Academia Española (R.A.E), el término vida puede tener tres acepciones: la primera definición que nos trae es "*fuerza o actividad esencial mediante la que obra el ser que la posee*", la segunda, "*energía de los seres orgánicos*" y por último nos dice que es el "*hecho de estar vivo*" (https://dle.rae.es, s.f.)

Algunos autores sostienen que la vida humana debe considerarse desde una perspectiva estrictamente biológica, enfocándose en la existencia física del ser humano. Según este enfoque, la protección jurídica de la vida debería comenzar en el mismo momento en que se cumplen las condiciones fisiológicas que permiten reconocer la vida humana, sin importar factores sociales u otras consideraciones utilitarias. Desde este punto de vista, toda vida humana merece protección jurídica sin excepciones basadas en utilidad, capacidad, viabilidad, calidad de vida o estado de la persona.

Sin embargo, abordar la vida desde una perspectiva puramente biológica no es suficiente. La vida humana, desprovista de criterios valorativos, perdería su sentido y su importancia como fundamento para el disfrute de otros derechos. No se trata solo de existir, sino de cómo se vive esa existencia. El derecho reconoce esta dimensión al otorgar distintos niveles de protección según la etapa o las circunstancias de la vida humana. Ignorar estas consideraciones valorativas llevaría a una falta de explicación en temas como el aborto, la eutanasia, la asistencia al suicidio, la muerte en legítima defensa, entre otros.

Carlos Creus, define a la vida humana como

"*Allí donde una persona existe, cualquiera que sea la etapa de su desarrollo: desde que es concebida por medio de la unión de las células germinales, que marca el punto inicial de ese desarrollo, hasta que se acaba con la extinción del funcionamiento orgánico vital (muerte*)". "*Las precisiones de estos conceptos se ven complicadas en la actualidad a causa de los adelantos de las ciencias biológicas que han cambiado los criterios clásicos sobre vida humana, al actuar artificialmente sobre la concepción del ser (inseminación artificial, vida in vitro) como en su extinción (viabilidad autónoma de órganos utilizados en trasplantes).*" (creuss, 1998, pág. 76:651) haciendo hincapié en que "*-Inicialmente debemos tener presente que lo protegido es el funcionamiento vital y no cualquier manifestación de vida*." (creuss, 1998)

En un sentido más profundo y filosófico, la vida se concibe como "*la exigencia incuestionable e inviolable de todo ser humano a la vida y a su integridad física, desde el primer momento de su concepción hasta su muerte real*" (; Verges citado en Sanches, 2006, pág. 2). Esta definición nos sitúa en un terreno donde la vida humana se valora como un derecho fundamental e inalienable, lo que plantea interrogantes éticas y jurídicas en torno a la eutanasia.

En su obra *Vida humana, sociedad y derecho: fundamentación de la filosofía del derecho*, Recasens expone que la vida humana debe ser entendida no solo en términos biológicos, sino también en relación con la capacidad de la persona para integrarse en un contexto social y ejercer su autonomía. La vida, desde esta perspectiva, no es simplemente la existencia biológica, sino un proceso que se desarrolla en un entorno jurídico y social que le otorga significado y valor. (Siches, 2003, pág. 28)

La vida humana se distingue de otras formas de vida por su dimensión moral y jurídica, lo que implica que el valor de la vida no se agota en la mera subsistencia biológica, sino que se extiende a la realización plena del ser humano en sociedad. Esta concepción introduce tensión en el debate sobre el derecho a la preservación de la vida biológica colapsando con la protección de la dignidad humana y la autonomía individual.

Por otro lado, y en contrapartida, el otro término que considero de importancia tener que definir es ese momento donde esa "vida" culmina; La muerte. Esta como fin de la existencia plantea interrogantes sobre su definición y determinación. Podemos verla como un fenómeno biológico irreversible, cuya definición es ampliamente aceptada. Sin embargo, identificar el momento preciso en que una persona es jurídicamente considerada muerta no es una tarea sencilla y ha sido objeto de intensos debates dado que en ocasiones la vida deja de ser vida, aunque la persona tenga signos vitales. Este desafío no puede resolverse únicamente a través de la ciencia médica y por este motivo es imperativo que se complementen con criterios éticos y jurídicos, que definan y regulen este punto determinante.

La muerte de una persona se establece por lo general, cuando, mediante un diagnóstico médico, se confirma la ausencia de signos vitales, es decir, la cesación definitiva de la actividad cardíaca, respiratoria y del sistema nervioso central. Este concepto de muerte natural por lo general coincide con la muerte jurídica. Sin embargo, los avances en la medicina, especialmente en técnicas de reanimación y maquinas que conectan a las personas y permiten que estas hagan funcionar pulmones y corazón,

permitiendo prolongar la vida por un tiempo considerable, llevando a un cambio en los criterios; logrando que la muerte natural ya no sea un parámetro suficiente para el Derecho, dado que, aunque algunas funciones vitales cesen, ciertas partes del cuerpo humano pueden continuar activas, ya sea de manera natural o mediante el uso de estos dispositivos de soporte vital.

Ya que la muerte no es siempre un suceso instantáneo, sino que a menudo puede ser un proceso gradual que nos conduce inexorablemente al desenlace, es fundamental en el análisis jurídico actual no solo identificar el momento exacto en que se considera que una persona ha fallecido, sino también comprender cómo este proceso interactúa con el derecho de cada individuo a decidir sobre su vida y a llegar a ese momento de manera digna. Esta progresividad desafía las concepciones tradicionales del Derecho, exigiendo un análisis cuidadoso de los criterios normativos que la rigen, equilibrando la protección de la vida, pero con respeto a la autonomía personal y la dignidad humana. Este equilibrio exige de la reconsideración de cuándo y cómo el Derecho debe intervenir en el proceso, reconociendo que la muerte, como hecho jurídico, no puede ser reducida a un mero acontecimiento biológico, sino que debe ser comprendida dentro de un marco normativo que contemple los valores fundamentales de la persona. Estos valores que deben regir la protección de la vida no pueden ser contemplados sin referencia a dos principios esenciales: la autonomía personal y la dignidad humana.

La dignidad, reconocida como un derecho inherente a todo ser humano, representa el eje central sobre el cual se estructuran los derechos y libertades fundamentales. Este principio, tal como lo señala la Corte Interamericana de Derechos Humanos, es el "*fundamento de los derechos reconocidos a todos los seres humanos, cuyo conjunto se expresa en el Estado o Nación [...] Es un valor que vale, por lo que la dignidad debe ser objeto de valoración por los que valoran. [...] la dignidad es el fundamento de los derechos humanos"* (Corte Interamericana de Derechos Humanos, Año 1 N°1 II Semestre 2007)

La dignidad humana se define como un principio fundamental que exige no solo la protección contra tratos indignos, sino también el reconocimiento y respeto activo de los derechos individuales tanto en la práctica social como en el ámbito legal. La dignidad no se limita a ser una cualidad inherente del individuo, sino que se construye y se manifiesta en la interacción social y jurídica. En este contexto, la dignidad se comprende

como una propiedad que se desarrolla y se afirma a través de las relaciones y los intercambios en la sociedad. (Laje, Año XL ED 295, pág. 6)

Siguiendo la "*Teoría de los derechos fundamentales*" de Robert Alexy sobre principios y normas, la dignidad humana se manifiesta como un principio que tiene un alto grado de ponderación en el sistema jurídico; distinguiendo entre normas, que son aplicables de manera directa y concreta, y principios, que requieren una ponderación y balance en la toma de decisiones. La dignidad humana, en tanto principio, no solo impone la obligación de proteger al individuo de tratos degradantes, sino que también requiere que el sistema jurídico y la práctica social promuevan activamente el respeto y el reconocimiento de la dignidad de cada persona.

En este sentido, el principio de dignidad humana debe ser entendido como un mandato que guía la interpretación y aplicación de las normas jurídicas. No basta con asegurar que los individuos no sean sometidos a tratos indignos, sino que el principio demanda que las leyes y políticas públicas promuevan activamente el reconocimiento del valor intrínseco de cada persona y su derecho a un trato digno. La dignidad se convierte, así, en una norma de interpretación que influye en la formulación y aplicación de las leyes, orientando las decisiones hacia el respeto y la valorización de los derechos individuales. (Alexy, 1993, pág. 107)

De manera complementaria, la autonomía de la voluntad se refiere al derecho de los individuos a tomar decisiones libres y responsables sobre su vida y su cuerpo. Este principio refleja el respeto por la dignidad y las preferencias personales de cada individuo. Según Alexy, la autonomía de la voluntad es un principio que requiere un equilibrio dentro del sistema jurídico. La autonomía no solo confiere el derecho a decidir sobre asuntos personales, sino que también exige que el sistema jurídico garantice que estas decisiones sean respetadas y protegidas dentro de un contexto de dignidad (Alexy, 1993).

En el ámbito jurídico, la voluntad jurídica, que es inherente al ser humano en su vida en sociedad, se manifiesta a través de actos perceptibles, ya sean positivos o negativos. Idealmente, estos actos deben coincidir con el proceso interno del individuo. La discrepancia entre la voluntad interna y la exteriorizada puede afectar la autenticidad de una acción. La voluntad exteriorizada vinculada a una relación o situación jurídica ya sea como origen o como causante de cambios en dicha relación, se clasifica como jurídica. Por otro lado, la voluntad privada, entendida como la capacidad del individuo para tomar

decisiones y establecer actos, posee una eficacia jurídica conocida como autonomía de la voluntad.

Estos principios son fundamentales al abordar el final de la vida, pues expresan la capacidad de cada individuo de decidir sobre su existencia y el modo en que desea que esta transcurra, especialmente cuando se enfrenta a situaciones de sufrimiento extremo o enfermedad terminal. La dignidad implica vivir con respeto y calidad hasta el final, mientras que la autonomía refleja la libertad de tomar decisiones en función de los propios valores y creencias, sin interferencias externas. En este contexto, la vida no solo es el bien más preciado, sino también una cuestión de elección sobre cómo y cuándo debe terminarse si las circunstancias lo hacen insostenible. Es aquí donde entra en juego el concepto de eutanasia

El término "eutanasia" tiene sus raíces en el griego "euthanatos", que combina "eu", que significa "bueno", con "thanatos", que se traduce como "muerte". Originalmente, la eutanasia se entendía como una "buena muerte", en el sentido de muerte apacible, sin dolores. Fue abordada desde una perspectiva más bien filosófica; ya que como veremos más adelante autores como Sócrates, Platón y los estoicos quienes decían que “la puerta está siempre abierta”, concibieron la muerte como una salida cuando, por la causa que sea, el peso de la vida se hace intolerable; la razón que esgrimían radicaba en que la vida se consideraba cosa de nuestra propiedad, no veían la muerte como un mal intrínseco, sino como un posible alivio en circunstancias de sufrimiento intolerable. La muerte, en este sentido, podía ser considerada una elección racional en casos extremos. Sin embargo, fue la medicina y la ética médica las que progresivamente adoptaron el término para abordar situaciones concretas de enfermedad terminal o dolor irreversible.

El Renacimiento marcó un hito importante en este aspecto. Francis Bacon, en su obra de 1623, "*Historia natural y experimental*", introdujo el concepto en el ámbito científico, proponiendo que los médicos debieran aspirar no solo a curar a los pacientes, sino también a proporcionar una muerte pacífica y sin sufrimiento cuando no existiera posibilidad de cura. Este planteo, aunque distante de la noción moderna de eutanasia, sentó las bases para el debate posterior sobre el rol de los médicos en el acompañamiento al final de la vida

No obstante, con el tiempo, el concepto ha evolucionado y ahora se refiere más específicamente al acto de provocar la muerte de una persona gravemente enferma con el

objetivo de aliviar su sufrimiento, una acción a menudo descripta como homicidio piadoso.

Según la Real Academia Española, la eutanasia es la "*intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura"* (Real Academia Española, s.f.) Pérez Varela amplía esta definición al describirla como "*la acción directa o la omisión dolosa que deliberadamente provoca la muerte indolora del paciente con el objeto de poner fin a sus sufrimientos*" (Pérez Varela, 2003, pág. 277). Esta descripción destaca el objetivo de aliviar el dolor del paciente, ya sea mediante una acción activa o la omisión de tratamientos que prolongarían su vida.

El concepto de eutanasia presenta variaciones en las definiciones ofrecidas por diferentes autores, reflejando diversas perspectivas sobre la práctica. Muchos coinciden en que la eutanasia puede llevarse a cabo tanto por acción como por omisión. La revista de bioética la define como "*la acción u omisión por parte del médico u otra persona, con la intención de provocar la muerte del paciente terminal o altamente dependiente, por compasión y para eliminarle todo dolor*" (Bioética web. , 2009). Esta definición destaca la intención de aliviar el sufrimiento y el papel dela compasión en la eutanasia.

Roxin por su parte la define de la siguiente manera: "*Por eutanasia se entiende la ayuda prestada a una persona gravemente enferma, por su deseo o por lo menos en atención a su voluntad presunta, para posibilitarle una muerte humanamente digna en correspondencia con sus propias convicciones*" (Roxin C. , 2001)

Por otro lado, Díaz y García Conlledos & Barber Berusco la definen como "*la acción u omisión deliberada para causar la muerte de un sujeto que sufre una enfermedad o deterioro grave e incurable"* (Revista médica de Chile,, 2011) De Miguel Sánchez y López Romero, en contraste, argumentan que el consentimiento informado del paciente es crucial y que la eutanasia por omisión ha perdido relevancia desde la introducción de este consentimiento (C. De Miguel Sánchez, A. López Romero, 2007) Esto sugiere que la eutanasia debe distinguirse del homicidio piadoso por la presencia del consentimiento explícito del paciente, un punto fundamental en la evaluación de la eutanasia.

La Organización Mundial de la Salud define la eutanasia como aquella "*acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente".* Esta definición pone de manifiesto, la intención del acto médico, es decir, el querer provocar voluntariamente la muerte del paciente, diferenciándola de otras intervenciones médicas donde la muerte

es un efecto secundario no deseado, como en los cuidados paliativos. El énfasis en la intencionalidad del médico es necesario porque delimita el acto de la eutanasia como uno en el que se busca, de manera activa, poner fin a la vida del paciente para aliviar su sufrimiento. Este enfoque marca que la eutanasia no es simplemente la consecuencia de dejar que la naturaleza siga su curso, sino una intervención directa que modifica el curso natural de la enfermedad, con la finalidad de reducir el dolor o el sufrimiento insostenible.

Al situar al médico como agente principal de esta decisión, la definición de la OMS también introduce un aspecto ético y de responsabilidad profesional. Esto refleja el rol del médico no solo como cuidador, sino como alguien que puede, en circunstancias excepcionales, asumir el papel de facilitador de la muerte cuando otras alternativas para el alivio del dolor han fracasado. De este modo, la definición de la O.M.S implica un debate más amplio sobre los límites de la práctica médica, el concepto de muerte digna y los derechos de los pacientes en relación con su autonomía y bienestar.

En consecuencia, la definición también plantea interrogantes éticos sobre el "*principio de no maleficencia*" en la medicina, que obliga al médico a no dañar al paciente, y cómo se equilibra este principio con la compasión y el deseo de aliviar el sufrimiento en casos de enfermedades terminales o incurables.

En base a estas conceptualizaciones, considero apropiado determinar una definición comprensiva de eutanasia, entendiéndola como "*toda acción u omisión deliberada y motivada por sentimientos de piedad, realizada por un profesional de la salud, con el objetivo de causar la muerte de un paciente gravemente enfermo, siempre con el consentimiento de este y en su exclusivo interés y beneficio".*

En base a esto, es posible identificar los elementos esenciales que caracterizan a la eutanasia y, al mismo tiempo, excluir aquellas variantes que no se ajustan plenamente a este concepto. En primer lugar, uno de los rasgos distintivos, es que está impulsada por un deseo altruista de aliviar el sufrimiento del paciente, lo que significa que su objetivo primordial es el bienestar del enfermo. A diferencia de otras acciones médicas que pueden tener efectos secundarios no deseados, la eutanasia se distingue porque la acción deliberada tiene como fin directo provocar la muerte del paciente, diferenciándose de la eutanasia indirecta, donde la muerte no es el objetivo principal, sino un resultado colateral de medidas paliativas.

Otro elemento clave es que la eutanasia está relacionada específicamente con enfermedades graves, incurables y dolorosas, lo que excluye otras prácticas como la eugenesia -eliminar vidas por razones genéticas o discapacidades- o la eutanasia económica -justificada por los costos del tratamiento-. Estas últimas no comparten el enfoque en la compasión y el alivio del sufrimiento que caracteriza a la eutanasia en su sentido más riguroso.

Asimismo, la presencia del consentimiento informado y explícito del paciente es determinante para calificar un acto como eutanasia. Esto excluye prácticas como la eutanasia involuntaria -sin el consentimiento del paciente- y la eutanasia no voluntaria -cuando el paciente no puede consentir debido a su estado mental o físico-. Este consentimiento garantiza que el acto responde a la autonomía del paciente y no a la decisión de terceros, lo que refuerza su legitimidad ética y legal.

Es igualmente importante señalar que la eutanasia puede realizarse tanto por acción -como la administración de una sustancia letal- como por omisión -al retirar tratamientos que prolongan artificialmente la vida-. Además, aunque en muchos contextos se asume que el sujeto activo es un médico o un profesional de la salud, el agente que lleva a cabo el acto de eutanasia puede ser cualquier persona autorizada por el paciente, siempre que cumpla con los principios de aliviar el sufrimiento y respetar la voluntad del enfermo.

Este marco conceptual ofrecería una base sólida para el análisis ético y jurídico, permitiendo una distinción clara entre prácticas moral y legalmente aceptables y aquellas que no lo son. Además, resalta la importancia del consentimiento, la intención altruista y el contexto de enfermedad grave e incurable, elementos fundamentales para una comprensión más profunda del tema.

II.2. Clasificación

II.2.1. Eutanasia Activa y Pasiva

La eutanasia puede clasificarse en función de diversos criterios que atienden tanto a la naturaleza de la acción como al consentimiento del paciente. Una primera distinción se da entre la eutanasia activa y la eutanasia pasiva. La eutanasia activa implica que un tercero, generalmente un médico, administre directamente un agente letal con el propósito de causar la muerte del paciente de manera rápida e indolora. Este tipo de intervención se caracteriza por una acción directa y consciente para poner fin a la vida, lo que genera

debates con relación a la responsabilidad activa del profesional de la salud en la aceleración del deceso.

Como contrapartida, la eutanasia pasiva consiste en la omisión o retiro de tratamientos médicos que mantienen vivo al paciente, como la desconexión de aparatos que proporcionan soporte vital o la negativa a administrar medicamentos que prolongarían su vida. En este caso, el médico no actúa directamente para causar la muerte, sino que permite que el curso natural de la enfermedad lleve al desenlace, lo que suele ser considerado menos problemático desde el punto de vista ético.

II.2.2 Eutanasia Voluntaria, Involuntaria y No voluntaria

Además de esta distinción entre activa y pasiva, es necesario clasificar la eutanasia según el consentimiento del paciente. La eutanasia voluntaria es aquella en la que el paciente, consciente y plenamente informado, solicita de manera expresa que se ponga fin a su vida para evitar un sufrimiento insoportable. Este tipo de eutanasia respeta la autonomía del individuo y es, por lo general, la que más respaldo ético y legal recibe en los sistemas jurídicos que la permiten. En contraste, la eutanasia no voluntaria ocurre cuando el paciente es incapaz de tomar una decisión informada, ya sea por estar en estado de coma, tener una discapacidad mental o ser un menor de edad. En estos casos, la decisión la toman familiares o tutores, lo que genera controversias debido a la imposibilidad de conocer con certeza los deseos reales del paciente.

Dentro de esta clasificación también existe una eutanasia involuntaria que es aquella que se realiza en contra de la voluntad del paciente, quien ha manifestado claramente su deseo de seguir viviendo. Este tipo de eutanasia es, sin duda, el más problemático desde una perspectiva tanto legal como ética, ya que contradice los principios fundamentales del respeto por la vida y la autonomía personal, siendo considerada, en la mayoría de los sistemas jurídicos, como una forma de homicidio. (Bincaz & Azzolini, 2001, pág. 21)

II.2.3 Eutanasia Directa o Indirecta

A su vez de acuerdo con la finalidad tanto la eutanasia sea activa o pasiva se puede distinguir entre positiva o negativa, o directa o indirecta. Esta será Directa o positiva, cuando la intervención directa para causar la muerte del paciente es mediante una acción o la omisión deliberada, empleando medios específicos con el objetivo explícito de provocar la muerte del paciente. Esto incluye la administración de sustancias letales, como inyecciones de medicamentos que inducen el fallecimiento del paciente. (Pérez

Varela, 2003, pág. 277). O cuando la omisión de hacerlo sea con la finalidad de ocasionar el deceso de la persona. Eduardo A. Zannoni, en "*Reflexiones acerca de la responsabilidad médica, opción del paciente por no continuar un tratamiento, eutanasia, homicidio piadoso y suicidio asistido*", dice que esta modalidad plantea serias tensiones entre el derecho a la vida, garantizado por el artículo 19 de la Constitución Nacional Argentina, y el respeto a la dignidad humana, que en ciertos contextos podría interpretarse como el derecho a morir con dignidad. Zannoni argumenta que la eutanasia activa directa puede transformar el rol del médico, quien pasa de ser un protector de la vida a un facilitador de la muerte, lo que podría tener implicaciones peligrosas, especialmente en situaciones de vulnerabilidad económica o social de los pacientes

"La eutanasia activa directa introduce un cambio fundamental en la función del médico, quien se convierte en un agente de la muerte en lugar de un guardián de la vida, lo cual puede tener consecuencias negativas para los pacientes vulnerables" (Zannoni E. A., 2003 vol 3, pág. 17:38).

La otra variante es la Indirecta o negativa, para la cual la muerte no es el objetivo primario del sujeto activo. En cambio, se trata de un efecto secundario no deseado de un tratamiento diseñado para aliviar el sufrimiento. Por ejemplo, el uso de medicamentos para el manejo del dolor que, como efecto secundario, aceleren el proceso de muerte del paciente (Rodríguez-Arias, 2008).

Eugenio Zaffaroni, en su libro "*Derecho Penal: Parte General*", examina esta cuestión desde una perspectiva penal y argumenta que, en casos de eutanasia activa indirecta, la ausencia de intención directa de causar la muerte podría eximir de responsabilidad penal al profesional médico, siempre que se actúe bajo los principios de consentimiento informado y se respete el derecho del paciente a recibir un tratamiento que alivie su sufrimiento:

"la falta de intencionalidad en la muerte del paciente puede ser una razón para excluir la responsabilidad penal del médico, siempre que el tratamiento tenga como objetivo primordial el alivio del sufrimiento y se respete el consentimiento informado" (Zaffaroni E. , 2003, pág. 499)

II.2.4. Eutanasia Autónoma y Heterónoma

La eutanasia autónoma se refiere a la auto provocación de la muerte sin la intervención de terceros, comúnmente conocida como suicidio. En muchas jurisdicciones,

el suicidio en sí mismo no es penalizado, pero la eutanasia autónoma no encaja en la definición de eutanasia, ya que no implica asistencia de otros. Este tipo de eutanasia no se considera en el ámbito legal de la eutanasia asistida, dado que la intervención de terceros es un componente esencial en la definición. Si bien el suicidio fue castigado en la antigüedad de diversas formas, al igual que su tentativa, en la actualidad constituye una conducta impune, no sólo su comisión, sino, también, su tentativa; El por qué no constituye delito el acto de suicidarse resulta obvio: se extingue la acción penal con la muerte del agente; por lo que, caso contrario, la pena debería de aplicarse a un inocente -en caso de tentativa- o a un cadáver -en caso de suicidio consumado-

Sin embargo, no resulta impune la conducta de quien determine o ayude a alguien a suicidarse, esta conducta en el ámbito del tema que nos trae a cuestión es Eutanasia heterónoma, o mayormente conocido también como suicidio asistido, penado por nuestro código penal. Este tipo si implica la intervención o asistencia de terceros en el proceso de morir, que es básicamente en lo que la Eutanasia en si misma consiste.

Roxin, con acierto, aproxima la eutanasia al suicidio cuando sostiene: "*Por eutanasia se entiende la ayuda prestada a una persona gravemente enferma, por su deseo o por lo menos en atención a su voluntad presunta, para posibilitarle una muerte humanamente digna en correspondencia con sus propias convicciones"* (Roxin C. , 2001, pág. 1).

A su vez según la motivación se pueden diferenciar en tres tipos: piadosa, social y eugenésica. La eutanasia piadosa implica causar la muerte de una persona con el objetivo de aliviar sus dolores y sufrimientos, actuando por compasión o piedad. Este tipo de eutanasia es el que comúnmente se entiende como tal en el debate ético y legal.

Por otro lado, la eutanasia social y la eugenésica, - que han sido propuestas en determinados momentos históricos- hacen referencia a la eliminación de lo que algunos denominan "vidas sin valor" o "sin sentido", como las de personas con discapacidades mentales, epilépticos o personas con deformidades. En estos casos, la motivación no es la compasión por el individuo, sino la reducción de una carga económica para la sociedad (lo que se denomina eutanasia social o económica) o la búsqueda de una supuesta "higiene racial" -lo que se llama eutanasia eugenésica-.

La diferencia fundamental entre estas dos últimas y la eutanasia piadosa es que, en lugar de buscar el bienestar del individuo, se persiguen intereses sociales, como la

mejora económica o la preservación de la "pureza racial". Estas formas de eutanasia no solo no aportan al debate ético sobre la eutanasia, sino que generan confusión. En realidad, la llamada eutanasia social es genocidio, mientras que la eutanasia eugenésica es una forma de selección racial. En definitiva, ambos son crímenes disfrazados bajo el término "eutanasia". (Marina Gascón Abellán, 2003, pág. 9:22)

II.3. Otros Conceptos Relacionados con la Eutanasia

II.3.1 Ortotanasia y Distanasia

El concepto de ortotanasia proviene de las palabras griegas *orthos* -"recto" o "justo"- y *thanatos* -"muerte"-, y se refiere a permitir que la muerte ocurra de manera natural sin intervención médica artificial que prolongue la vida del paciente. La ortotanasia no implica ninguna acción deliberada para adelantar la muerte; en cambio, se centra en proporcionar cuidados paliativos adecuados para garantizar que el paciente experimente la menor cantidad de sufrimiento posible en el proceso de morir.

Por ortotanasia Sambrizzi la define como "*la muerte correcta, a su debido tiempo, sin que se produzca una situación de eutanasia, o sea, sin que se le adelante ni se le procure, pero sin que, tampoco, se la prolongue en situaciones irracionales para el enfermo*". Y agrega que se "*trata de que el paciente tenga una muerte digna, evitando que se lo trate como a un objeto mediante una atención médica de carácter extraordinario"* (Sambrizzi E. , 2003, pág. 189)

Desde una perspectiva ética, la ortotanasia se considera una alternativa viable y moralmente aceptable frente a la eutanasia y la distanasia. La ortonasia evita el "encarnizamiento terapéutico", que es el uso excesivo de tratamientos médicos que no ofrecen beneficios reales y que pueden prolongar el sufrimiento del paciente. En lugar de acelerar la muerte como en la eutanasia, la ortonasia permite que el paciente muera naturalmente mientras se le proporciona apoyo físico, emocional y espiritual. Este enfoque también se alinea con los principios de la ética médica que abogan por el respeto a la dignidad del paciente y la minimización del sufrimiento. En nuestro país legislada bajo la ley de "muerte digna"

En sentido totalmente opuesto, la distanasia consiste "*en el alargamiento en forma innecesaria y artificial, además de contraproducente, de la vida de una persona, lo cual en fondo resulta del hecho –ciertamente irracional- de la no aceptación de la muerte como una circunstancia inevitable en la vida del hombre"* (Sambrizzi E. , 2003, pág. 209) esta variante es el opuesto contrario a la Eutanasia dado que es el "encarnizamiento

terapéutico" o "obstinación terapéutica", y se refiere a la práctica de prolongar de manera innecesaria la vida de un paciente en estado terminal mediante tratamientos médicos desproporcionados o inútiles. (Bincaz & Azzolini, 2001, pág. 21)

La clasificación y los conceptos relacionados con la eutanasia ofrecen un panorama complejo y matizado sobre la forma en que se puede gestionar el final de la vida. El suicidio asistido, la ortotanasia y la distanasia presentan diferentes enfoques y principios éticos que influyen en la discusión sobre el tema, pero cada uno de estos conceptos aborda la cuestión de la muerte y el sufrimiento desde perspectivas distintas, y su análisis es esencial para comprender la diferencias en las practicas llevadas a cabo.

Para poder comprender mejor este concepto considero necesario abordar como el concepto de Eutanasia fue surgiendo a lo largo de los años, y como en cada época en particular la noción de Muerte y la percepción que se tiene sobre la misma se fue modificando en la sociedad.

Capitulo III: Antecedentes Históricos

De la misma forma que las sociedades fueron avanzando y mutando a lo largo de la historia, el derecho, y su concepción también ha ido forjándose con estas a lo largo de la historia en función de los avances médicos, filosóficos y sociales. Por este motivo tras haber abordado los conceptos fundamentales y la clasificación de la eutanasia en el capítulo anterior, es esencial, a mi parecer, trazar una reseña histórica que permita comprender el contexto en el que este instituto ha sido objeto de debate y regulación en diversas sociedades.

A lo largo de la historia, la muerte ha sido un tema de debate recurrente, desafiando la percepción moderna de que se trata de una idea reciente. Aunque a menudo se presenta bajo un manto de compasión y humanidad, el concepto de Eutanasia alberga profundas contradicciones que han sido objeto de discusiones filosóficas y éticas desde tiempos antiguos. El propósito de este capítulo no es profundizar en la controversia ética de la eutanasia, sino ofrecer una visión de cómo, a lo largo del tiempo, distintas corrientes de pensamiento han abordado la cuestión de la terminación de la vida, reflejando una evolución de perspectivas que ha sido tanto cultural como ideológica.

Desde los albores de la civilización, la humanidad ha enfrentado el enigma de la muerte y la incertidumbre que esta representa. En las antiguas culturas, la muerte era considerada como una transición hacia un más allá, una visión que formaba parte de los rituales y creencias religiosas. En la mitología griega, las Moiras representaban el control absoluto sobre el destino humano: Cloto hilaba el hilo de la vida, Láquesis lo distribuía y Átropo, con su tijera, cortaba dicho hilo, poniendo fin a la existencia. (miate, 2022). Esta concepción del destino y la mortalidad influyó profundamente en el pensamiento filosófico.

Para comprender los orígenes y la evolución del concepto de eutanasia, es esencial retroceder a la Antigua Grecia, un período en el cual la concepción de la vida y la muerte difería significativamente de la actual. En la Grecia clásica, la eutanasia y el suicidio no suscitaban los dilemas morales y jurídicos que hoy conocemos. La sociedad griega valoraba profundamente la calidad de vida y consideraba que una existencia marcada por el sufrimiento y el dolor carecía de sentido, lo que se traducía en una aceptación más flexible de prácticas eutanásicas.

Como se desarrollará en el próximo capítulo, Los filósofos de la época, abogaban por la autonomía individual para decidir sobre el propio destino, enfatizando la primacía

de la calidad de vida sobre su mera duración. Defendieron la dignidad y autonomía personal en relación con el fin de la vida, por ejemplo, Marco Aurelio destacaba que "*una de las funciones más nobles de la razón consiste en saber si es o no, tiempo de irse de este mundo*" (Marco Aurelio, 1914, pág. 21). Platón señala en La República: "*quien no es capaz de desempeñar las funciones que le son propias, no debe recibir cuidados, por ser una persona inútil tanto para sí mismo como para la sociedad"* (Platón, Diálogos IV República, 1988, pág. 220). El discípulo de Platón, Aristóteles, sostiene lo mismo que su maestro.

No obstante, a pesar de esta perspectiva relativamente permisiva, Hipócrates, una figura central en la historia de la medicina, promovía el respeto a la vida bajo todas las circunstancias, prohibiendo explícitamente cualquier intervención que acelerara la muerte, postura que reflejó en el juramento que lleva su nombre. En su célebre "*Juramento Hipocrático*", que ha guiado la ética de la medicina por más de dos mil años, se comprometía a abstenerse de administrar veneno a sus pacientes, estableciendo un principio de no maleficencia que buscaba proteger a los más vulnerables de prácticas potencialmente dañinas (Hippocratis Opera omnia, 460-377ac)

El término "eutanasia" apareció por primera vez en los escritos de Cayo Suetonio en el siglo I d.C., en su obra "*Vida de los Césares*" dice del emperador Augusto: *"al oír que alguien había muerto de una muerte rápida y sin tormento, pedía para sí y los suyos una eutanasia semejante"* aunque la idea ya había sido considerada en el pensamiento de filósofos anteriores. Plinio el Viejo, por ejemplo, compiló una lista de enfermedades que, según él, justificaban la eutanasia, aunque su enfoque no alcanzaba el mismo nivel de sistematización que adquiriría siglos después. En Roma, la noción de una "muerte digna" fue igualmente discutida. Filósofos como Cicerón utilizaron el término para referirse a una muerte honorable, en su libro "*Carta a Ático*"; mientras que otros, como Séneca y Epicteto, defendieron el suicidio como una afirmación de la voluntad frente a situaciones de dolor extremo o enfermedad incurable.

Lucio Anneo Séneca, afirma en sus Cartas: "*el sabio se separará de la vida por motivos fundados: para salvar a la patria o a los amigos, pero igualmente cuando esté agobiado por dolores demasiado crueles, en casos de mutilaciones, o de una enfermedad incurable";* y sólo se matará *"cuando el dolor impida todo aquello por lo que se vive"* (Séneca, 1984, pág. 62); este fue un defensor del derecho a terminar con la propia vida en

circunstancias adversas, considerando que la vida debía ser concluida cuando la razón y el juicio lo indicaran, y no por un apego irracional.

Con la llegada del cristianismo en el siglo IV, se produjo una transformación radical en la ética de la muerte. Bajo la influencia cristiana, la vida comenzó a ser considerada un don divino, sobre el cual solo Dios tenía la autoridad para decidir su final. En este contexto, prácticas como la eutanasia y el suicidio fueron condenadas como pecados. San Agustín, en su obra "*Ciudad de Dios*", criticó el suicidio, argumentando que era una muestra de debilidad frente a las adversidades al igual que Santo Tomás de Aquino, quien lo condenó en su "*Suma Teológica*", Parte Secunda Secundae sobre Justicia. Cuestión 64. Art 5.

El Código Canónico empezó a condenar el suicidio a partir del Concilio de Arles en el año 452, estableciendo sanciones como la prohibición de la celebración de la misa y el canto de los salmos, cuando se acompañaba al difunto a la tumba, también la prohibición de sepultura en camposanto, y la excomunión para quienes solo lo hubieren intentado.

En la Edad Media la Iglesia Católica siguió condenando el suicidio, y por tanto la eutanasia, por atentar contra el amor debido a sí mismo, la sociedad y el derecho exclusivo de Dios sobre la vida del hombre; además, ordenó la confiscación de todas las propiedades del suicida y todo tipo de humillaciones para el cadáver. Sin embargo, no logró suprimirlo del todo, puesto que en determinadas circunstancias se siguió produciendo.

Así pues, constatamos que, si bien en la Antigüedad se consideraba lícito el suicidio heroico y honroso, igual que el martirio en el medievo cristiano, sin embargo, imperaba en general la prohibición de suicidarse, y su incumplimiento era sancionado con castigos que se podían aplicar de las formas más diversas, en ocasiones también a los cadáveres.

Justo a comienzos de la Modernidad surgieron dudas sobre la legitimidad de esta prohibición. Todavía en las primeras décadas del siglo XIV Dante hace que los suicidas purguen su culpa en el segundo anillo del séptimo círculo del Infierno, convertidos en arbustos y árboles cuyas hojas son arrancadas por arpías, unos seres híbridos con cuerpo de pájaro propios de la mitología griega. Como se dice en el canto decimotercero, *"ché tutti hanno le palpebre attraversate da un fil di ferro a guisa di sparviero che queto fosse non avrebbe volate" "Quando lúna paglia é trita, quando la sua semenza é giá riposta,*

a batter l´altra dolce amor m´invita. Tu credi che nel petto onde la costa si trasse per formar la bella guancia" esto es *"Porque todos sus párpados un alambre de hierro les atraviesa, y se los cose, como se hace con el azar salvaje porque no quiere quedarse quieto"* (Alighieri, 1871, pág. 79)

A finales de la Edad Media y el inicio de la modernidad, algunas ideas de la Antigüedad Clásica comenzaron a resurgir, proponiendo alternativas a la visión cristiana predominante. En el siglo XVII, el filósofo inglés Francis Bacon reintrodujo el concepto de "eutanasia", distinguiendo entre la "eutanasia exterior", que se refería a facilitar una muerte pacífica, y la "eutanasia interior", que implicaba la preparación espiritual para la muerte. Bacon examina cómo la moral y la ética deben guiar el comportamiento humano. Su enfoque en la ley natural y los principios éticos podría ser usado para discutir cómo deberíamos entender la "buena muerte" en términos de principios morales y éticos. (Bacon, 2013, pág. 633)

En esta misma línea, Tomás Moro, en su obra "Utopía", mantuvo una especie de equilibrio entre el cristianismo y la crítica humanista a la época. Así, por ejemplo, pudo condenar el suicidio en el sentido de la doctrina cristiana del pecado al mismo tiempo que describe un procedimiento de eutanasia en Utopía que asusta por su modernidad. En el segundo libro se expone detalladamente:

"Como ya dije, tienen los mayores cuidados con los enfermos y no se omite nada de lo que pueda contribuir a curarlos, ya sean alimentos o medicinas. A los que padecen algún mal incurable, les hacen compañía, platicando con ellos, y se esfuerzan en aliviar en lo posible su mal. Si este es absolutamente incurable, y el enfermo experimenta en consecuencia terribles sufrimientos, los sacerdotes y magistrados exhortan al paciente diciéndole que, puesto que ya no puede realizar ninguna cosa de provecho en la vida y es una molestia para los otros y un tormento para sí mismo, ya que no hace más que sobrevivir a su propia muerte, no debe alimentar por más tiempo la peste y la infección, ni soportar el tormento de una vida semejante, y que, por tanto, no debe dudar en morir, lleno de esperanza de librarse de una vida acerba cual una cárcel y de un suplicio, o en permitir que otros le libren de ella. Con la muerte solo pondrá fin no a su felicidad, sino solo a su propio tormento. Y como es ese el consejo de los sacerdotes, intérpretes de la voluntad de Dios, proceder así será obra piadosa y santa. Los que son persuadidos se dejan morir voluntariamente de inanición o se les libra de la vida durante el sueño sin que se den cuenta de ello" (pág 150)

En cualquier caso, Moro insiste en que no se mata a nadie contra su voluntad, y quien se niegue a consentir su muerte voluntaria seguirá siendo tratado y no lo dejarán de cuidar.

"Quien se deje convencer para la eutanasia será honrado, a diferencia de los habituales suicidas, que se quitan la vida sin causa reputada y validada por los sacerdotes y el Senado. Ellos no son considerados dignos de la tierra ni del fuego, sino que su cuerpo, privado ignominiosamente de sepultura, es arrojado a los pantanos" (pág. 161)

En *Utopía* se propone un cambio de actores: ya no son solo los sacerdotes, sino también los médicos y las autoridades los que deben ayudar a suicidarse y ofrecer una eutanasia activa, cuando esta medida pueda legitimarse en caso de que la enfermedad sea incurable y los dolores insoportables. (Tomas Moro, 1516, pág. 161)

En el siglo XVIII, Durante la Ilustración, los derechos individuales cobraron mayor relevancia y se convirtieron en el centro de las discusiones sobre la autonomía personal, aunque los filósofos de esta época no trataron directamente el tema de la eutanasia. Sin embargo, sus ideas influyeron significativamente en la percepción moderna de la libertad personal en la toma de decisiones sobre la vida y la muerte, el filósofo escocés David Hume reflexionó sobre la eutanasia rompiendo con la tradición cristiana al defender la justificación del suicidio, cuestionando la idea de que la vida humana era un don divino irrevocable y argumentando que el individuo tenía el derecho de terminar con su vida en circunstancias de sufrimiento. *"a pesar de que un sólo paso nos apartaría del yugo del dolor y pena, las amenazas de la superstición nos mantienen encadenados a una existencia odiosa, y ella misma contribuye a hacernos miserables".* (Hume, 1755)(par. 3)

Influenciados por Hume, los utilitaristas comenzaron a argumentar que la eutanasia podría ser moralmente aceptable si contribuía al bienestar del paciente, aliviando su sufrimiento. Este período también estuvo marcado por la Revolución Francesa, que despenalizó el suicidio y sentó un precedente en la legislación laica.

En el siglo XIX, surgieron corrientes como el Darwinismo social y la eugenesia, que promovían el uso de la biología para mejorar las cualidades humanas, lo cual tuvo un impacto relevante en el debate sobre la eutanasia, aunque con connotaciones éticas problemáticas. Fue en este siglo cuando el término "eutanasia" comenzó a ser utilizado

en la literatura médica, acuñado por Francis Bacon para describir una "muerte buena o fácil".

Durante el siglo XIX, ensayistas como Samuel Williams y Lionel Tollemache defendieron la eutanasia activa, proponiendo que los médicos debieran asistir a los pacientes con enfermedades terminales y dolorosas a morir si estos lo deseaban (S.D., 1871, pág. 41). Sin embargo, estas ideas encontraron una fuerte oposición en una época en que la medicina comenzaba a realizar avances importantes en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, lo que permitió salvar vidas que anteriormente se hubieran perdido.

El siglo XX trajo consigo una serie de acontecimientos nefastos para la humanidad, especialmente en lo que respecta a las violaciones masivas de los derechos humanos y los abusos cometidos en nombre de ideologías totalitarias. Entre estos, la Segunda Guerra Mundial y el régimen nazi distorsionaron el debate sobre la eutanasia al vincularla con políticas eugenésicas y genocidas. Un claro ejemplo de ello fue el programa Aktion T4, implementado por el nazismo como una política de exterminio encubierta bajo la apariencia de compasión. A través de este programa, miles de personas con discapacidades físicas y mentales, consideradas "indignas de vivir", fueron asesinadas con el pretexto de aliviar su sufrimiento y liberar recursos para la sociedad. (United States Holocaust Memorial Museum , 2023)

Aunque Adolf Hitler suspendió oficialmente el programa en 1941, las ejecuciones continuaron en secreto hasta el final de la Segunda Guerra Mundial. En los Juicios de Núremberg, estas prácticas fueron condenadas como crímenes de lesa humanidad, lo que generó un fuerte rechazo internacional. Este repudio fue un catalizador para la creación de instrumentos jurídicos destinados a la protección de los derechos humanos, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. Dicho documento reafirmó el valor inherente de la vida humana y condenó cualquier forma de sufrimiento impuesto, estableciendo principios fundamentales para evitar que atrocidades como Aktion T4 se repitieran en el futuro.

En la segunda mitad del siglo XX, casos como el de Karen Ann Quinlan en 1976 marcaron un punto de inflexión en la jurisprudencia sobre la eutanasia, cuando el Tribunal Supremo de New Jersey permitió a los padres de Quinlan retirar la respiración asistida en un caso de estado vegetativo persistente, basándose en la doctrina de los "medios

extraordinarios" (Supreme Court of New Jersey, 1976) Este fallo acentuó la distinción ética entre omisión y comisión en la intervención médica.

El debate sobre la eutanasia, tanto activa como pasiva, continuó evolucionando. En 1988, un ensayo anónimo publicado en *The Journal of the American Medical Association* titulado "It's Over, Debbie" desató una controversia dentro de la profesión médica al relatar la asistencia para una muerte más rápida de una paciente agonizante (Chicago Tribune - "its Over Debbie" and doctor takes a life, 1988). Durante esta época, surgieron organizaciones como la Hemlock Society, que abogó por la legalización de la eutanasia y publicó guías para quienes consideraban esta opción. En los años 90, el movimiento a favor del suicidio asistido ganó terreno en Estados Unidos, con iniciativas en estados como Washington (1991), California (1992) y Oregón (1995). Aunque las propuestas en Washington y California no prosperaron instantáneamente, Oregón aprobó la *Death with Dignity Act*, que permitía a los adultos competentes solicitar medicación para terminar su vida de manera digna (Oregon Health Authority, 1997)

Finalmente, en el siglo XXI, la eutanasia ha sido legalizada en varios países donde la legislación de esta fue el resultado de extensos debates éticos, médicos y jurídicos que han abordado el delicado equilibrio, aunque en tantas otras jurisdicciones presentan limitaciones en cuanto a la cobertura de todas las situaciones posibles relacionadas con el final de la vida. Estos marcos legales varían en función de las interpretaciones culturales, filosóficas y jurídicas del derecho a morir, subrayando la necesidad de un análisis detallado en los capítulos siguientes.

Capítulo IV: Eutanasia: Una Perspectiva Filosófica

Si bien en el capítulo anterior se realizó una reseña histórica que sentó las bases y el desarrollo del concepto de eutanasia y su concepción a lo largo del tiempo, desde su aparición en las primeras sociedades hasta su regulación actual, considero que, para comprender plenamente este fenómeno, en su dimensión más profunda, es esencial ampliar las bases filosóficas que subyacen a estos desarrollos históricos. La relación entre la vida, la muerte y el sufrimiento ha sido tema de reflexión filosófica, que ha desafiado a pensadores a lo largo de los siglos desarrollando respuestas a estos temas desde su propia visión del ser humano, su dignidad y su relación con la vida y la muerte. Este recorrido revela cómo ha evolucionado el pensamiento, desde las primeras nociones de deber y virtud hasta las más recientes teorías sobre la autonomía y la superación de las limitaciones humanas.

A lo largo de la historia, la muerte ha sido uno de los temas más profundos y recurrentes en la reflexión filosófica, abordada desde diversas corrientes que han tratado de comprender su sentido y sus implicaciones. Los estoicos, por ejemplo, desarrollaron una postura particularmente influyente sobre la muerte, enfocándose en la autonomía personal y la capacidad de decidir el momento adecuado para finalizar la vida cuando ésta deja de ser digna. Esta corriente filosófica basada en el control sobre las emociones y el ejercicio de la razón como guía para vivir de acuerdo con la naturaleza, otorgando al ser humano la facultad de decidir cuándo la vida ya no debía continuar si ello suponía una pérdida de la dignidad o del sentido de virtud.

El estoicismo, una de las escuelas filosóficas más importantes de la antigüedad, consideraba que la vida debía vivirse en concordancia con la naturaleza y la razón, pero también defendía el derecho del individuo a elegir el momento de su muerte si su dignidad o bienestar se veían comprometidos.

Epicuro, en su obra "*Carta a Meneceo*", afirma que la muerte no es nada para nosotros, pues cuando estamos vivos, no experimentamos la muerte, y cuando la muerte llega, ya no estamos para experimentarla. Esta visión desdramatizada de la muerte fue considerada una parte inevitable del ciclo natural que no debe ser temida. (Epicuro, 1982)

En la obra "*Epistolae ad Lucilium*" de Séneca, plantea que la vida no debía prolongarse indefinidamente si se convertía en una carga; revelando la profunda reflexión filosófica de los pensadores estoicos respecto a la autonomía individual y el control sobre el propio destino; basándose en que la ley eterna fija un solo modo de iniciar la vida, pero varios para salir de ella, nos ha transmitido su opinión al respecto cuando dice:

"Es al hombre a quien corresponde decidir libremente sobre el sentido y su capacidad de soportar su existencia en el cuerpo", "no se debe ni querer demasiado a la vida ni odiarla demasiado, sino buscar un término medio y ponerle fin cuando la razón lo aconseje", "no se trata de huir de la vida sino de saber dejarla" "es preferible quitarse la vida, a una vida sin sentido y con sufrimiento".

"Como bien sabes, no hay que aferrarse siempre a un tipo de vida, pues no hay ningún bien en simplemente vivir, sino en vivir bien. Por eso, el hombre sabio vivirá tanto como deba, no tanto como pueda. […] El asunto no es morirse más tarde o más temprano, sino el morir bien o morir mal. Y morir bien implica escapar de los riesgos de vivir mal" […] ¿Por qué esperar a la crueldad, sea de una enfermedad o de una persona, cuando puedo evitarme los sufrimientos, sacudirme los problemas y partir? Una buena razón para no quejarse de la vida es que no retiene a nadie contra su voluntad" (Séneca, 1984, pág. 62)

Para Séneca, la vida no se mide por su duración, sino por su calidad, subrayando que el verdadero valor reside en "vivir bien", y no simplemente en prolongar la existencia sin propósito o dignidad. En este sentido, el filósofo aboga por el derecho a elegir el momento y las circunstancias de la propia muerte, como un acto de sabiduría y libertad, cuando la vida se convierte en una carga insostenible o en un sufrimiento inútil. Este filosofo expresa claramente esta idea afirmando en que la sabiduría radica en saber cuándo la vida ha dejado de ser valiosa en términos de bienestar y dignidad. Así, propone que "*morir bien implica escapar de los riesgos de vivir mal*", sugiriendo que la muerte puede ser un medio legítimo para evitar una existencia indigna o dolorosa. Asimismo, rechaza la idea de aferrarse a la vida a cualquier precio, argumentando que someterse a las circunstancias adversas sin opción a cambiar el propio destino representa un

"*vergonzoso reconocimiento de debilidad*". Finalmente, recalca que la muerte es una elección sobre la cual la fortuna no tiene poder, siempre que el individuo mantenga la capacidad de decidir sobre su propio final. Esta noción de que "*la vida no retiene a nadie contra su voluntad*" señala la idea del profundo respeto que los estoicos otorgaban a la libertad individual, situando el control sobre el destino personal por encima de las contingencias externas. Así, en la filosofía de Séneca, el suicidio no es un acto de desesperación, sino una manifestación del ejercicio consciente de la autonomía y la razón.

Al igual que Séneca, tanto Epicteto como Marco Aurelio, en sus respectivas obras, reflexionaron sobre la dignidad y la autonomía personal, especialmente en relación con el fin de la vida. Ambos filósofos estoicos hablaron de la importancia del autocontrol y la racionalidad en las decisiones sobre la propia existencia, creyendo que la vida no debe prolongarse si su calidad ha sido comprometida de manera irremediable.

Epicteto, en su *Manual Enchiridion*, defendía una postura similar, pues creía que lo único que está completamente bajo el control humano es la mente, la voluntad y nuestras reacciones a las circunstancias. Para los estoicos, no era la muerte lo que debía temerse, sino la opinión que se tenía sobre ella. Epicteto argumentaba que cualquier situación que comprometiera la integridad moral del individuo podía ser rechazada, incluso si ello implicaba elegir la muerte. Así, la muerte no era vista como un mal en sí misma, sino como una alternativa aceptable cuando la vida dejaba de ser vivida con virtud y dignidad. En ese sentido, cualquier situación que ponga en riesgo la integridad de nuestra voluntad o dignidad puede ser legítimamente rechazada: "*Recuerda que no es la muerte la que es terrible, sino la opinión que tienes sobre ella"* (Epicteto, 2014, pág. 2).

Por su parte, Marco Aurelio, en su libro "*Meditaciones"*, también reflexionó sobre el poder del individuo para determinar el momento adecuado para morir con dignidad. En el *Libro 3*, escribe:

"*Si ya no es posible vivir conforme a la naturaleza, me iré de la vida, pero no como quien se siente maltratado, sino como quien se retira con serenidad*" […] *No sólo esto debe tomarse en cuenta, que día a día se va gastando la vida y nos queda una parte menor de ella, sino que se debe reflexionar también que, si una persona prolonga su existencia, no está claro si su inteligencia será igualmente capaz en adelante para la comprensión de las cosas y de la teoría que tiende al conocimiento de las cosas divinas y humanas. Porque, en el caso de que dicha persona empiece a desvariar, la respiración, la nutrición, la imaginación, los instintos y todas las demás funciones semejantes no le*

faltarán; pero la facultad de disponer de sí mismo, de calibrar con exactitud el número de los deberes, de analizar las apariencias, de detenerse a reflexionar sobre si ya ha llegado el momento de abandonar esta vida y cuantas necesidades de características semejantes precisan un ejercicio exhaustivo de la razón, se extingue antes. Conviene, pues, apresurarse no sólo porque a cada instante estamos más cerca de la muerte, sino también porque cesa con anterioridad la comprensión de las cosas y la capacidad de acomodarnos a ellas." (Marco Aurelio, 170-180, pág. 104)

Aquí, Marco Aurelio sugiere que, si las circunstancias ya no permiten vivir con integridad y de acuerdo con los principios estoicos de virtud, la opción de retirarse de la vida debe hacerse con serenidad, sin miedo ni lamento. Además, en otro pasaje, afirma: " *La muerte es un descanso de los sentidos, del impulso de la carne, del pensamiento preocupado, del servicio al cuerpo. No es un mal. Lo que es un mal es la vida sin virtud* " (Pág. 17) reflejando la convicción estoica de que la dignidad y el carácter moral son más importantes que la mera existencia física. Si las condiciones de vida comprometen estos principios, entonces la muerte puede considerarse una opción válida y racional.

Por su parte Platón, en su obra "*Diálogos: Fedón, o de la inmortalidad del alma"* describe el comportamiento de Sócrates en sus últimos días:

"Sócrates fue condenado a muerte, sus amigos le prepararon un plan de fuga, pero él prefirió acatar la ley y murió por ello. Pasó sus últimos días de vida con sus amigos y seguidores. Poco antes de cumplir su sentencia se bañó, para evitar con ello que las mujeres tuvieran que lavar su cadáver. Una vez limpio bebió el veneno, y cuando sintió sus piernas ya pesadas, se acostó dignamente sobre sus espaldas, sin quejarse ni mostrando sufrimiento alguno, sino al contrario, él era la persona más optimista que se encontraba en ese lugar ya que toda la demás gente sufría al saber que Sócrates iba a morir, con esto despertó la admiración de cuantos lo rodeaban" (Platón, Diálogos: Fedón, o de la inmortalidad del alma, 2005, pág. 106)

Este comportamiento ejemplifica la actitud socrática de aceptación y dignidad frente a la muerte, reflejando una visión en la cual la muerte no se considera una tragedia, sino un proceso natural y una oportunidad para manifestar la sabiduría. En el diálogo *Apología de Sócrates*, (Platón t. p., 2014) Sócrates aborda la muerte desde una perspectiva ética, defendiendo que la vida debe ser vivida en búsqueda de la virtud y el conocimiento. Sócrates argumenta que la muerte es una liberación del alma del cuerpo y una transición hacia un estado de mayor conocimiento y verdad. Según él, no se debe temer a la muerte,

ya que esta podría representar un estado de mayor sabiduría y comprensión. Esta visión socrática muestra la importancia del autoconocimiento y la preparación para una buena muerte a través de una vida vivida con principios éticos y racionales.

A su vez, en "*La República*", sostuvo que los médicos debían asistir a los enfermos a morir si así lo deseaban

"Cada ciudadano tiene un deber que cumplir en todo Estado bien organizado y habrá que establecer una legislación para el Estado que cuide de los ciudadanos bien constituidos de alma y cuerpo, pero respecto a los que no son sanos corporalmente se les dejará morir" (Platón, Diálogos IV República, 1988, pág. 211).

Marcando una postura permisiva respecto al final de la vida en casos de sufrimiento extremo o enfermedad, esta perspectiva revela una cierta flexibilidad en la interpretación de la muerte, permitiendo que se contemple la eutanasia en el contexto de una vida que ha perdido su calidad.

Con Aristóteles, representante de otra gran corriente filosófica, la muerte también se aborda desde una perspectiva ética, pero con un enfoque diferente al de los estoicos y platónicos. Aristóteles, en su *"Ética Nicomáquea"* (Aristóteles, 1985), introduce la *"ética de la virtud",* un sistema moral que coloca el énfasis en el desarrollo del carácter virtuoso y la vida buena, entendida como la realización de las potencialidades humanas y el florecimiento o *"eudaimonía"*. Para Aristóteles, la vida tiene un valor intrínseco en cuanto permite el ejercicio de las virtudes, que son el camino hacia la felicidad. Sin embargo, el filósofo reconoce que el sufrimiento extremo que impide llevar una vida virtuosa puede justificar, en ciertos casos, el terminarla. No obstante, Aristóteles no avala el suicidio como una respuesta habitual a las adversidades, ya que ello podría interpretarse como una falta de coraje o templanza, dos virtudes fundamentales en su sistema ético.

La *"ética de la virtud"* aristotélica es particularmente relevante, por haber sido retomada en el siglo XX. Esta corriente se centra en el carácter moral y la búsqueda del término medio entre extremos viciosos. Desde esta perspectiva, la eutanasia podría ser moralmente aceptable si se lleva a cabo con el propósito de aliviar el sufrimiento y mejorar el bienestar del paciente, siempre que se actúe con sabiduría y compasión, virtudes esenciales en el pensamiento aristotélico. No obstante, Aristóteles también advierte que la vida es un bien fundamental en el que se basa la posibilidad del florecimiento humano, lo que podría generar una posición ambivalente. Por un lado, la

virtud de la prudencia "*frónesis"* puede justificar la terminación de la vida en casos de sufrimiento insoportable; pero, por otro, la *eudaimonía* como el fin último del ser humano hace que la vida, como medio para alcanzar ese fin, sea valiosa en sí misma. Así, aunque Aristóteles reconoce la importancia de las circunstancias y el contexto, la inclinación general de su filosofía es preservar la vida siempre que sea posible ejercer las virtudes.

A pesar de esta perspectiva relativamente permisiva, Hipócrates, una figura central en la historia de la medicina, se opuso firmemente tanto a la eutanasia activa como al suicidio. En su célebre *"Juramento Hipocrático*", se comprometía a abstenerse de administrar veneno a sus pacientes, estableciendo un principio de no maleficencia que buscaba proteger a los más vulnerables de prácticas potencialmente dañinas (Hippocratis Opera omnia, 460-377ac).

Con la llegada del cristianismo en el siglo IV, se produjo una transformación radical en la ética de la muerte. Bajo la influencia cristiana, la vida comenzó a ser considerada un don divino, sobre el cual solo Dios tenía la autoridad para decidir su final. En este contexto, prácticas como el suicidio fueron condenadas como pecados graves, ya que se percibían como intentos de usurpar el rol de Dios en la determinación del destino final del alma.

San Agustín, en su obra *"Ciudad de Dios",* ofrece una crítica del suicidio desde una perspectiva cristiana que se distancia de la visión estoica. Para Agustín, el suicidio es un acto de desesperación que revela una falta de fe en la providencia divina. En sus escritos, reflexiona sobre la inevitabilidad de la muerte y cómo el sufrimiento y la muerte deben ser aceptados como parte del plan divino. Su visión se centra en la idea de que, aunque la muerte es inevitable, el tiempo de nuestra muerte no lo es, y que el intento de evitarla mediante actos desesperados es vano

"¿Qué hay de cierto en la tierra, sino la muerte? Fijaos en todo absolutamente lo de esta vida, bueno y malo, tanto en la bondad como en la maldad; ¿qué hay de cierto aquí, sino la muerte? Has progresado: lo que hoy eres, eso sabes; lo que serás mañana no lo sabes. [...] Esperas dinero: no es seguro que llegue. Esperas una esposa: es incierto si la conseguirás, y cómo será la que aceptes. Esperas hijos: no sabemos si nacerán; ya han nacido: no sabes si vivirán; ya están viviendo: no sabes si crecerán para el bien o para el mal. A donde quiera que te vuelvas, todo es incierto: sólo la muerte es cierta. Eres pobre: no sabes si llegarás a ser rico; eres ignorante: no es seguro que puedas instruirte; estás enfermo: no hay seguridad de que recuperes la salud. Has nacido: con toda

seguridad que morirás; pero en esta misma seguridad de la muerte, lo que no es seguro es el día de la muerte. En medio de todas estas incertidumbres, donde sólo es cierta la muerte, aunque sí es incierta su hora, y por la que uno se preocupa tanto, y que de ningún modo se puede evitar, todo hombre inútilmente se afana durante su vida." (San Agustin, 1929, pág. 31)

San Agustín también describe la vida como una carrera ininterrumpida hacia la muerte, donde el tiempo vivido se ve como una disminución constante de la vida restante, subrayando la inevitabilidad y la implacabilidad del final:

"Desde el instante en que comenzamos a existir en este cuerpo mortal, nunca dejamos de tender hacia la muerte. Ésta es la obra de la mutabilidad durante todo el tiempo de la vida (si es que vida debe llamarse): el tender hacia la muerte. No existe nadie que no esté más cercano a la muerte después de un año que antes de él, y mañana más que hoy, y hoy más que ayer, y poco después, más que ahora, y ahora, poco más que antes. Porque el tiempo vivido es un pellizco dado a la vida, y diariamente disminuye lo que resta: de tal forma, que esta vida no es más que una carrera hacia la muerte". (San Agustin, 1929, pág. 31:44)

Santo Tomás de Aquino, condenó el suicidio en su "*Suma Teológica*, *Parte Secunda Secundae sobre Justicia. Cuestión 64. Art 5*" (Santo Tomás de Aquino, s.f., *Suma Teológica*, II-II, q. 64) que dice a las objeciones, que, aunque el ser humano tiene libre albedrío sobre su vida, el tránsito hacia una vida mejor está bajo la autoridad divina y no puede ser decidido por el ser humano. Según Aquino, el suicidio es moralmente inaceptable porque impide la posibilidad de arrepentimiento y redención, y también es visto como una forma de evadir un mal menor al optar por el mayor mal, que es la muerte:

"*El hombre se constituye en señor de sí mismo por el libre albedrío, y, por tanto, puede lícitamente disponer de sí mismo en lo que pertenece a esta vida, la cual se rige por el libre albedrío del hombre. Pero el tránsito de esta vida a otra más feliz no está sujeto al libre albedrío del hombre, sino a la potestad divina; y por esta razón no es lícito al hombre darse muerte para pasar a otra vida más dichosa.*

Tampoco lo es el que rehúya ciertas miserias de la vida presente, puesto que la muerte es el último de los males de esta vida y el más terrible, como se muestra por el Filósofo en III Ethic. Por consiguiente, suicidarse para evitar otras miserias de esta vida es preferir un mayor mal por evitar uno menor.

Ni tampoco es lícito darse muerte por algún pecado cometido, ya porque con esto se causa uno a sí mismo un perjuicio máximo, puesto que se priva del tiempo necesario para la penitencia, ya también porque no es lícito matar al malhechor sino mediante juicio de la pública potestad". (Santo Tomas de Aquino, pág. 64)

En la modernidad, la reflexión filosófica sobre la muerte se vio revitalizada por figuras como Michel de Montaigne, quien, en sus *Ensayos*, abordó la muerte desde una óptica humanista y personal. Montaigne aborda la muerte desde una óptica humanista y personal, sosteniendo que la muerte es un acontecimiento natural y universal que debe ser aceptado con serenidad y sin temor. Considera que la firmeza ante la muerte es una virtud y que la preparación para este momento es esencial para enfrentarla con dignidad. Reflexiona sobre la importancia de vivir con la conciencia de la mortalidad y de aprovechar cada momento, ya que la muerte es inevitable y forma parte de la condición humana.

"Cuando consideramos la firmeza que alguien mostró en la hora de su muerte, que es sin duda la más notable acción de la vida humana, preciso es tener en cuenta que difícilmente creemos encontrarnos en tan supremo momento" (Montaigne, 1580, pág. 166)

La familiaridad con la muerte puede ayudarnos a enfrentarla con mayor serenidad, y no debe ser temida, sino aceptada como parte del ciclo de la vida.

"La muerte no es el remedio de una sola enfermedad, es la receta contra todos los males; es un segurísimo puerto que no, debe ser temido, sino más bien buscado." (Montaigne, 1580, pág. 414)

Por otro lado, el racionalismo de René Descartes, surgido en el siglo XVII, marcó un cambio importante en la reflexión filosófica sobre la muerte y la moralidad. Descartes, conocido por su enfoque en la razón como la base del conocimiento, propuso un método de análisis que puso a la razón en el centro del proceso de toma de decisiones éticas. En su obra "*Meditaciones Metafísicas"*, Descartes utilizó la duda metódica para cuestionar todas las creencias que no pudieran ser verificadas con certeza, llegando a la conclusión de que la existencia del yo pensante es incuestionable: "*Cogito, ergo sum*" ("Pienso, luego existo").

Este énfasis en la razón condujo a una reevaluación de las ideas sobre la muerte y el sufrimiento, marcando el inicio de debates modernos sobre el derecho a morir con

dignidad y la autonomía personal. Descartes no abordó la muerte de manera directa en sus escritos, pero su insistencia en la razón y la evidencia empírica influyó en la forma en que se comenzaron a considerar temas relacionados con el final de la vida. La autonomía personal y la capacidad de tomar decisiones racionales sobre la propia existencia se convirtieron en temas centrales, y la muerte, en lugar de ser un misterio teológico o un evento meramente trágico, comenzó a ser examinada a través de una lente racional y lógica.

El racionalismo de Descartes también desafió las concepciones teológicas dominantes al promover la idea de que la razón puede proporcionar una base para la certeza y el conocimiento, incluidas las cuestiones relacionadas con la moralidad y la ética. En este sentido, el enfoque cartesiano ofreció una perspectiva alternativa a las visiones tradicionales, alentando una reflexión crítica sobre la relación entre la razón, la moralidad y el derecho a una muerte digna. (Graña, 1987)

En la Edad Moderna, la filosofía de Immanuel Kant y David Hume presenta la dualidad de posturas, una dicotomía fundamental en la reflexión sobre la moralidad, la dignidad y la muerte. Mientras Kant introduce el deontologismo, subrayando la dignidad inalienable de la vida humana y el respeto por la autonomía y la racionalidad como principios inquebrantables. Hume ofrece una visión más empírica y centrada en la empatía, que prioriza la adaptación a las circunstancias específicas y el bienestar humano en la evaluación ética.

El deontologismo, como enfoque ético desarrollado por Immanuel Kant, constituye una teoría moral que enfatiza la adherencia a principios universales y el cumplimiento de deberes inherentes, en lugar de centrarse en las consecuencias de las acciones. En su obra *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres* (1785) Kant establece un marco ético que resalta el respeto absoluto por la dignidad humana, un concepto clave para la discusión de la ética en torno a la muerte y la dignidad.

Para Kant, la moralidad de una acción no depende de sus resultados, sino de si esta acción cumple con un principio moral universal. De acuerdo con su perspectiva, los seres humanos, al ser racionales, tienen un deber moral que trasciende las consecuencias particulares de sus acciones. En este sentido, Kant sostiene que el valor intrínseco de la vida humana no puede ser comprometido por circunstancias externas. Por lo tanto, cualquier acto contra la propia vida se considera moralmente inaceptable porque implica

una instrumentalización de la persona, tratándola como un medio para un fin en lugar de un fin en sí mismo.

Uno de los conceptos fundamentales del deontologismo kantiano es el imperativo categórico, que formula en diversas formas, siendo una de las más reconocidas la siguiente:

"Obra solo según aquella máxima por la cual puedas al mismo tiempo querer que se convierta en una ley universal." (Kant, 1785, pág. 105)

Este principio establece que una acción es moralmente correcta si la máxima que la guía puede ser universalizada sin generar contradicciones. En otras palabras, una acción se considera moralmente adecuada si, al aplicarla como una regla general, no conduce a una contradicción o a una violación de la dignidad humana. Este imperativo categórico dicta que se debe tratar a la humanidad, tanto en nuestra propia persona como en la de los demás, siempre como un fin en sí mismo y nunca como un mero medio, implica que la vida posee un valor absoluto que no puede ser sacrificado en nombre de la eliminación del sufrimiento o la maximización de beneficios. En consecuencia, Kant argumenta que el deber moral requiere un respeto absoluto por la vida, sin considerar las posibles consecuencias.

En contraste con la rigurosa perspectiva deontológica de Immanuel Kant, David Hume (1711-1776) ofrece una visión empírica y escéptica sobre la moralidad que se basa en las emociones y las experiencias humanas. En su obra *Tratado de la Naturaleza Humana* (1739-1740), (Viqueira, 1923, pág. 190) ,Hume examina la moralidad desde una óptica que prioriza los sentimientos prácticos en lugar de adherirse a principios racionales y universales.

Para Hume, la moralidad no se funda en la aplicación de normas abstractas, sino en nuestras respuestas emocionales y en las experiencias humanas concretas. Según Hume, las ideas morales surgen de nuestras emociones y de nuestra capacidad para sentir empatía hacia los demás. La ética, desde esta perspectiva, está profundamente conectada con el deseo de promover el bienestar y de evitar el sufrimiento, lo cual puede proporcionar un fundamento más flexible y contextualmente sensible para la toma de decisiones éticas.

En *Of Suicide*, (Hume, 1755, pág. 181:189) Hume explora el suicidio desde un punto de vista empírico y pragmático, examinando las motivaciones personales y las

circunstancias que llevan a tal decisión. Su análisis permite una interpretación adaptativa que considera las realidades emocionales y experienciales involucradas en el acto del suicidio.

Para Hume, la moralidad no se fundamenta en principios rígidos y universales, sino en la empatía y el bienestar humano. En lugar de seguir normas inmutables, su enfoque resalta la importancia de adaptar las respuestas morales a las circunstancias individuales y a los sentimientos humanos. En el contexto de la eutanasia, esto se traduce en una evaluación ética que prioriza la compasión y el alivio del sufrimiento sobre la adhesión a principios abstractos.

Hume cuestionaría la rigidez de los principios kantianos, argumentando que la moralidad debe ser flexible y estar en sintonía con las experiencias prácticas y los sentimientos humanos. Desde su perspectiva, las decisiones sobre la eutanasia deberían considerar la complejidad de las experiencias individuales y las emociones implicadas, en lugar de apegarse a normas universales que podrían no reflejar adecuadamente toda la gama de circunstancias específicas.

Durante el siglo XVIII, el utilitarismo emergió como una teoría ética innovadora que cambió el enfoque de la moralidad al introducir un criterio pragmático y consecuencialista para evaluar las acciones humanas. Sus principales exponentes, Jeremy Bentham y John Stuart Mill, elaboraron esta doctrina sobre la base de que las decisiones morales deben evaluarse según las consecuencias que generen en términos de placer y dolor. Bentham, en su obra *"Introducción a los principios de moral y legislación*" (1789) (Bentham, Reimpresión de 1907 de la edición de 1823. (Primera impresión: 1780)., pág. 1), sentó las bases del utilitarismo con su célebre principio de utilidad: "*La naturaleza ha colocado a la humanidad bajo el dominio de dos señores soberanos, el dolor y el placer. Sólo a ellos les corresponde señalar lo que debemos hacer, así como determinar lo que haremos*". Bajo este marco, Bentham propone que la moralidad de una acción depende de si esta maximiza el bienestar general, entendiendo el bienestar como un balance favorable entre placer y dolor. En este, el utilitarismo permitiría justificar el acto de poner fin a la vida de una persona si con ello se reduce un sufrimiento insoportable, siempre y cuando el resultado general sea un incremento en el bienestar tanto del individuo como de la sociedad. Este enfoque destaca que la muerte, aunque en principio es vista como un mal, puede ser moralmente aceptable si termina con un sufrimiento que no permite un balance positivo de placer.

John Stuart Mill refina el utilitarismo al introducir una diferenciación entre placeres superiores e inferiores en su obra "*Utilitarismo"* (1863). (Mill J. S., 1863) Mientras que Bentham había propuesto que el cálculo moral se basaba simplemente en la cantidad de placer o dolor que una acción producía, Mill dice que no todos los placeres son iguales, para él los placeres superiores, relacionados con el desarrollo intelectual y moral, tienen un valor intrínsecamente mayor que los placeres sensoriales o físicos. Esta distinción lleva a Mill a afirmar que *"es mejor ser un hombre insatisfecho que un cerdo satisfecho; mejor ser Sócrates insatisfecho que un estúpido satisfecho*"(pág. 22). Con esta afirmación, sostiene que la dignidad humana está profundamente vinculada a la capacidad de experimentar y perseguir estos placeres superiores. Dicha posición ofrece una justificación basada en la dignidad de la persona: si el sufrimiento físico o psicológico impide que el individuo acceda a los placeres superiores que dotan de significado a la vida, entonces la muerte inducida puede ser moralmente defendida como un medio para preservar la dignidad. Bajo esta visión, una vida caracterizada exclusivamente por el dolor y la incapacidad de participar en experiencias superiores puede perder su valor intrínseco, y en ese caso, el derecho a una muerte digna puede prevalecer sobre la obligación de prolongar la vida a cualquier costo.

El antipaternalismo de Mill, desarrollado en su obra "*Sobre la libertad"* (1859) (Mill J. S., 1859, pág. 3), refuerza esta postura al destacar la importancia de la autonomía personal. Según el autor, "*el único propósito por el cual el poder puede ser legítimamente ejercido sobre cualquier miembro de una comunidad, contra su voluntad, es evitar el daño a otros*". Este principio establece que las personas tienen derecho a tomar decisiones sobre sus propias vidas siempre y cuando esas decisiones no perjudiquen a otros. En el contexto de la eutanasia, el antipaternalismo defiende la libertad del individuo para decidir sobre el final de su vida, siempre que esa decisión no afecte negativamente a otros miembros de la sociedad. Este enfoque resalta que las normas sociales y estatales no deben interferir en las decisiones personales relacionadas con el sufrimiento y la muerte, ya que estas son cuestiones profundamente individuales. El autor considera que el Estado no tiene derecho a imponer restricciones morales o legales que coarten la capacidad del individuo de decidir sobre el curso de su vida y su muerte. Así, el antipaternalismo de Mill es crucial en la defensa de la elección individual que debe ser respetada por el sistema jurídico.

Durante el siglo XIX, Arthur Schopenhauer y Friedrich Nietzsche, abordaron el sufrimiento humano desde ángulos contrastantes. Schopenhauer, en su obra "El mundo como voluntad y representación" (Schopenhauer, 1818 (primera ed. 2004), pág. 56) ofrece una visión sombría y profundamente pesimista de la existencia humana. Según Schopenhauer, la vida está marcada por un ciclo interminable de deseos insatisfechos y sufrimiento inevitable. La voluntad, entendida como la fuerza irracional que impulsa a los seres humanos a desear y actuar, es la causa de este sufrimiento, ya que la satisfacción de un deseo solo genera un nuevo deseo, perpetuando un estado de insatisfacción continua. Para Schopenhauer, la vida misma es un tormento, una "*serie de sufrimientos y desdichas que se intercalan con breves momentos de felicidad" (pág. 336).* La eutanasia, en este marco filosófico, sería coherente con la idea de que la negación de la voluntad, y por tanto de la vida, es una forma legítima de buscar la paz y la liberación del tormento inherente a la existencia.

Por otro lado, Nietzsche, en su obra "*Así habló Zaratustra*", (Nietzsche, 1883, pág. 70) ofrece una visión radicalmente distinta. Mientras que Schopenhauer aboga por la negación de la voluntad y la evasión del sufrimiento, Nietzsche propone una afirmación total de la vida, con todas sus complejidades, desafíos y sufrimientos. El concepto nietzscheano del "*eterno retorno*" exige que vivamos nuestras vidas de tal manera que estaríamos dispuestos a repetirlas eternamente, con todos sus altibajos. Esta afirmación de la vida implica que el sufrimiento es una parte esencial de la experiencia humana y debe ser aceptado y superado en lugar de ser evitado. Además, Nietzsche introduce la noción del "superhombre" (Übermensch), un ideal de autotrascendencia y superación que rechaza las morales convencionales y busca la afirmación plena de la vida. Según Nietzsche, "*lo que no me mata, me hace más fuerte"(pág. 33),* lo que sugiere que el sufrimiento es una oportunidad para el crecimiento y la autoafirmación; optar por la muerte para evitar el dolor entonces sería un acto de debilidad, una negación del poder creador y vital que define al superhombre.

En oposición al antipaternalismo de Mill, el filósofo Gerald Dworkin ofrece una defensa del paternalismo moderado en su obra *Law´s Empire* de 1986 (Dworkin R. , 1986 trad al español en 1988, págs. 65-68) y en *Philosophical Issues in Senile Dementia* (Dworkin R. , Philosophical Issues in Senile Dementia. , 1987, págs. 64-84). Dworkin dice que, en ciertas circunstancias, la intervención paternalista puede ser justificable, especialmente cuando el sufrimiento extremo compromete la capacidad de la persona

para tomar decisiones autónomas y racionales. En este sentido, Dworkin sostiene que "*la intervención paternalista es justificable cuando una persona está en una situación en la que su capacidad de decisión está gravemente comprometida por el sufrimiento*"(pág. 65-68). Aplicado al debate sobre la eutanasia, este paternalismo moderado sugiere que, en casos de dolor extremo o incapacidad mental, el Estado o los profesionales de la salud pueden intervenir para asegurar que se proteja la dignidad del individuo, incluso si este no está en condiciones de tomar una decisión plenamente autónoma.

El libertarismo, particularmente el defendido por Robert Nozick, ofrece un marco argumentativo centrado en la preeminencia de la libertad individual como valor supremo. En su obra *Anarquía, Estado y Utopía* (1974), (Nozick, 1974, pág. 333) Nozick desarrolla una concepción del individuo como poseedor de derechos inviolables que no pueden ser sacrificados ni subordinados al bienestar colectivo o a las necesidades del Estado. Esta idea refuerza la noción de que los seres humanos, como entes autónomos, tienen el derecho intrínseco de tomar decisiones fundamentales sobre sus propias vidas, incluyendo la decisión de poner fin a su existencia.

Para Nozick, cualquier interferencia estatal que limite esta capacidad de autodeterminación constituye una violación de la dignidad humana. En el marco de su filosofía libertaria, el derecho a decidir sobre la propia muerte no es solo una extensión del derecho a la vida, sino que implica la soberanía del individuo sobre su propio cuerpo y destino. La autonomía, en este sentido, se erige como el fundamento último de la legitimidad de estas prácticas, bajo la premisa de que el control sobre la propia vida incluye inevitablemente el derecho a determinar cuándo y cómo morir.

Nozick argumenta que el papel del Estado debe limitarse a proteger los derechos individuales sin imponer restricciones morales o normativas que interfieran en las decisiones personales, siempre que dichas decisiones no violen los derechos de otros. En este sentido, la intervención del Estado para prohibir o restringir la eutanasia sería, para Nozick, una forma de paternalismo moralmente indefendible. Según el libertarismo, el Estado no tiene la autoridad legítima para imponer a los individuos una concepción particular del bien vivir o del bien morir, ya que esto implicaría una violación del principio de autodeterminación.

La posición de Nozick se inscribe en una tradición de pensamiento que rechaza cualquier justificación utilitarista o comunitarista para la intervención estatal. Si bien podría argumentarse que la prohibición de la eutanasia responde a un interés general en

la preservación de la vida o el bienestar colectivo, Nozick rechazaría tales argumentos al considerarlos incompatibles con la inviolabilidad de los derechos individuales. Desde esta óptica, el derecho a morir no debe ser visto como una concesión estatal, sino como una manifestación de la autonomía que cada persona posee sobre sí misma.

El humanismo y el existencialismo, a través de las obras de pensadores como Jean-Paul Sartre y Albert Camus, ofrecen una visión filosófica sobre la noción de la dignidad en relación con la libertad existencial. Estos enfoques, aunque compartan un interés común por la autonomía individual y la experiencia humana en un universo carente de sentido intrínseco, presentan respuestas divergentes y relevantes para el debate jurídico y ético sobre el derecho a morir.

En "*El ser y la nada"*, (Sartre, 1943, pág. 567) Sartre analiza como los seres humanos están *"condenados a ser libres"*, lo que significa que no tienen una esencia predeterminada o una finalidad dada por una entidad superior o por la naturaleza. Cada persona, según Sartre, debe forjar su propio destino y crear significado en un mundo que es, en última instancia, indiferente y desprovisto de propósito objetivo. Esta libertad radical implica una enorme responsabilidad personal: cada decisión que tomamos define nuestra existencia y, al mismo tiempo, nos convierte en un referente para la humanidad. En este sentido, la noción de dignidad se basa en la capacidad de ejercer esta libertad sin recurrir a justificaciones externas, y la vida adquiere sentido solo a través de las decisiones libres que cada persona toma.

Desde esta perspectiva existencialista, la decisión sobre la propia muerte, se considera una manifestación última de la libertad individual. Para Sartre, el valor de la vida no radica en su mera preservación, sino en la autenticidad con la que cada individuo enfrenta su existencia. Así, la dignidad humana reside en la capacidad de determinar el curso de la vida, incluso si esto implica el derecho a morir.

Por su parte, Albert Camus, en su obra *El mito de Sísifo*, (Camus, 1942 1er ed 1981, pág. 17) ofrece un enfoque distinto sobre la cuestión del suicidio, aunque parte de la misma premisa existencialista: la vida es absurda, y no existe un sentido o propósito intrínseco en el universo. Para Camus, la realidad humana se define por el absurdo, que surge del choque entre el deseo innato del ser humano de encontrar sentido y la indiferencia del universo hacia ese deseo. Ante esta falta de sentido objetivo, el problema filosófico fundamental para Camus es si vale la pena seguir viviendo, y por tanto, la cuestión del suicidio se convierte en central.

Sin embargo, concluye que, aunque la vida es absurda y el sufrimiento inevitable, el suicidio no es la respuesta adecuada, sino que para él, es una rendición ante el absurdo, una negación de la lucha que define la condición humana. La dignidad humana, en la visión de Camus, no reside en la huida de la vida o en la evasión del sufrimiento, sino en la resistencia y la rebelión ante el absurdo. A través de la figura de Sísifo, condenado a empujar una roca eternamente por una montaña solo para verla caer una y otra vez, Camus simboliza la lucha humana: aunque la vida carezca de un propósito final, hay dignidad en la perseverancia frente al sufrimiento y en la creación de sentido personal en medio del caos.(pág. 123)

En este sentido, rechaza el suicidio como una solución, argumentando que la verdadera dignidad humana se manifiesta en la capacidad de resistir ante el vacío existencial, la vida, aunque absurda, merece ser vivida en resistencia activa, y cualquier legislación que promueva el suicidio podría verse como una validación de una derrota frente a la vida misma.

Al llevar estas perspectivas filosóficas al ámbito del Derecho surgen preguntas fundamentales sobre los límites de la autonomía personal y la legitimidad de la intervención estatal en decisiones de vida y muerte. La visión existencialista de Sartre, que justifica la libertad absoluta de los individuos para determinar su destino, podría apoyar una legislación que permita la eutanasia voluntaria bajo el principio de autodeterminación. Esta perspectiva sustenta la idea de que el Estado debe reconocer y respetar las decisiones autónomas de los individuos sobre su vida, siempre que no interfieran con los derechos de otros. La autodeterminación radical implica que la dignidad humana se encuentra en la capacidad de elección, y que cualquier restricción impuesta por el Estado sería vista como una violación de este principio.

La corriente contemporánea esta guiada por el transhumanismo, y se encuentra encabezada por pensadores como Nick Bostrom, quien replantea la cuestión de la muerte y el sufrimiento desde una perspectiva tecnológica. Este movimiento filosófico, que promueve la mejora del ser humano a través de la tecnología, rechaza la muerte como un límite inevitable. Para los transhumanistas, la tecnología puede extender la vida humana indefinidamente y erradicar el sufrimiento, redefiniendo la autonomía y la dignidad.

Según Bostrom, el objetivo principal del transhumanismo es superar las restricciones biológicas", lo cual incluye la posibilidad de trascender las limitaciones impuestas por la muerte. Esta postura implica un cambio profundo en la concepción de la

autonomía: no solo se trata de decidir cómo y cuándo morir, sino de utilizar la tecnología para evitar la muerte por completo. Esta visión plantea interrogantes éticas y legales sobre el uso de la biotecnología para prolongar la vida indefinidamente y sobre qué significa verdaderamente el "derecho a morir con dignidad" en un mundo donde el sufrimiento puede ser eliminado tecnológicamente. (Maldonado, 2021, págs. 149-158)

Por otra parte, Simone de Beauvoir, en “La vejez”, (Beauvoir, 1970), examina la dignidad y el sufrimiento desde una perspectiva existencialista, centrándose en cómo la sociedad marginaliza a las personas mayores, privándolas de su autonomía y dignidad en los últimos años de su vida. Para de Beauvoir, el envejecimiento no es solo un proceso biológico, sino una construcción social que deshumaniza a los ancianos y les priva de su sentido de identidad. Esta marginalización, según de Beauvoir, es una forma de violencia que les niega su capacidad de autodeterminación. "*La vejez, en nuestra sociedad, no es más que un exilio, una marginación social y un olvid*o"(pág. 11), escribe de Beauvoir, aludiendo al sufrimiento tanto físico como social de los ancianos.

Por su vez Alasdair MacIntyre ofrece un enfoque crítico del individualismo en su obra “*Después de la virtud*” (Macintyre, 1984). Desde una perspectiva comunitaria y neoescolástica, sostiene que la noción de autonomía individual, defendida por los libertarios y utilitaristas, desatiende las virtudes y valores comunitarios que, según él, deben guiar las decisiones morales. La vida humana adquiere sentido y dignidad, no a través de la simple capacidad de autodeterminación, sino en función de su relación con las virtudes compartidas por la comunidad. En este marco, la eutanasia, vista desde el individualismo radical, puede socavar el tejido moral que une a las personas en una comunidad. MacIntyre escribe: *"La moralidad no puede ser comprendida ni practicada fuera del contexto de una comunidad, y es la comunidad la que proporciona las normas y virtudes que sostienen la vida digna" (pág. 222).* Esta perspectiva comunitaria ofrece un claro contraste con las teorías que priorizan la autonomía individual por encima de los valores comunitarios y plantea la cuestión de si el derecho a morir debe estar subordinado a los intereses colectivos en lugar de los individuales.

En contraste, Peter Singer, uno de los defensores más conocidos del utilitarismo contemporáneo, aborda el tema de la eutanasia desde una perspectiva consecuencialista. En “Ética práctica” Singer argumenta que, en situaciones de sufrimiento extremo e incurable, la dignidad humana puede mantenerse únicamente mediante la posibilidad de poner fin a la vida de manera deliberada y compasiva. Para Singer, la dignidad humana

no reside en la vida per se, sino en la capacidad de experimentar bienestar. Si una vida se caracteriza por el sufrimiento irremediable, entonces, desde un enfoque utilitarista, la eutanasia puede ser una solución ética. Singer señala:

"*Si una persona, en pleno uso de sus facultades, decide que su vida no vale la pena ser vivida, y si no hay perspectiva de alivio para su sufrimiento, entonces sería inhumano obligarla a continuar viviendo*". (Singer, Ética Práctica, 1993, pág. 156)

Esta postura refuerza la idea de que el sufrimiento innecesario viola la dignidad humana y que la eutanasia puede ser un acto de compasión moralmente defendible.

A su vez, Judith Butler, en su obra *"Marcos de guerra"*, ofrece una visión crítica sobre la vulnerabilidad y la interdependencia humana, proponiendo una comprensión relacional de la dignidad. Butler argumenta que los seres humanos son inherentemente vulnerables y que esa vulnerabilidad no puede ser entendida en términos de una autonomía radical, sino a través de las relaciones sociales y las redes de apoyo que los rodean.

Butler afirma que *"la vulnerabilidad no es una propiedad individual, sino un estado relacional, algo que se experimenta a través de la interacción con otros*" (Butler, 2009, pág. 39).

En este sentido, la eutanasia y las decisiones sobre el final de la vida no deben ser vistas solo como una manifestación de la autonomía individual, sino como un acto que tiene implicaciones profundas en las relaciones y el tejido social. Esta perspectiva invita a reconsiderar si la dignidad puede preservarse en el acto de la eutanasia, dado que esta acción implica, en muchos casos, una ruptura con las redes de apoyo que rodean al individuo.

Por otro lado, Thomas Nagel, en *"Mortal Questions"* (Nagel, 1979, Digitalized in 2012), reflexiona sobre el valor de la vida y el significado del sufrimiento, ofreciendo una crítica a las posturas que ven la eutanasia como una solución moralmente aceptable al sufrimiento. Para Nagel, la vida tiene un valor intrínseco que no puede ser reducido a la suma de experiencias subjetivas, placenteras o dolorosas. La muerte, desde esta óptica, no es simplemente una cesación de sufrimiento, sino una privación de la posibilidad de cualquier experiencia futura. *"El mal de la muerte no reside en el sufrimiento que la precede, sino en el cese de todas las posibilidades de continuar viviendo" (pág. 19),* escribe Nagel, sugiriendo que la eutanasia plantea dilemas morales profundos sobre cómo

valoramos la vida y qué significa perderla. Esta postura ofrece un contrapunto a las corrientes utilitaristas que centran su análisis en el sufrimiento, y plantea la cuestión de si el valor de la vida puede ser moralmente equiparado a la autonomía para decidir sobre su final.

Finalmente, desde la óptica del pragmatismo, John Dewey ofrece una perspectiva diferente en el debate sobre la dignidad y la eutanasia. En lugar de adherirse a principios morales absolutos, Dewey sugiere que las decisiones sobre el final de la vida deben ser abordadas de manera contextual y experimental, basándose en las consecuencias prácticas y los efectos sobre el bienestar social e individual. Para Dewey, la ética no es una cuestión de reglas inmutables, sino de reflexión crítica sobre las circunstancias concretas de cada situación. *"Los problemas éticos deben ser resueltos a través de la experiencia, no a través de teorías abstractas" (Dewey, 1922, p. 45),* escribe Dewey, subrayando la importancia de evaluar las decisiones sobre la eutanasia no solo en términos de autonomía o sufrimiento, sino también en función de su impacto en el bienestar general. (Pollet, 2024)

El debate filosófico sobre la eutanasia, por tanto, sigue evolucionando, enfrentando a quienes defienden la autonomía individual como un derecho fundamental con aquellos que valoran la vida en términos más comunitarios o intrínsecos. La interacción entre estos enfoques sigue configurando la forma en que las sociedades contemporáneas consideran la ética del derecho a morir dignamente.

Capítulo V Debates Éticos y Jurídicos Contemporáneos

La legalización de la eutanasia genera un debate que aborda dimensiones éticas, filosóficas y jurídicas, en el cual se confrontan posturas divergentes. Los defensores de la eutanasia sostienen que, en determinadas circunstancias, el respeto a la autonomía individual y a la dignidad humana legitimaría la facultad de decidir sobre el final de la propia vida, especialmente cuando la calidad de la existencia se encuentra gravemente comprometida. Argumentan que situaciones de sufrimiento extremo, dolor intratable y deterioro progresivo pueden llevar a que la vida pierda el valor que le otorga sentido, legitimando así la elección de concluirla de manera voluntaria.

Por otro lado, los detractores advierten sobre el riesgo de relativizar el valor intrínseco de la vida y enfatizan la complejidad de la distinción jurídica entre actos y omisiones. Surgen preocupaciones respecto a la posibilidad de que, al aceptar la eutanasia pasiva, se configure un precedente que facilite la normalización de la eutanasia activa, erosionando principios fundamentales del derecho y de la ética médica. Esta última implicación es de particular relevancia en el análisis de las normas que regulan la práctica médica y la protección de los derechos humanos.

Este capítulo se propone abordar los principios éticos que subyacen a las distintas posturas y su correlación con las disposiciones legales existentes, con el fin de ofrecer un panorama integral de la cuestión y sus posibles consecuencias jurídicas y sociales.

V.1 Posturas a favor

Las posturas que abogan por la legitimidad de la eutanasia se fundamentan en principios esenciales como la autonomía individual, la dignidad humana, el derecho a la autodeterminación y la necesidad de mitigar el sufrimiento. Uno de los argumentos más destacados es que el respeto por la autonomía personal otorga a los individuos el derecho a decidir sobre el final de su vida, particularmente en contextos en los que su calidad de vida se torna intolerable.

Este enfoque se complementa con una perspectiva compasiva que postula la obligación moral de prevenir el sufrimiento prolongado en pacientes en estado terminal. Desde un análisis jurídico, se sostiene que la eutanasia puede ser considerada como una extensión del derecho a la vida privada y la autodeterminación, tal como lo consagran los marcos constitucionales y los tratados internacionales de derechos humanos. Este argumento se apoya en la interpretación de que la protección de la autonomía personal es

un elemento clave en la promoción y defensa de la dignidad humana en el ámbito del Derecho.

V.I.1 Autonomía de la Voluntad

En la defensa de la eutanasia, las obras de John Stuart Mill, de Ronald Dworking, de la Dra.Ciruzzi, de Eugenio Raúl Zaffaroni y las notas jurisprudenciales de Elena Highton de Nolasco, Juan Carlos Maqueda y de Ricardo Lorenzetti cobran especial relevancia.

La autonomía de la voluntad respalda el derecho de los individuos a tomar decisiones sobre su vida; este es un valor fundamental en las sociedades democráticas modernas y en el derecho internacional de los derechos humanos. Concepto que se encuentra enraizado en la ética liberal, que prioriza la libertad y el respeto por la autodeterminación. Este principio implica que cada individuo tiene la capacidad y el derecho de definir su propio bienestar y, por ende, su propia muerte. Esta noción no solo abarca la libertad de elegir, sino también la responsabilidad que conlleva esa elección. La autonomía de la voluntad se traduce en el reconocimiento de que una persona puede decidir que su vida ha llegado a un punto donde el sufrimiento no es tolerable y que, por lo tanto, opta por poner fin a su vida de manera digna y controlada.

Tomando nuevamente la postura de John Stuart Mill en su obra *On Liberty* (1859) se puede ver como este proporciona un marco determinante para comprender el concepto de autonomía individual. El autor establece el llamado "*principio del daño*", que limita la intervención del Estado o de la sociedad sobre las decisiones de los individuos únicamente cuando estas decisiones impliquen un daño directo a otros; "*la única razón válida para que el poder se ejerza de manera coercitiva sobre cualquier miembro de una comunidad civilizada, en contra de su voluntad, es para prevenir daños a los demás*" (Mill J. S., 1859, pág. 14). Este imperativo marca la defensa incondicional de la libertad individual para tomar decisiones autónomas respecto a la propia vida, siempre que dichas decisiones no perjudiquen a terceros. Desde esta perspectiva, la intervención del Estado en casos de eutanasia o suicidio asistido solo debería ser considerada plausible si la decisión del individuo causara un daño a terceros, una circunstancia que, en muchos contextos, no se observa. De ahí que Mill plantee una concepción individualista, donde la autonomía personal se erige frente a restricciones morales impuestas por la sociedad o el Estado. En términos prácticos, el enfoque de este autor refuerza la importancia del derecho a la autodeterminación, de manera tal que el respeto por la autonomía se convierte en ese pilar

fundamental en la argumentación a favor de la legalización de este instituto y del reconocimiento del derecho de cada persona a decidir sobre el final de su vida.

Ronald Dworkin, en su obra *Life´s Dominion, an argument about abortion, euthanasia and individual freedom* (Dworkin R. , Life´s Dominion, an argument about abortion, euthanasia and individual freedom, 1994, pág. 120), también pone el foco en la autonomía individual en relación con el respeto a los derechos y valores personales de cada individuo. Dworkin sostiene que la vida de cada persona tiene un valor intrínseco y subjetivo, lo que conlleva la afirmación de que cada individuo es la mejor autoridad para juzgar las decisiones que sean congruentes con sus valores y creencias personales. Esta idea es central en su teoría de la integridad, según la cual las personas deben tener el derecho a vivir —y morir— de acuerdo con sus propias convicciones y elecciones autónomas.

Dworkin plantea que debe permitirse cuando una enfermedad física o mental impide a los individuos continuar con su proyecto de vida de manera significativa. El respeto por la autonomía, según este autor, implica reconocer que la persona tiene la capacidad de decidir cuándo la vida ha perdido la calidad o el significado que justifican su continuidad. Remarca la importancia de considerar la dignidad personal y la integridad moral como aspectos esenciales de la autonomía: cada persona debe ser libre de decidir cuándo y cómo desea poner fin a su vida, en tanto esas decisiones reflejen su propio sentido de dignidad y valores fundamentales. Este encuadre se opone al paternalismo estatal y media por la capacidad de los individuos de tomar decisiones autónomas sobre su muerte, proporcionando de este modo, un argumento fuerte en favor de la legalización de la eutanasia, basado en la premisa de que una vida digna y valiosa no se mide solamente por su duración, sino por el respeto a la capacidad de decidir libremente sobre su final.

En este mismo orden de ideas, la afirmación de la Dra. María Ciruzzi (Ciruzzi, 2014) resuena en el ámbito de la bioética y el derecho, donde la autonomía personal es la base en la discusión sobre la eutanasia. Reconocer a un ser humano la capacidad de decidir sobre su propia vida no solo es un acto de respeto hacia su humanidad, sino que también refleja un compromiso ético con la libertad individual y la dignidad personal.

La autonomía personal conlleva que cada individuo es el mejor juez de sus propias circunstancias, incluyendo las condiciones que afectan su calidad de vida y su bienestar. En situaciones de sufrimiento irreversible, como enfermedades terminales o condiciones médicas que producen dolor incontrolable, el derecho a decidir cómo y cuándo morir se

convierte en un aspecto esencial de la autodeterminación. Esta perspectiva no solo apela al derecho a vivir dignamente, sino que también reconoce que, en ciertas circunstancias, la muerte puede ser una opción más compasiva y respetuosa que el sufrimiento prolongado, enmarcándose en los principios de la ética liberal, que sostiene que los individuos deben tener el poder de tomar decisiones que afectan sus vidas, siempre y cuando no infrinjan los derechos de los demás. El principio de no intervención se fundamenta en el respeto por la capacidad de cada persona de tomar decisiones informadas y reflexivas sobre su propia existencia.

Ciruzzi también sugiere que el respeto por la autonomía personal es intrínseco al reconocimiento de la dignidad humana. Cuando se les niega a los individuos la posibilidad de decidir sobre su muerte, se les priva de un aspecto determinante de su identidad y libertad. Este argumento cobra importancia al analizar las legislaciones que fomentan la eutanasia, las cuales establecen salvaguardias y procedimientos orientados a garantizar que las decisiones tomadas por los pacientes sean informadas, voluntarias y respeten su dignidad.

"Reconocerle a un ser humano la posibilidad de definir qué hacer con su vida es respetar la humanidad del otro (su humanidad), es el respeto de la libertad y de la vida propia" (Ciruzzi, 2014, pág. 132).

Eugenio Zaffaroni sostiene que este principio de autonomía personal y dignidad se ve amenazado por el ejercicio desmesurado del poder estatal, él crítica al ejercicio desmesurado del poder punitivo por parte del Estado, señalando que este puede actuar como un mecanismo de control social que restringe la autonomía individual y la capacidad de decisión sobre la propia vida. Al igual que pensadores como John Stuart Mill y Ronald Dworkin, resalta la necesidad de priorizar el respeto por las decisiones personales, Sin embargo, su análisis trasciende la cuestión de los límites del Estado, enfocándose en las implicancias estructurales del poder punitivo y su tendencia a negar la autonomía de los ciudadanos.

En su obra *La cuestión criminal*, (Zaffaroni E. R., 2012, pág. 135:138) analiza la autonomía de la voluntad y la relación entre esta y el poder punitivo del Estado. Plantea que el poder punitivo se configura históricamente como una forma de control social, al apropiarse de la capacidad decisoria que pertenece a las personas, incluidas sus decisiones fundamentales sobre su propia vida y muerte. Esta verticalización del poder, que busca homogeneizar y someter, niega la autonomía individual y convierte al Estado en un ente

omnipresente que dirige y limita las opciones personales. Para Zaffaroni, el ejercicio excesivo del poder punitivo está orientado a despojar al individuo de su autonomía mediante mecanismos de coerción, transformando a las personas en meros objetos de control estatal.

Un ejemplo relevante de esta problemática es la imposición de normas que prohíben la eutanasia. En este contexto, el Estado adquiere el rol de garante de una moralidad que se impone a la ciudadanía, incluso en contraposición a la voluntad individual. Esta dinámica del poder punitivo, al restringir la capacidad del individuo para tomar decisiones relacionadas con su propia existencia, se convierte en una herramienta que refuerza la verticalización social.

Esto promueve una estructura jerárquica en la que el poder se ejerce sin el consentimiento ni la participación de aquellos que están sujetos a sus disposiciones. En consecuencia, se hace evidente que el derecho a decidir sobre el final de la propia vida entra en conflicto con las restricciones impuestas por el poder estatal.

En este sentido, resulta pertinente referirse a los fundamentos de los votos emitidos por los jueces Ricardo Lorenzetti, Elena Highton de Nolasco y Juan Carlos Maqueda en el caso D.M.A s/ incapacidad (Tribunal Superior de Justicia Neuquen,, 2013). Aunque el asunto no se sitúa dentro del ámbito de la eutanasia, la decisión de remover el soporte vital conlleva un imperativo reconocimiento de la dignidad inherente al individuo. La jurisprudencia en este ámbito establece pautas críticas sobre la autonomía del paciente y los derechos que le asisten en situaciones de vulnerabilidad. Es importante señalar que los detalles específicos y las implicaciones legales de este caso se desarrollarán más ampliamente en el último capítulo de la tesis, donde se abordará la jurisprudencia relevante y su impacto en la comprensión actual de la dignidad humana y el derecho a decidir sobre la propia vida.

En su voto, el juez Lorenzetti sostuvo que cada individuo posee el derecho inalienable a decidir sobre su propio cuerpo y su vida, afirmando que esta decisión debe ser respetada siempre que no cause perjuicio a terceros. Hizo hincapié en que la autodeterminación de los pacientes no solo debe ser garantizada, sino que el Estado tiene la responsabilidad de proteger este derecho como parte de los principios constitucionales consagrados en el artículo 19 de la Constitución Nacional. En consecuencia, subrayó que la imposición de tratamientos médicos en contra de la voluntad del paciente constituiría una vulneración de la autonomía y de la dignidad humana.

Por su parte, la jueza Highton de Nolasco (parr. 5) ha sido una firme defensora de los derechos personalísimos y del valor del consentimiento informado. Subrayó que el derecho a decidir sobre los propios tratamientos médicos es parte integrante del derecho a la intimidad y de la autonomía del individuo. Su voto destacó que la dignidad humana implica no solo el derecho a elegir libremente los procedimientos médicos a los que una persona desea someterse, sino también la posibilidad de rechazar aquellos tratamientos que solo prolonguen la vida de manera artificial, sin expectativas razonables de recuperación. Asimismo, marcó la importancia de las directivas anticipadas y la obligación del Estado y de los profesionales de la salud de respetar las decisiones previamente expresadas por el paciente.

El juez Maqueda, en su intervención (parr. 8), reflexionó sobre la relevancia de la autonomía personal y del derecho a la autodeterminación como pilares fundamentales de una sociedad democrática. Argumentó que el artículo 19 de la Constitución Nacional garantiza a cada persona un ámbito de privacidad inviolable, en el cual puede decidir libremente sobre su vida y su cuerpo. En este orden de ideas, sostuvo que el respeto por la autonomía de la voluntad es esencial en el contexto de los tratamientos médicos y en la toma de decisiones vinculadas al final de la vida. Además, reiteró que la dignidad humana exige el respeto a las decisiones autónomas de los pacientes, evitando cualquier forma de paternalismo estatal.

De este modo la Corte Suprema estableció que la autonomía de la voluntad es un principio rector en la relación médico-paciente, especialmente en situaciones en las que los tratamientos médicos pueden prolongar el sufrimiento de manera innecesaria. Este fallo subraya, además, la importancia de las directivas anticipadas como herramientas esenciales para garantizar el respeto a la voluntad del paciente (parr. 10)

V.I.2 Alivio del Sufrimiento

El derecho a aliviar el sufrimiento se erige como un derecho moral. En situaciones donde un individuo se encuentra en una etapa terminal, con un pronóstico vital que no ofrece esperanza de recuperación, el sufrimiento físico y psicológico puede llegar a ser intolerable. En estos casos, permitir que la persona elija poner fin a su vida de manera digna se presenta como una expresión compasiva del respeto hacia su autonomía y sus deseos; alineándose con el principio de "no maleficencia" en bioética, que establece que los profesionales de la salud tienen la obligación de no causar daño. Así, prolongar un

sufrimiento innecesario puede considerarse una forma de daño que contraviene este principio.

Adicionalmente, este argumento se encuentra respaldado por diversas opiniones en la comunidad médica y ética, cuyo objetivo principal del cuidado paliativo es aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida. Sin embargo, en algunas circunstancias, los tratamientos paliativos pueden no ser suficientes para mitigar el dolor extremo. En estos casos, la eutanasia se presenta como una opción adicional para quienes buscan no solo evitar el sufrimiento, sino también ejercer su derecho a morir con dignidad.

Los enfoques contemporáneos sobre la eutanasia también consideran que el sufrimiento no es solo físico, sino que también incluye aspectos emocionales y psicológicos. La angustia existencial, el miedo a la pérdida de autonomía y el sufrimiento psicosocial pueden ser igualmente debilitantes. Por lo tanto, el argumento del alivio del sufrimiento no se limita a un enfoque biomédico; es un enfoque holístico que reconoce la complejidad de la experiencia humana y la importancia de abordar el sufrimiento en sus múltiples dimensiones.

A nivel legal, varios países que han legalizado la eutanasia han incorporado disposiciones que garantizan que la decisión se tome de manera informada, voluntaria y con la supervisión adecuada, asegurando así que se respeten los derechos del individuo mientras se minimizan los riesgos de abusos. En este contexto, el argumento del alivio del sufrimiento se convierte en un elemento clave para la legalización de la misma, enfatizando que, al proporcionar una opción para terminar con el sufrimiento, la sociedad no solo respeta la autonomía individual, sino que también actúa en consonancia con principios éticos de compasión y humanidad.

La Dra. Ciruzzi afirma que "*cuando la muerte es irreversible, el paciente tiene derecho a evitar el sufrimiento innecesario y a una muerte con dignidad*" (Ciruzzi, 2014, pág. 145). La autora sugiere que prolongar la vida de manera artificial en estas circunstancias puede resultar en un sufrimiento prolongado que podría evitarse mediante la eutanasia, proporcionando una muerte digna y libre de dolor.

Peter Singer, reconocido filósofo, aborda la cuestión desde una perspectiva que prioriza el bienestar del individuo. En su obra *Rethinking Life and Death* de 1995 (singer, ed. 1997, pág. 102), argumentando que la eutanasia puede ser una respuesta ética y compasiva a situaciones en las que un paciente enfrenta un sufrimiento prolongado y

severo. Según el autor, el principio de la ética de la compasión debe ser el faro que guíe las decisiones relacionadas con el final de la vida, sosteniendo que el bienestar del paciente es un factor relevante en la evaluación médica.

En este sentido, resalta que la prolongación de la vida, en ciertos contextos, no necesariamente se traduce en un incremento de la calidad de vida. De hecho, puede resultar en un sufrimiento innecesario que carece de justificación ética. Para él, la capacidad de un individuo para decidir sobre su propia vida y su muerte es un componente fundamental de la autonomía personal. Al permitir que un paciente elija la eutanasia, se está reconociendo su derecho a tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y su bienestar, lo que es esencial en el marco de una ética basada en la compasión.

Por otro lado, critica la tendencia a considerar la vida como un valor absoluto sin tener en cuenta las condiciones de dicha vida. Propone que, en situaciones donde el sufrimiento es intenso y no hay esperanzas de mejora, el acto de permitir la eutanasia puede considerarse un acto de empatía, que respeta la dignidad y la autonomía del individuo, resaltando la necesidad de equilibrar la vida con la calidad de la misma, permitiendo que el sufrimiento sea un criterio relevante para la toma de decisiones éticas.

La doctrina del alivio del sufrimiento se vincula directamente con el concepto de beneficencia, uno de los pilares de la ética médica. Este concepto establece que los profesionales de la salud deben actuar en el mejor interés del paciente, promoviendo su bienestar y evitando el sufrimiento innecesario (Beuchamp & Childress, 2001, pág. 100). En este marco, la eutanasia no solo se contempla como una opción, sino también como una extensión ética de la responsabilidad médica de mitigar el sufrimiento.

Este imperativo ético obliga a los médicos y otros profesionales de la salud a evaluar el bienestar del paciente de manera integral, considerando no solo sus condiciones físicas, sino también su estado psicológico, emocional y social. Cuando un paciente enfrenta un sufrimiento extremo e irreversible y las alternativas de tratamiento paliativo resultan inadecuadas, la eutanasia emerge como una opción válida. Actuar en beneficio del paciente en tales circunstancias implica respetar su deseo de una muerte digna.

Asimismo, al aplicar este marco ético, se resalta la importancia de la autonomía del paciente. Un enfoque centrado en el bienestar reconoce que cada individuo posee valores y preferencias propias sobre lo que constituye una vida digna. Por lo tanto, permitir que un paciente elija la eutanasia, en lugar de continuar sufriendo, se puede

considerar un acto de respeto hacia su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su vida y su muerte.

De igual forma exige que los profesionales de la salud se mantengan informados sobre prácticas y alternativas que puedan aliviar el sufrimiento. Por ello, el debate sobre la eutanasia no debe limitarse a aspectos legales y morales; también considero es de gran importancia resaltar que es crucial incluir la formación y educación de los profesionales en el abordaje compasivo del sufrimiento.

V.I.3 Argumentos Altruistas y Emocionales

Los argumentos altruistas y emocionales a favor de la eutanasia se fundamentan en la compasión y la empatía hacia el sufrimiento ajeno, resaltando la responsabilidad moral de aliviar el dolor y la angustia de aquellos que se encuentran en situaciones de sufrimiento extremo e irreversible. Esta perspectiva se basa en la premisa de que los seres humanos, como parte de una comunidad, deben cuidar del bienestar de los demás, lo que implica reconocer el derecho de una persona a recibir una muerte digna cuando su calidad de vida se ha deteriorado de manera irreversible.

Desde un enfoque emocional, la eutanasia se presenta como una respuesta a la intensa carga psicológica que sufren muchos pacientes terminales, quienes a menudo enfrentan no solo el dolor físico, sino también la desesperanza, el miedo y la pérdida de autonomía. La compasión se manifiesta al reconocer que prolongar la vida en estas circunstancias puede ser una forma de aumentar el sufrimiento. Por lo tanto, permitir que un individuo elija la eutanasia puede verse como un acto de bondad, en el que se prioriza el bienestar del paciente y se le brinda la oportunidad de morir con dignidad.

Además, es de vital importancia considerar el impacto emocional de la eutanasia no solo en el paciente, sino también en sus seres queridos. El sufrimiento de un paciente terminal puede afectar profundamente a su familia y amigos, quienes pueden experimentar un intenso dolor al ver cómo su ser querido lucha contra una enfermedad terminal. Al ofrecer la opción de la eutanasia, se puede aliviar no solo el sufrimiento del paciente, sino también el de aquellos que lo rodean, proporcionando una salida a una situación dolorosa y prolongada.

Por otro lado, la ética del cuidado, que resalta la importancia de las relaciones interpersonales y la atención a las necesidades de los demás, se entrelaza con estos argumentos. La eutanasia puede considerarse un acto de amor y cuidado, en el que se

prioriza la dignidad y el deseo del paciente de evitar un sufrimiento innecesario. Este enfoque resalta la relevancia de escuchar y respetar las decisiones del paciente, promoviendo una comunicación abierta y honesta sobre sus deseos y expectativas al final de su vida.

V.I.4 Dignidad Humana

El artículo 51 del CCyCN (Código Civil y Comercial de la Nación, 2020) destaca dos calidades que hacen a la esencia de la persona: la dignidad y la inviolabilidad, ambos constituyen el fundamento de todos los derechos reconocidos en Código: la persona humana es inviolable y en cualquier circunstancia tiene derecho al reconocimiento y respeto de su dignidad. Supone reconocer en la persona humana una cualidad que la distingue del resto de los seres vivos. No se presenta como un derecho sino como una calidad inherente o intrínseca del hombre, cuyo reconocimiento exige la igualdad de todos ellos a través de un igual reconocimiento de derechos fundamentales inalienables, desde el comienzo hasta el fin de su existencia.

El concepto de dignidad humana se concibe como un valor intrínseco inherente a cada ser humano, el cual se reconoce por su mera existencia. Este reconocimiento implica que cada individuo tiene el derecho de ejercer control sobre su propia vida, incluyendo la facultad de decidir cómo enfrentará su muerte.

Este argumento se sostiene en la premisa de que la dignidad no se limita a la mera existencia, sino que también abarca la calidad de esa existencia y las condiciones bajo las cuales una persona se enfrenta a su final. En contextos de sufrimiento extremo, donde el dolor físico y emocional se vuelve intolerable e irreversible, el respeto a la dignidad humana se traduce en el derecho a optar por una muerte digna. Esto significa que el individuo debe contar con la capacidad de decidir cómo y cuándo desea poner fin a su sufrimiento, en lugar de verse obligado a continuar una vida que despoja su calidad y dignidad.

La importancia del concepto de "dignidad" desafía la noción de que la vida debe ser preservada a toda costa. En este sentido, argumentar que se debe forzar a un paciente a seguir viviendo, a pesar de su deseo de morir, en circunstancias de sufrimiento intolerable, puede considerarse una violación de su dignidad. Por ende, permitir la eutanasia se presenta como una manifestación de respeto y protección de la dignidad de aquellos que sufren, brindándoles la opción de ejercer su autonomía y tomar el control sobre su propio proceso de morir.

Además, la dignidad comprende un reconocimiento de la singularidad de cada individuo y sus experiencias particulares. Cada persona posee diferentes valores, creencias y contextos que influyen en su percepción de lo que constituye una vida digna. Por lo tanto, en el debate sobre la eutanasia, es imperativo considerar la diversidad de perspectivas y respetar el derecho de cada individuo a definir su propia dignidad y, en consecuencia, su propia muerte.

El concepto de dignidad humana no se reduce a un principio abstracto, sino que se traduce en imperativos concretos que deben orientar la legislación y las prácticas médicas, asegurando que se respete la autonomía del individuo y su derecho a una muerte digna. Desde esta perspectiva, la dignidad humana halla un sustento relevante en la crítica al "encarnizamiento terapéutico". Esta práctica, que se traduce en la prolongación artificial de la vida a través de intervenciones médicas que, en lugar de ofrecer un beneficio concreto al paciente, pueden acarrear un sufrimiento adicional. El encarnizamiento terapéutico plantea interrogantes éticos y morales sobre la naturaleza de la atención médica y el respeto por la autonomía del paciente, ya que a menudo se imponen tratamientos que no solo carecen de eficacia, sino que también despojan al individuo de su dignidad y calidad de vida. Resultaría necesario examinar cómo esta prolongación de la vida puede convertirse en una forma de violencia pasiva que ignora el sufrimiento del paciente y su deseo de enfrentar la muerte con dignidad.

En situaciones en las que la enfermedad terminal se convierte en un estado de sufrimiento extremo e irreversible, la opción de la eutanasia se presenta no solo como una alternativa, sino como una manifestación del respeto a la dignidad del ser humano. Esta dignidad no debe verse únicamente como un valor abstracto; por el contrario, se traduce en el derecho de cada individuo a decidir cómo y cuándo finalizar su sufrimiento, evitando así una experiencia de muerte que puede ser considerada indeseable y degradante.

Al abordar el tema del encarnizamiento terapéutico, resulta de especial importancia considerar la responsabilidad ética de los profesionales de la salud. Estos, en su quehacer diario, deben sopesar la eficacia real de los tratamientos propuestos en contraste con el sufrimiento que estos pueden acarrear. La insistencia en mantener la vida a cualquier precio, sin una evaluación crítica de las consecuencias que ello conlleva, desafía no solo el ejercicio de la medicina, sino también el fundamento moral sobre el cual esta se sostiene. Es un deber ético del profesional de la salud no solo prolongar la

vida, sino también preservar la dignidad y el bienestar del paciente, reconociendo que la muerte, en determinadas circunstancias, puede ser un acto de compasión y respeto.

Se podría afirmar entonces que la eutanasia se erige como una opción que no solo busca aliviar el sufrimiento del paciente, sino que también reconoce y respeta su autonomía. El ejercicio del derecho a la eutanasia debe contemplarse como un acto legítimo que permite a los individuos evitar un final de vida que, lejos de ser dignificante, puede resultar desolador y angustiante. De esta forma, la decisión de optar por la eutanasia se convierte en un ejercicio de libertad, en el que el individuo se apodera de su propia existencia, reafirmando así su dignidad.

V2 Argumentos en Contra de la Eutanasia

Desde una perspectiva jurídica, es imperativo realizar un estudio crítico sobre la eutanasia, analizando las consideraciones subyacentes que fundamentan la oposición a esta práctica. Este análisis permitirá ofrecer una visión holística que contemple las implicaciones jurídicas, éticas y sociales de tales decisiones, tanto en el ámbito individual como en el contexto colectivo. De esta manera, se podrá evaluar el impacto de la eutanasia en los derechos fundamentales y la dignidad de las personas, así como en la estructura normativa que regula el ejercicio de la autonomía y el respeto a la vida.

En primer término, se presenta el argumento que sostiene que la vida constituye un bien jurídico supremo e indisponible, cuyo respeto es fundamental para la estructura misma de nuestra sociedad. Desde esta óptica, al asignar al Estado la obligación de salvaguardar la vida, se establece un principio esencial relacionado con la dignidad humana, el cual no puede ser socavado, incluso en contextos de sufrimiento extremo.

Asimismo, se examinará el concepto de dignidad humana, entendido como un valor absoluto que trasciende las condiciones de salud y bienestar del ser humano. Este principio resalta que cada individuo posee un valor intrínseco que no debe ser reducido a meras consideraciones sobre la calidad de vida. El respeto por la dignidad debe prevalecer, aún en los momentos de mayor vulnerabilidad.

Un tercer elemento para considerar es el riesgo del "deslizamiento" hacia la eutanasia involuntaria, el cual representa una inquietud legítima sobre las posibles repercusiones de la legalización de la eutanasia. Esta problemática plantea la posibilidad de que, al permitir la eutanasia en ciertos supuestos, se amplíe su aplicación a personas

que no pueden otorgar su consentimiento, amenazando la integridad de las poblaciones más vulnerables.

Adicionalmente, la crítica al encarnizamiento terapéutico merece ser abordada, argumentándose que la prolongación artificial de la vida a través de tratamientos médicos que no aportan beneficio debe ser evitada, priorizando en su lugar una atención paliativa integral, en lugar de recurrir a la eutanasia como respuesta a situaciones de sufrimiento extremo.

Por último, el principio de no maleficencia, que se establece como uno de los fundamentos de la ética médica, determina que no se debe causar daño de forma intencionada. Este principio es crucial en el debate sobre la eutanasia, dado que su implementación podría interpretarse como una transgresión de este imperativo ético esencial.

V. 2.1. La Dignidad Humana como Valor Absoluto

El argumento de la dignidad humana se erige como uno de los ejes centrales de la discusión, en ambos sentidos de la misma, para aquellos que se oponen a este instituto sostienen que el valor intrínseco de cada persona debe ser respetado de manera incondicional, sin que las circunstancias o condiciones de vida determinen la existencia de dicha dignidad. La dignidad, entendida desde esta perspectiva, no se encuentra sujeta a las fluctuaciones de la calidad de vida, sino que se fundamenta en la condición misma de ser humano. Así, el respeto por la dignidad no debe verse disminuido o condicionado por situaciones de sufrimiento, enfermedad o deterioro físico o mental.

Eduardo Sambrizzi aborda la dignidad humana y el derecho a la vida desde una perspectiva que combina principios jurídicos y éticos profundamente arraigados. Su enfoque se centra en la protección de la vida desde la concepción hasta la muerte natural, sin admitir excepciones que puedan atentar contra este valor. Para Sambrizzi, la dignidad humana no está condicionada por el estado físico o mental de la persona, ni por su viabilidad o capacidad para valerse por sí misma. En cambio, se fundamenta en la mera existencia humana, que le confiere un carácter inviolable y absoluto.

Considera la dignidad humana como un principio superior que tiene una base objetiva y trasciende las contingencias materiales. En su obra "*La persona humana, el derecho a la vida y el aborto",* señala que *"la dignidad ontológica de la persona humana es intangible e inviolable, por lo cual ninguna circunstancia puede justificar su*

menoscabo o negación" (Eduardo A. Sambrizzi, 2018, pág. 16); Esta noción implica que la dignidad no depende de la calidad de vida o del estado de salud, sino que es inherente al hecho de pertenecer al género humano.

De esta forma, se opone a cualquier criterio que intente subordinar la dignidad a situaciones particulares de sufrimiento, discapacidad o vulnerabilidad extrema. Hace especial hincapié que dicha lógica podría conducir a justificaciones peligrosas de prácticas como la eutanasia, no solo en casos terminales, sino en una gama más amplia de situaciones. En este sentido, critica la "*pendiente resbaladiza*" que podría derivarse de relativizar la inviolabilidad de la vida humana.

Él sostiene que el derecho a la vida es un derecho fundamental y primario, preexistente a cualquier normativa positiva, y cuya protección debe garantizarse desde la concepción. En este sentido, argumenta que el derecho a la vida constituye el fundamento de todos los demás derechos y libertades, ya que, sin vida, ningún otro derecho puede ejercerse ni tener vigencia refutando la noción del "derecho a morir" como un derecho autónomo, afirmando que **"***la muerte no puede ser concebida jurídicamente como un derecho, sino como una consecuencia ineludible de la condición humana***"** (Eduardo A. Sambrizzi, 2018, pág. 42). Plantea que el derecho a la vida no puede ser interpretado como una disposición voluntaria sobre la existencia, ya que esto implicaría una contradicción ética y jurídica fundamental. Asimismo, advierte sobre los riesgos de legalizar prácticas que permitan disponer de la vida humana, ya que ello podría erosionar gradualmente el principio de inviolabilidad de la vida, abriendo la puerta a situaciones de abuso y vulnerabilidad.

"El respeto por la dignidad humana debe permanecer intacto, incluso en los momentos más críticos de debilidad"(Sambrizzi, 2018, p. 52). Esta visión pone de manifiesto que la dignidad no es solo un derecho fundamental, sino también un principio ético rector que debería guiar tanto las decisiones individuales como las políticas públicas en el ámbito de la salud y la vida. Asociar la dignidad exclusivamente con la calidad de vida implica el riesgo de abrir la puerta a una lógica que justifique la eutanasia en una gama más amplia de casos, lo cual podría tener consecuencias graves y potencialmente peligrosas. En esta línea, se advierte que, si se vincula la dignidad con criterios de calidad de vida, se podría llegar a justificar la eutanasia no solo en pacientes terminales, sino también en personas en situaciones de vulnerabilidad extrema, incapacidad o sufrimiento prolongado.

En el contexto del caso "Portal de Belén" (Portal de Belén c/Ministerio de Salud s/Amparo, 2002), Gregorio Badeni subraya la importancia del derecho a la vida como el primer derecho natural, preexistente a cualquier legislación. En su análisis, Badeni refuerza la idea de que la vida es la base de todas las libertades, sosteniendo que su protección no debe depender de la viabilidad del individuo o su capacidad para valerse por sí mismo, sino que se fundamenta en la mera existencia de un proceso vital humano. (Gregorio Badeni y Otros, 2006, pág. 73)

En el mismo orden de ideas, La dignidad humana es un principio fundamental que, según Rabinovich-Berkman (Ricardo D. Rabinovich-Berkman, 2011), *"debe ser considerado inviolable e inalienable" (pág. 22)* Este principio no debe estar supeditado a condiciones materiales o físicas, lo que plantea un dilema crítico en el debate sobre la eutanasia. Al vincular la dignidad con la calidad de vida, se abre la puerta a serias implicancias éticas y legales. El autor advierte que "*la evaluación de la dignidad humana en términos de calidad de vida puede llevar a justificar la eutanasia en casos donde no debería*" Rabinovich-Berkman, 2011, p. 45).

Permitir que la noción de dignidad se utilice como argumento para la eutanasia plantea riesgos, especialmente en situaciones donde los individuos no pueden defenderse o expresar su voluntad adecuadamente. Rabinovich-Berkman señala que "*la vulnerabilidad de ciertos grupos puede ser explotada si no se establecen límites claros en la aplicación de la eutanasia" (Rabinovich-Berkman, 2011, p. 50).* Esto suscita preocupaciones sobre la capacidad de la sociedad para proteger a los más desfavorecidos y plantea interrogantes sobre los límites de las decisiones que afectan la vida y la muerte.

La responsabilidad de la sociedad es salvaguardar la dignidad humana en todos sus aspectos. Rabinovich-Berkman resalta que *"el respeto por la dignidad debe prevalecer sobre cualquier consideración de conveniencia o eficiencia en el contexto de la atención médica"* (pág. 60) Por lo tanto, el marco normativo debe ser estructurado de tal manera que no solo respete la autonomía del individuo, sino que también proteja a aquellos que, por su condición, podrían estar en riesgo de ser despojados de su derecho a vivir.

Es necesario establecer que *"ninguna vida debe ser considerada menos digna que otra*" (pág. 62) Las normas deben abordarse siempre con una visión que priorice la dignidad humana por encima de cualquier evaluación utilitaria de la vida. Así, la protección de la dignidad humana no solo se convierte en un imperativo moral, sino

también en una cuestión de justicia social, asegurando que cada individuo reciba el respeto y la consideración que merece.

V. 2.2. El Valor de la Vida como Bien Jurídico Supremamente Indisponible

La vida humana debe ser entendida como un bien jurídico de suprema importancia, cuyo valor es inalienable e indisponible. Esta concepción implica que cualquier intento de legalizar la eutanasia podría socavar los fundamentos del ordenamiento jurídico, que tiene como base la protección y el respeto por la vida.

La potencial legalización de la eutanasia plantea serias preocupaciones respecto a la desvalorización de la vida, ya que podría establecer distinciones entre vidas dignas de ser vividas y aquellas que podrían ser sacrificadas. En la jornada sobre el final de la vida llevaba a cabo por el departamento de Cs. Sociales de la Universidad de Buenos Aires el 13 de Mayo de 2013, el Dr. Alejandro Barceló (Dr. Alejandro Barceló, 2013) sostuvo que "*se puede cambiar la ecuación y hablar entonces, en vez de muerte digna, de vida digna, del respeto de todos y cada uno de los miembros de la sociedad, especialmente los más vulnerables, independientemente del estado de salud en que se encuentren*"

El principio de indisponibilidad de la vida establece que los individuos no deben tener la facultad de disponer de su vida de tal manera que afecte su valor intrínseco; es decir que la vida, entendida como un derecho fundamental, debe ser protegida no solo desde una perspectiva individual, sino también desde un enfoque social. Representando la legalización de esta sería un riesgo para aquellos sectores más vulnerables de la sociedad, quienes podrían verse presionados a optar por esta opción en momentos de debilidad emocional o física.

La verdadera compasión y el respeto por la dignidad de las personas deben manifestarse a través de un acompañamiento integral y un cuidado adecuado, priorizando siempre la vida y el bienestar, evitando considerar la eutanasia como una solución aceptable ante situaciones complejas.

Quien considero que explica esta postura, desde la bioética argentina, es la Dra. Diana Cohen Agrest, en "por mano propia estudio sobre las prácticas suicidas" (Diana Cohen Agrest, 2007) quien aborda el complejo tema del derecho a morir, centrándose en la ética, la legislación y las implicaciones sociales de la eutanasia y el suicidio asistido. La Dra expresa que el derecho a morir dignamente es parte integral del respeto por la autonomía y la dignidad humana. Sin embargo, sostiene que la discusión sobre la

eutanasia no debe limitarse a un enfoque utilitarista que priorice la calidad de vida, sino que debe considerar la importancia del consentimiento informado y la verdadera voluntad de las personas involucradas. Considera que los profesionales de la salud son quienes deben ofrecer alternativas que incluyan cuidados paliativos y apoyo emocional en lugar de optar por la eliminación de la vida. Y advierte sobre los peligros de la normalización de la eutanasia, ya que puede llevar a situaciones de coerción sobre los individuos más vulnerables, quienes podrían verse presionados a elegir la muerte por sentir que son una carga para sus familias o la sociedad. Por último, sostiene que el Estado debe garantizar un marco normativo que respete la dignidad de cada individuo, asegurando que su decisión de morir sea genuina y no influenciada por factores externos.

"La práctica de la eutanasia puede convertirse en una opción coercitiva para aquellos que sienten que son una carga para sus familias o la sociedad" (Diana Cohen Agrest, 2007, pág. 178). Esto implica que, en lugar de recibir apoyo, estas personas pueden ser inducidas a tomar decisiones que no reflejan su verdadera voluntad. La protección de los vulnerables es un deber fundamental del Estado, que debe garantizar que todas las personas, independientemente de su situación, tengan acceso a cuidados paliativos y apoyo emocional. Tal como sostiene el jurista español Francisco de la Rosa, "*la verdadera compasión y el respeto a la dignidad humana se manifiestan en el acompañamiento y el cuidado, no en la eliminación de la vida*" (Rosa, 2013, pág. 91)

V.2.3. Derecho a una Muerte Digna

El derecho a una muerte digna es un concepto ampliamente reconocido, sin embargo, su interpretación presenta divergencias respecto de la eutanasia. Como ya se hizo mención a quo, los defensores del derecho a una muerte digna sostienen que este principio se basa en la autonomía y la capacidad de autodeterminación de cada individuo, lo cual implica el derecho a decidir sobre el final de su vida. Sin embargo, esta interpretación amplia no es compartida por todos. Quienes se oponen a la eutanasia afirman que la dignidad humana es un valor absoluto e intrínseco a la persona, que debe ser protegido y preservado, aun en contextos de vulnerabilidad o enfermedad. De esta forma, la vida es concebida como un bien jurídico fundamental que no puede ser relativizado o condicionado por la percepción de la calidad de vida. En este sentido, cualquier intervención que tenga por objeto causar intencionalmente la muerte sería una transgresión a este derecho inviolable.

En consonancia con esta postura, se entiende que el derecho a una muerte digna no implica la facultad de terminar voluntaria y deliberadamente con la vida de una persona, sino de garantizar que el proceso natural de la muerte se desarrolle de una manera respetuosa y libre de intervenciones médicas desproporcionadas. Este enfoque se refleja en el concepto de ortotanasia, es decir, el rechazo de medidas extraordinarias para prolongar artificialmente la vida. La ortotanasia permite que la muerte ocurra de forma natural, asegurando el respeto a la dignidad del paciente sin incurrir en acciones activas que terminen con su vida.

Es pertinente señalar que la legalización de la eutanasia plantea interrogantes serios sobre la protección de los individuos en situación de vulnerabilidad. Existen preocupaciones legítimas sobre la posibilidad de que esta se convierta en una alternativa "normalizada" en lugar de proporcionar cuidados adecuados y el debido acompañamiento a quienes atraviesan situaciones de dolor o enfermedad terminal. Se advierte el riesgo de que la eutanasia, en ciertos contextos, pueda implicar una presión social, económica o psicológica sobre aquellos que se encuentran en circunstancias de especial fragilidad.

Uno de los puntos centrales en esta discusión es el impacto que la normalización de la eutanasia puede tener en la percepción de la vida y el valor que se les asigna a las personas en situaciones de vulnerabilidad. Cuando la sociedad comienza a aceptar la idea de que la muerte puede ser una solución a problemas de sufrimiento, se corre el riesgo de crear un ambiente donde el suicidio asistido y la eutanasia se conviertan en una opción viable en lugar de priorizar el tratamiento y la atención paliativa. Esto puede llevar a situaciones en las que los individuos sientan que, al no elegir la eutanasia, están siendo una carga para sus familias o para el sistema de salud.

Además, el potencial de abuso es un tema de gran preocupación. La falta de garantías adecuadas para proteger a los individuos en situaciones vulnerables puede dar lugar a casos donde la decisión de optar por la eutanasia o el suicidio asistido no sea completamente libre o informada. Por ejemplo, pueden existir presiones por parte de familiares que, consciente o inconscientemente, fomenten la idea de que la eutanasia es una solución deseable. Esto podría desdibujar la línea entre el consentimiento informado y la coerción, generando un entorno en el que las decisiones sobre la vida y la muerte estén influenciadas por factores externos más que por el deseo genuino del paciente. (C. de Miguel Sanchez, A. López Romero, 2006, pág. 132)

Por tanto, el derecho a una muerte digna, tal como es entendido por aquellos que se oponen a la eutanasia, no se relaciona con el acto de poner fin a la vida, sino con la garantía de condiciones humanas y respetuosas durante el proceso de muerte, mediante un sistema de cuidados paliativos que alivien el dolor y acompañen al paciente. "*Los cuidados paliativos no tienen como objetivo la muerte del enfermo, sino que cuidan de su vida mientras este llega a su fin, alivian su sufrimiento y proporcionan los medios para una muerte tolerable. Paliar es mitigar el sufrimiento, reafirmando la importancia de la vida, pero aceptando que la muerte es una realidad humana."* (Zurriaráin, 2019, pág. 104) La existencia de cuidados paliativos de calidad responde de manera eficaz al sufrimiento sin necesidad de recurrir a la eutanasia, lo cual es visto como una forma de preservar la dignidad humana hasta el último momento.

Desde una postura crítica a la legalización de la eutanasia, Montero —citando en Melchiori (2024)— sostiene que el derecho a una muerte digna no puede ser interpretado como el reconocimiento de un supuesto "derecho a morir", sino como la garantía de vivir dignamente hasta el último instante de la existencia humana. Esta concepción se fundamenta en el respeto a la dignidad ontológica de la persona, que no se extingue por la enfermedad, el dolor o la pérdida de autonomía, y que por tanto no puede ser supeditada a valoraciones subjetivas sobre la calidad de vida. Bajo esta mirada, el ejercicio de los derechos a la libertad y a la autonomía encuentra un límite infranqueable en la indisponibilidad de la vida humana como bien jurídico fundamental.

En este marco, la muerte digna no se configura como un acto deliberado de poner fin a la vida, sino como un proceso acompañado por cuidados paliativos adecuados, asistencia médica profesional, información veraz y contención emocional, que respeten la voluntad del paciente sin incurrir en acciones eutanásicas. Como expresa el autor: "*Se sostiene que no existe un 'derecho a la muerte'*, sino un *'derecho a vivir dignamente hasta el último instante'*. Ello implica el reconocimiento de la dignidad ontológica de toda vida humana (Montero E. citado por Melchiori, Franco Andrés, Junio 2024, pág. 313)

Este enfoque pone de relieve una contradicción sustancial entre la defensa de la autonomía personal y el uso de dicha autonomía para justificar prácticas que culminan en la muerte deliberada, lo que, para esta línea argumentativa, representa una negación del propio fundamento ético del derecho.

V.2.4. Riesgo de "Deslizamiento" hacia la Eutanasia Involuntaria

Este concepto, ampliamente discutido por académicos como John Keown, sugiere que la legalización de la eutanasia voluntaria podría conducir, de manera gradual e imperceptible, a la aceptación de prácticas de eutanasia no consentida, lo que pone en peligro a individuos que no son capaces de dar su consentimiento informado (Keown, J., 2002, pág. 310)

La inminente posibilidad de un deslizamiento hacia la eutanasia involuntaria pone en tela de juicio la capacidad del Estado para garantizar la protección de los derechos de los ciudadanos más vulnerables, quienes podrían ser objeto de decisiones sobre su vida y muerte sin su consentimiento explícito, dado que aunque se establezcan marcos normativos que solo regulen la eutanasia voluntaria, y que fortalezcan las salvaguardias necesarias, la existencia de tales medidas no elimina completamente el peligro inherente de abusos y malas interpretaciones de la ley. Sambrizzi en "*Eutanasia, distanasia o ensañamiento terapéutico en la ley*" sostiene al respecto que *"la legalización de la eutanasia puede abrir la puerta a situaciones donde se practique sin el consentimiento claro del paciente, afectando a quienes no tienen la capacidad de decidir".* (Eduardo A. Sambrizzi, pág. 145)

Retomando a Keown, él explica en su texto que los argumentos indican que, aunque la eutanasia voluntaria pueda considerarse éticamente válida para aliviar el sufrimiento extremo de un paciente que lo solicite de manera libre e informada, la eventual flexibilización de la legislación para incluir estos casos podría, a largo plazo, ampliarse a aquellos pacientes que no pueden dar su consentimiento o que no sufren de manera intolerable. Y que desde un enfoque empírico, se argumenta que este deslizamiento es probable, ya que, en la práctica, es sumamente complicado, si no imposible, establecer medidas de protección que impidan tal extensión. Además, el argumento lógico sostiene que el razonamiento que se utiliza para aceptar la eutanasia voluntaria también puede, de forma lógica, ser aplicado para justificar la eutanasia involuntaria.

Por este motivo considera que es imperativo que el Estado, en su deber de proteger a los ciudadanos, se mantenga firme ante cualquier avance que pueda amenazar el respeto por la vida humana, ya que la legalización de la eutanasia, aunque presentada inicialmente como un acto de compasión, podría abrir la puerta a situaciones donde el valor de la vida se convierta en una cuestión de conveniencia o costo. Este deslizamiento potencial hacia

la eutanasia involuntaria no solo representa un riesgo ético y moral, sino que también cuestiona la capacidad de nuestra legislación para salvaguardar los derechos fundamentales de aquellos que más lo necesitan.

V.2.5. Autonomía de la Voluntad

La autonomía de la voluntad es un principio fundamental que sostiene el derecho de los individuos a tomar decisiones sobre sus propias vidas y cuerpos. Sin embargo, la discusión sobre la eutanasia plantea una serie de interrogantes que desafían esta noción. Si bien algunos argumentan que la eutanasia debe ser permitida como una expresión de la autonomía del paciente en situaciones de sufrimiento extremo, hay una postura contraria que sostiene que esta práctica puede socavar los mismos principios que defiende, que podría esta resultar en la erosión de la dignidad humana, el respeto por la vida y la confianza en la relación médico-paciente desnaturalizando el concepto real de la autonomía personal y la vulneración de derechos fundamentales, así como reevaluando del valor de la vida en nuestra sociedad.

Uno de los puntos centrales que se plantean en contra de la eutanasia es la posibilidad de que se subestime el valor de la vida humana. Sambrizzi sostiene que "*el reconocimiento de la autonomía del paciente no debe llevar a ignorar el principio de la inviolabilidad de la vida, que es un valor supremo en nuestras sociedades*". (Eduardo A. Sambrizzi, pág. 45) Este enfoque sugiere que, aunque se respete la decisión del individuo, existe un deber moral y ético de preservar la vida en todas las circunstancias. Además, menciona que el reconocimiento de la autonomía puede resultar en la erosión de la confianza en la relación médico-paciente. Según el autor, *"si se normaliza la práctica de la eutanasia, se podría crear un entorno en el que los pacientes sientan que su deseo de vivir es secundario frente a la opción de morir" (Sambrizzi, 2018, p. 47).* Este argumento plantea la inquietud de que la disponibilidad de la eutanasia podría influir en las decisiones de aquellos que se encuentran en situaciones vulnerables, sintiendo presión para optar por la muerte como una solución a su sufrimiento. Así mismo, argumenta que la autonomía y libertad personal no son absolutas, y que el derecho a la vida, considerado un derecho supremo e indisponible, limita el derecho a disponer de la propia vida. En este sentido, se critica la propuesta de eutanasia como una forma de "libertad restringida", que no respeta el derecho indisponible a la vida. (Sambrizzi, 2018, p. 50).

V.2.6. Principio de No Maleficencia

El principio de no maleficencia es un pilar ético fundamental en la medicina y la práctica profesional de la salud, que establece la obligación de no causar daño intencionado a los pacientes. Originado en el antiguo juramento hipocrático, este principio determina la responsabilidad del médico de proteger y promover la vida, garantizando que todas las intervenciones se realicen en beneficio del paciente. En este contexto, la aplicación del principio se torna especialmente relevante, ya que la eutanasia, entendida como la práctica de terminar intencionalmente con la vida de un individuo, puede ser vista como una violación directa de este imperativo ético. Por lo tanto, la decisión de llevar a cabo una eutanasia podría interpretarse como un acto que lo contraviene abiertamente.

Peter Singer, (filósofo contemporáneo y defensor del utilitarismo), sostiene que, si bien el principio de no maleficencia es importante, no debe ser considerado en aislamiento. Según él, "*la respuesta a la pregunta sobre si se debe permitir que una persona muera debe basarse en si su vida tiene valor para ella*" (Peter Singer, 2022, pág. 134). Esta afirmación resalta la importancia de la calidad de vida y el sufrimiento individual como elementos clave en la toma de decisiones éticas. Singer argumenta que, en situaciones de sufrimiento insoportable, el valor de la vida puede ser reevaluado, sugiriendo que la eutanasia puede ser considerada no solo aceptable, sino moralmente deseable, si se determina que continuar con la vida resulta en un daño mayor al bienestar del individuo.

Su argumento se fundamenta en la idea de que la vida, si bien es un bien invaluable, no se puede considerar como un absoluto si el individuo experimenta un dolor insoportable o una calidad de vida irremediablemente disminuida. En este sentido, el autor sugiere que la eutanasia puede ser considerada no solo aceptable, sino moralmente deseable, cuando se determina que la continuidad de la vida resulta en un daño mayor al bienestar del individuo. Esta perspectiva utilitarista invita a un análisis más amplio, que contemple no solo la obligación de no causar daño, sino también el deber de aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de las personas.

El argumento de Singer abre la puerta a la discusión sobre la naturaleza del consentimiento y la autenticidad de las decisiones tomadas bajo condiciones de sufrimiento. La línea entre aliviar el dolor y causar daño se vuelve difusa, planteando

interrogantes sobre si el individuo está en condiciones de tomar una decisión plenamente informada y autónoma en un estado de desesperación

V.2.5. Argumentos Éticos y Morales

Desde una perspectiva ética, los opositores a la eutanasia sostienen que causar la muerte, ya sea de manera activa o pasiva, es inmoral y va en contra de los principios fundamentales de la ética y la ley natural. Este argumento parte de la premisa de que la vida es un valor intrínseco y sagrado, lo que implica que cualquier intervención que busque terminar con la existencia de un ser humano es moralmente reprobable. Las corrientes filosóficas que apoyan esta visión destacan la importancia de respetar la vida como un deber moral primordial y subrayan la obligación de no hacer daño a otros.

El razonamiento ético que subyace a esta postura se articula en torno a varios pilares. En primer lugar, se argumenta que la eutanasia, al implicar la intención deliberada de provocar la muerte, contradice el deber ético de los profesionales de la salud de cuidar y proteger la vida de sus pacientes. Desde este enfoque, la práctica de la eutanasia se percibe como una renuncia a la responsabilidad ética del médico, quien debe buscar siempre alternativas para aliviar el sufrimiento sin recurrir a la muerte. Este deber se ve reforzado por el principio de la ética deontológica, que sostiene que las acciones deben ser evaluadas en función de su conformidad con normas éticas preestablecidas, independientemente de sus consecuencias.

Además, los críticos de la eutanasia argumentan que su aceptación podría llevar a una desvalorización del valor intrínseco de la vida, donde la muerte se convierta en una opción viable ante el sufrimiento. Este deslizamiento moral genera un ambiente en el que los pacientes podrían sentirse presionados a optar por la eutanasia, ya sea por temor a convertirse en una carga para sus familias o el sistema de salud, o por la percepción de que su vida ya no tiene valor. Este escenario plantea serias implicaciones éticas sobre el valor de la vida humana y la obligación social de proteger a los más vulnerables.

Desde la óptica de la ley natural, los opositores a la eutanasia invocan principios morales universales que, según ellos, son inherentes a la naturaleza humana y accesibles a la razón. Este enfoque sostiene que la vida es un bien que debe ser defendido, y cualquier acción que busque interrumpirla se considera un acto de violencia que atenta contra el orden natural. En este sentido, la eutanasia no solo afecta al individuo que la solicita, sino que también tiene repercusiones éticas y sociales más amplias, erosionando los cimientos de la moralidad y la cohesión social. (César Nombela Cano, 2018, pág. 45)

La crítica a la eutanasia también se extiende a las posibles consecuencias que podría acarrear en la práctica médica y en la sociedad en general. Al normalizar la muerte como una opción, se corre el riesgo de desdibujar las líneas entre el cuidado paliativo y la decisión de finalizar la vida. Los opositores advierten que tal tendencia podría inducir a una cultura que prioriza la eficiencia en el gasto sanitario sobre el cuidado compasivo, desplazando así la atención hacia el bienestar y la dignidad del paciente. En consecuencia, se argumenta que la práctica de la eutanasia no solo afecta a los individuos en situaciones difíciles, sino que también plantea un desafío fundamental a los valores éticos que sustentan la práctica médica y la convivencia social.

Capítulo VI Ética Religiosa – Postura particular de la Iglesia

Las religiones, independientemente de su naturaleza monoteísta o politeísta, han coincidido históricamente en atribuir un valor supremo a la vida, considerándola superior a cualquier otro bien material o espiritual. Esta perspectiva se refleja en sus enseñanzas, doctrinas y prácticas, que generalmente promueven la protección de la vida en todas sus etapas. Como consecuencia, la mayoría de estas tradiciones religiosas se oponen a la práctica de la eutanasia, aunque difieren en la rigidez y la interpretación de sus principios morales.

Por ejemplo, la Iglesia Católica sostiene que la vida es un don divino y, por lo tanto, debe ser respetada y protegida en todo momento. Sin embargo, su doctrina permite el uso de narcóticos para aliviar el sufrimiento, aun cuando esto pueda acortar la vida del paciente. Esta distinción es clave, ya que refleja un enfoque que prioriza la dignidad del sufrimiento humano, mientras se evita la acción directa que resulte en la muerte.

En contraste, la tradición judía mantiene una postura más estricta respecto a la eutanasia y al alivio del sufrimiento. En este contexto, los judíos consideran que no se debe causar la muerte de forma deliberada, y aunque el alivio del dolor es valorado, se rechaza cualquier intervención que pueda acortar la vida del paciente. Esta perspectiva está profundamente enraizada en las enseñanzas rabínicas y en un enfoque que resalta la santidad de la vida.

Por otro lado, otras religiones, como la de los Testigos de Jehová, se oponen a ciertas intervenciones médicas, como las transfusiones de sangre, incluso en situaciones de riesgo vital. Este enfoque pone de manifiesto una interpretación particular de la vida y de la autonomía del individuo en relación con sus creencias religiosas, mostrando cómo estas pueden influir en decisiones médicas críticas.

En este trabajo, se tomará en cuenta, en un primer apartado, la postura de la Iglesia Católica, dado que el Estado Argentino reconoce y sostiene el culto católico como parte de su identidad cultural y legal. Posteriormente, se explorarán las posturas de otras tradiciones religiosas, realizando un paralelismo entre las más conocidas y analizando cómo sus enseñanzas afectan la percepción y la práctica de la eutanasia en diferentes contextos. Este análisis permitirá comprender no solo las diferencias doctrinales, sino también cómo estas creencias impactan en la legislación y en la práctica médica.

VI.1. Postura de la Doctrina de la Fe Católica

La iglesia Católica Apostólica Romana profesa que la vida humana no pertenece al individuo, sino a Dios. Es Él quien da la vida y quien, en su momento, la retira, por lo que cualquier acción que busque interrumpirla se considera un grave delito. Este principio emana de la creencia en la sacralidad de la vida, que sostiene que "matar significa destruir lo que esencialmente pertenece al Creador y no al hombre"

La postura de la Iglesia Católica Apostólica Romana en torno a la eutanasia se fundamenta en una serie de principios teológicos y doctrinarios profundamente arraigados en su tradición y enseñanzas. Uno de los pilares fundamentales es el reconocimiento de la sacralidad de la vida humana, que se concibe como un don otorgado por Dios. Desde esta perspectiva, la vida no es una propiedad del ser humano, sino un bien sagrado cuya titularidad pertenece exclusivamente a Dios. De este modo, cualquier acto que pretenda interrumpir deliberadamente la vida se considera un atentado contra el orden divino y la creación, por lo cual la eutanasia se rechaza categóricamente.

El Magisterio de la Iglesia, a través de documentos clave como la *Encíclica Evangelium Vitae* de Juan Pablo II, (Pio XII, 1957) ha dejado claro que el acto de "matar" implica, en este contexto, destruir una vida que esencialmente pertenece al Creador. La Iglesia sostiene que, en su calidad de autor y dueño de la vida, sólo Dios tiene la potestad de determinar el inicio y el final de la existencia humana. La dignidad de la persona, según esta doctrina, radica en su origen divino y en su vocación a la vida eterna, por lo cual la vida terrenal debe ser protegida y respetada hasta su fin natural.

Desde un enfoque jurídico canónico, el Derecho Canónico establece claramente que la eutanasia constituye un delito grave. En el *Código de Derecho Canónico* (CIC), canon 1397, (Código de Derecho Canónico. Libro VI Parte II Título VI, s.f.) se establece que "*quien procura el homicidio o coopera positivamente en el mismo, incurre en la excomunión latae sententiae*" -pena (ya) impuesta-, lo que refleja la gravedad con la que la Iglesia percibe tales acciones. A su vez, los cánones relacionados con el respeto a la vida humana subrayan que ningún fiel católico puede, sin contravenir su fe, aceptar o promover la eutanasia, pues esta sería una violación directa del mandamiento "No matarás".

La justificación teológica de esta postura se encuentra también en la concepción de la dignidad del sufrimiento y en la redención a través de Cristo. En este sentido, la doctrina católica interpreta el sufrimiento humano como una participación en el

sufrimiento redentor de Jesucristo. Por tanto, la eutanasia es vista no solo como un rechazo al don de la vida, sino también como una renuncia al sentido redentor del sufrimiento humano.

Sin embargo, la doctrina católica no aboga por el ensañamiento terapéutico o el mantenimiento de la vida a toda costa, lo cual encuentra apoyo en la *Declaración sobre la Eutanasia* (Iura et Bona) de 1980, (La Santa Sede, s.f.) emitida por la Congregación para la Doctrina de la Fe. En dicho documento se establece que el rechazo de medios desproporcionados o extraordinarios para prolongar la vida es éticamente admisible. De este modo, la Iglesia hace una distinción entre la eutanasia activa y lo que se ha denominado ortotanasia, es decir, permitir el curso natural de la muerte sin intervención que la alargue de manera artificial.

Este marco normativo y doctrinal no solo determina la postura oficial de la Iglesia Católica frente a la eutanasia, sino que también influye en el ámbito jurídico en países de tradición católica, como Argentina. La Constitución Nacional en su artículo 2 (Constitucion de la Nación Argentina, 1998) establece que "El Gobierno federal sostiene el culto católico apostólico romano", y aunque la norma no confiere carácter confesional al Estado, sí implica un reconocimiento de la influencia histórica y cultural de la Iglesia Católica en la sociedad y en el sistema jurídico argentino.

VI.1.1. Declaración "Iura Et Bona"

La Declaración *Iura et Bona* (1980) de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe subraya de manera clara y enfática que la vida humana es un don otorgado por Dios y, por ende, posee un valor intrínseco e inviolable. En términos teológicos, esta concepción no se limita a una mera existencia biológica, sino que abarca una realidad espiritual y moral que conecta profundamente al ser humano con su Creador. Según el documento, esta conexión establece un vínculo sagrado que implica que la vida humana no puede ser tratada como un simple bien material del cual una persona puede disponer libremente. La Iglesia reitera, de esta forma, que la vida no pertenece al hombre de manera absoluta, sino que es un bien otorgado por Dios, y cualquier acto que busque deliberadamente poner fin a esta vida se considera una interferencia directa en el plan divino (Sagrada Congregación para la doctrina de la fe, 1980)

En el derecho natural, la vida se presenta como el fundamento de todos los demás derechos, ya que sin la protección de la vida, no puede haber una verdadera garantía de otros derechos humanos. Por esta razón, la defensa de la vida se erige como un principio

cardinal en la doctrina de la Iglesia, y su protección se extiende más allá del ámbito religioso para adoptar un carácter universal, derivado de la razón y la ley natural. Así, el respeto a la vida se convierte en una norma moral objetiva y universal, cuya transgresión no puede ser justificada por la diversidad cultural, legal o filosófica.

El carácter inviolable de la vida humana no es un valor relativo sujeto a interpretaciones personales, culturales o legislativas. Por el contrario, la Iglesia establece que este principio tiene un carácter absoluto, ya que se basa en la naturaleza misma de la persona humana y en su relación con Dios. Por lo tanto, no depende de la subjetividad humana ni de los contextos sociales o normativos. Esta posición rechaza categóricamente cualquier intento de relativizar la dignidad de la vida en nombre del pluralismo moral, la autonomía personal o las circunstancias concretas.

En el plano teológico, la dignidad de la vida se deriva de la creencia de que cada ser humano es creado a imagen y semejanza de Dios (*Imago Dei*). Desde esta perspectiva, la vida humana tiene un valor sagrado e inherente, lo cual fundamenta la doctrina moral de la Iglesia sobre la inviolabilidad de la vida. Por esta razón, la eutanasia se considera un acto de grave inmoralidad, ya que implica una intervención directa en el plan divino para la vida y la muerte de cada persona.

La fundamentación teológica y moral de la dignidad de la vida también encuentra su correspondencia en el derecho natural, en donde se sostiene que los derechos fundamentales de la persona, incluidos el derecho a la vida y a la dignidad, no son concedidos por las leyes humanas, sino que emanan de la misma naturaleza humana. El derecho a la vida, por tanto, es visto como un derecho prepolítico, es decir, previo a la creación de cualquier ordenamiento jurídico y que debe ser respetado por cualquier legislación. Desde esta perspectiva, la protección de la vida no se limita al ámbito de la doctrina católica, sino que se propone como un principio universal, válido para todas las personas y en todas las circunstancias, independientemente de sus creencias religiosas.

La *Iura et Bona* (Sagrada Congregación para la doctrina de la fe, 1980) rechaza explícitamente el relativismo moral, una corriente de pensamiento que niega la existencia de verdades objetivas y universales y que promueve la idea de que las normas y principios morales son meras construcciones culturales o subjetivas. La Iglesia advierte que el relativismo moral y la pluralidad cultural no deben ser utilizados como pretextos para justificar la transgresión de los principios fundamentales que protegen la vida humana.

Desde una perspectiva jurídica, este enfoque implica que la legislación debe estar en armonía con los principios morales universales y que cualquier norma que permita o promueva la eutanasia estaría en contradicción con estos principios. Por lo tanto, la *Iura et Bona* subraya que la vida humana debe ser protegida y respetada no solo por razones religiosas, sino también por razones de justicia y derecho natural.

La doctrina de la Fe, también aborda la cuestión de la autonomía personal, un tema central en el debate contemporáneo. Reconoce que la autonomía es un valor importante, pero subraya que no puede ser concebida de manera absoluta ni desligada de la responsabilidad moral. La autonomía, desde la perspectiva católica, no significa tener un poder ilimitado sobre la propia vida, sino actuar de acuerdo con la verdad y la ley moral. En este sentido, debe ser comprendida dentro del marco de los principios morales que protegen la vida y la dignidad de la persona.

En esta declaración, la Iglesia Católica hace una distinción fundamental entre la eutanasia activa y la aceptación del proceso natural de muerte, una diferencia clave que subyace en su enseñanza moral sobre el fin de la vida. El acto de causar la muerte se rechaza categóricamente por la Iglesia, ya que implica una intención directa de acabar con la vida, lo cual contradice la concepción de la inviolabilidad de la vida humana, que es vista como un don divino y no es un bien del cual el ser humano pueda disponer a su voluntad, y cualquier acto que intente poner fin de manera activa se considera una grave violación del mandato divino y un atentado contra la dignidad humana (Sagrada Congregación para la doctrina de la fe, 1980)

No obstante, reconoce que en determinadas circunstancias es moralmente aceptable permitir que la muerte siga su curso natural. Esta posición se fundamenta en la doctrina de la "proporcionalidad terapéutica", que enseña que no existe una obligación absoluta de utilizar todos los medios posibles para prolongar la vida, especialmente cuando los tratamientos son desproporcionados o no ofrecen una esperanza razonable de éxito. Esta distinción implica que no se debe confundir la omisión de medios extraordinarios, que resulta aceptable, con la intención de causar la muerte, que es moralmente reprobable. La Iglesia propone un enfoque que respete la dignidad del ser humano en el proceso de morir, alejándose de los extremos de la obstinación terapéutica y la eutanasia activa.

La doctrina de la proporcionalidad terapéutica, que se menciona en la *Iura et Bona*, establece que los tratamientos médicos deben ser proporcionados al estado del

paciente y a las posibilidades reales de éxito del tratamiento. Esta evaluación implica considerar no solo los resultados esperados del tratamiento, sino también los sufrimientos físicos y psicológicos que podría implicar, así como su impacto en la calidad de vida del paciente. La proporcionalidad de un tratamiento debe ser valorada no solo en términos clínicos, sino también desde la perspectiva de la dignidad y el bienestar del paciente.

Esta doctrina se encuentra enraizada en la enseñanza de Pío XII, quien en varias ocasiones destacó que no existe una obligación moral absoluta de prolongar la vida a toda costa mediante el uso de medios extraordinarios o desproporcionados. En un discurso dirigido a los anestesistas en 1957, Pío XII afirmó que "*es lícito renunciar a tratamientos que sólo prolongarían de manera precaria y penosa la vida, siempre que se continúe proporcionando cuidados ordinarios y el acompañamiento espiritual adecuado*" (Pio XII, 1957) De esta manera, la Iglesia propone un enfoque que no se basa en el simple alargamiento de la vida, sino en la consideración integral del bienestar y la dignidad del paciente.

En cuanto a los cuidados ordinarios y el acompañamiento espiritual, en la *Iura et Bona*, se subraya la importancia de distinguir entre los medios ordinarios y los extraordinarios en el cuidado de los enfermos terminales. La asistencia ordinaria incluye aquellos cuidados básicos que son moralmente obligatorios, como la administración de alimentos, agua, atención higiénica y compañía, así como la atención espiritual adecuada. La renuncia a tratamientos extraordinarios o desproporcionados no debe ser interpretada como un abandono del enfermo, sino como un acto de respeto a su dignidad y a su proceso natural de muerte. Tal como señala la Declaración, "*no se debe interrumpir la asistencia ordinaria debida a un enfermo en tales casos"* (La Santa Sede, s.f.)*(* Sección IV, párr. 3). La Iglesia sostiene que estos cuidados básicos no deben ser abandonados bajo ninguna circunstancia, ya que su objetivo es preservar la dignidad del paciente y acompañarlo en el tramo final de su vida, enfatizando de esta forma la obligación moral de proporcionar cuidados paliativos y apoyo espiritual, mientras se respeta la voluntad del paciente de no someterse a tratamientos que prolongarían el sufrimiento de manera innecesaria. La distinción entre cuidados ordinarios y tratamientos extraordinarios no es solo una cuestión técnica, sino una reflexión profunda sobre la dignidad del ser humano y su derecho a una muerte en paz, sin una prolongación artificial e indeseada del proceso de morir.

Se advierte también sobre el peligro de la obstinación terapéutica, una práctica que implica la utilización de tratamientos excesivos o desproporcionados que solo

prolongan el sufrimiento sin ofrecer una esperanza razonable de recuperación. La Iglesia, lejos de exigir la prolongación de la vida a toda costa, reconoce la limitación inherente de los recursos médicos y la necesidad de respetar el curso natural de la vida cuando los tratamientos disponibles no pueden ofrecer un beneficio significativo al paciente. La obstinación terapéutica se considera un enfoque contrario a la dignidad humana, ya que transforma la atención médica en una lucha por prolongar la vida sin tener en cuenta la calidad de vida y el bienestar integral del paciente.

Establece así una línea clara entre la obligación moral de preservar la vida y la carga desproporcionada que puede imponer el uso de ciertos tratamientos médicos. La Iglesia subraya que, si bien la vida humana es un bien preciado, esto no implica una obligación absoluta de emplear todos los medios posibles para su prolongación. La evaluación de los tratamientos médicos debe basarse en el principio de proporcionalidad, el cual tiene en cuenta tanto la eficacia del tratamiento como los posibles efectos secundarios y el grado de sufrimiento que puede causar al paciente.

En este sentido, la proporcionalidad se convierte en un criterio ético que busca respetar la dignidad del ser humano y su bienestar integral, evitando tanto la obstinación terapéutica como el abandono del enfermo. La renuncia a medios extraordinarios o desproporcionados no constituye un rechazo de la vida, sino una aceptación respetuosa y consciente de los límites naturales de la existencia humana. Este enfoque no debe confundirse con la eutanasia activa, ya que la intención subyacente no es causar la muerte, sino permitir que la vida siga su curso natural en ausencia de tratamientos que puedan ofrecer un beneficio real y proporcional.

Desde la perspectiva ética, la distinción entre medios proporcionados y desproporcionados tiene una base en la tradición filosófica y teológica que considera la dignidad del ser humano como un valor central. La Iglesia, en su enseñanza, sostiene que prolongar la vida a cualquier precio puede ser contrario al respeto por la persona, ya que ignora las limitaciones naturales y la condición humana. Así, se promueve un enfoque de cuidado que respete tanto la vida como la calidad de vida del paciente.

El derecho canónico y el derecho natural reconocen que la renuncia a tratamientos desproporcionados no equivale a un acto de eutanasia, sino a una decisión ética y moralmente legítima, basada en el respeto a la dignidad humana y los límites de la medicina. Esta distinción es necesaria para evitar una confusión que podría llevar a interpretaciones erróneas en el ámbito médico y jurídico. La negativa a someterse a

ciertos tratamientos no debe interpretarse como un consentimiento, sino como una aceptación digna de los límites de la vida y una expresión del derecho a morir en paz, sin una prolongación innecesaria del sufrimiento.

El derecho natural, sostiene que ciertos principios morales y éticos son inherentes a la naturaleza humana y, por tanto, universales e inmutables. En este marco, el derecho a la vida se considera un derecho fundamental, pero no implica una obligación absoluta de preservar la vida a cualquier costo. La aceptación de los límites de la vida y la renuncia a tratamientos desproporcionados se consideran una aplicación del derecho natural, que busca armonizar la protección de la vida con el respeto a la dignidad del ser humano.

El derecho canónico, por su parte, se alinea con esta enseñanza al establecer que la renuncia a medios extraordinarios no constituye una violación del principio de inviolabilidad de la vida. El (Código de Derecho Canónico. Libro VI Parte II Título VI, s.f.) prohíbe el homicidio directo, pero no impone una obligación absoluta de prolongar la vida a través de cualquier medio disponible. En cambio, promueve una visión de la vida humana que valora tanto la existencia como la dignidad y el bienestar del individuo, lo cual implica una atención integral y respetuosa hacia los enfermos y moribundos.

En el ámbito jurídico, la distinción entre la renuncia a tratamientos desproporcionados y la eutanasia es fundamental para evitar interpretaciones que podrían llevar a confusiones graves. La renuncia no se basa en la intención de causar la muerte, sino en una aceptación de los límites razonables de la intervención médica y una valoración adecuada de la carga que estos tratamientos pueden suponer para el paciente. Esta perspectiva ha sido reconocida en varias legislaciones que permiten la negativa a tratamientos extraordinarios sin considerarla un acto de eutanasia.

Las implicancias de esta distinción van más allá de lo estrictamente médico. Se trata de una cuestión de autonomía del paciente, de respeto a su dignidad y de reconocimiento de sus derechos en el proceso de morir. La negativa a recibir tratamientos desproporcionados se convierte, de esta manera, en un derecho del paciente, amparado por principios éticos y jurídicos que reconocen la importancia de la calidad de vida y la paz en el proceso de muerte. Además, evita la instrumentalización del paciente al ser tratado como un fin en sí mismo, promoviendo un enfoque humanista que reconoce la finitud humana.

La *Iura et Bona* enfatiza una dimensión espiritual del sufrimiento que va más allá del plano físico. Para la Iglesia Católica, el sufrimiento no es simplemente una experiencia de dolor o limitación, sino una oportunidad para participar en el misterio de la redención de Cristo. Este enfoque teológico se basa en la creencia de que el sufrimiento humano, cuando se une al sacrificio de Cristo, adquiere un valor trascendental y se convierte en un medio de crecimiento espiritual y comunión con Dios. La *Salvifici Doloris* (Carta Apostólica Salvici Doloris, 1984), de Juan Pablo II, refuerza esta visión, señalando que el sufrimiento, por medio de la fe, puede transformarse en una participación activa en la obra de salvación de Cristo.

No se trata de una glorificación del dolor por sí mismo, sino de un llamado a la trascendencia a través de la fe. Esta interpretación del sufrimiento implica una resignificación en la que el dolor humano, que es una consecuencia del mal en el mundo, se transforma en un medio para unirse a Cristo en su misión redentora. Desde esta perspectiva, el sufrimiento puede adquirir un sentido espiritual profundo, invitando al creyente a ofrecer su dolor como un acto de amor y entrega.

A nivel doctrinal, esta concepción del sufrimiento redentor no implica una aceptación pasiva del dolor ni una obligación de soportar sufrimientos innecesarios o desproporcionados. La Iglesia enseña que la dignidad humana exige proporcionar al paciente los cuidados necesarios y aliviar el dolor de manera adecuada. La resignificación del sufrimiento no contradice el derecho del paciente a rechazar tratamientos que sean excesivamente gravosos o fútiles. Por el contrario, se complementa con una valoración ética que busca asegurar el acompañamiento espiritual y el consuelo durante el proceso de muerte.

En este sentido, insiste en la necesidad de un acompañamiento espiritual, subrayando que los pacientes deben recibir no solo cuidados médicos, sino también apoyo pastoral y espiritual. Esto refleja una comprensión integral de la persona, que incluye su dimensión física, psicológica y espiritual. Sostiene que el paciente, además de recibir cuidados ordinarios, debe ser acompañado con amor y respeto, proporcionándole alivio y consuelo tanto físico como espiritual.

Esta visión del sufrimiento redentor se alinea con la noción de una muerte digna, entendida no como una mera prolongación de la vida a toda costa, sino como una aceptación consciente y serena del curso natural de la vida. La renuncia a tratamientos desproporcionados no significa desinterés por el paciente, sino un reconocimiento de que

la vida terrenal tiene un límite, y que la dignidad de la persona debe ser respetada también en el proceso de morir. Destaca la importancia de proporcionar cuidados paliativos que alivien el dolor y preserven la calidad de vida del paciente, al mismo tiempo que se ofrece acompañamiento espiritual y se respeta su dignidad. La Iglesia aboga por un cuidado integral que reconozca tanto el valor de la vida como la realidad del sufrimiento, y que ofrezca un apoyo adecuado.

La dimensión espiritual del sufrimiento no debe interpretarse como un mandato de soportar el dolor de manera innecesaria, sino como una invitación a encontrar un sentido más profundo en medio de la adversidad. Desde una perspectiva pastoral, esto implica una responsabilidad de los líderes religiosos y de los profesionales de la salud de acompañar al paciente. El Papa Francisco, en su mensaje para la XXIX Jornada Mundial del Enfermo (Mensaje del Santo Padre Francisco para la XXIX Jornada Mundial del Enfermo, 2021), subrayó la importancia de brindar una atención integral que incluya el cuidado físico y el consuelo espiritual, subrayando que la dignidad del ser humano radica no solo en la vida, sino también en cómo se aborda el sufrimiento y la muerte. En esta línea, la Iglesia reafirma su compromiso de defender la vida y al mismo tiempo acompañar y consolar a los enfermos y moribundos, proporcionando un entorno de amor y apoyo.

VI.1.2. El carácter universal de los principios morales

La *Iura et Bona* resalta la universalidad de los principios que defienden la vida humana, señalando que su fundamento no se basa únicamente en la fe católica, sino que deriva de la ley natural, accesible a la razón humana. La Iglesia sostiene que la dignidad de la vida y la obligación de protegerla no dependen de una confesión religiosa específica, sino que son verdades inscriptas en la naturaleza misma del ser humano. Según la doctrina católica, la ley natural constituye un conjunto de normas objetivas y universales que, al estar basadas en la razón, pueden ser reconocidas por todas las personas, independientemente de sus creencias o ideologías.

Esta universalidad de la ley natural se relaciona con la concepción de los derechos humanos como principios inherentes a toda persona por su dignidad intrínseca. La Iglesia argumenta que los principios de defensa de la vida y rechazo a la eutanasia no son meramente doctrinales, sino manifestaciones del derecho natural, que se basa en la naturaleza humana y en la capacidad racional para discernir lo justo y lo injusto. En este sentido, la ley natural ofrece un fundamento común que trasciende diferencias religiosas

o culturales, aludiendo a un orden objetivo que toda persona, por medio de la razón, puede reconocer.

Desde la perspectiva católica, la ley natural tiene un carácter objetivo e inmutable, en la medida en que se basa en la naturaleza humana y en los principios fundamentales de la razón. La universalidad de estos principios radica en su reconocimiento racional, lo cual permite que se apliquen a todas las personas, independientemente de sus convicciones religiosas o filosóficas. La *Iura et Bona* establece que la dignidad de la vida humana y su inviolabilidad son principios fundamentales que derivan de esta ley natural, y que, por tanto, son aplicables a toda la humanidad.

En la tradición del pensamiento jurídico, esta noción de ley natural ha sido defendida por autores como Tomás de Aquino, quien afirmaba que la ley natural es una participación de la razón en la ley eterna, y que por tanto es accesible a todas las personas mediante el uso de la razón. Esta comprensión de la ley natural ha influido en el desarrollo de los derechos humanos, en la medida en que estos se han entendido como principios universales basados en la dignidad intrínseca de la persona humana.

La Iglesia presenta su doctrina no como una imposición religiosa, sino como una manifestación de la razón y del derecho natural. Esto refuerza la legitimidad de su postura en el ámbito jurídico, al enmarcarla dentro de un discurso racional y accesible a todos. La ley natural ofrece un marco de referencia común que puede ser utilizado para establecer un diálogo ético y jurídico más allá de las diferencias ideológicas o culturales.

En este contexto, la defensa de la vida se convierte en un principio universal que puede ser reconocido como un fundamento de los derechos humanos. Sostiene que la vida humana, por su valor intrínseco, debe ser protegida de manera absoluta, y que esta protección no depende de creencias particulares, sino de un principio racional y universalmente válido. Advierte que relativizar estos principios con base en diferencias religiosas o ideológicas implica un riesgo de perder el fundamento ético de los derechos humanos y de socavar la dignidad de la persona.

Juan Pablo II, en su encíclica *Evangelium Vitae* (Carta Encíclica Evangelium Vitae, 1995), reforzó esta idea al señalar que la ley moral natural, inscripta en el corazón de cada persona, constituye la base para el respeto de los derechos humanos y la dignidad de la vida. Esta perspectiva remarca la importancia de una fundamentación racional de

los principios éticos y jurídicos, y rechaza el relativismo que pretende condicionar el valor de la vida a consideraciones culturales o ideológicas.

La Iglesia defiende estos principios como manifestaciones de la razón y del derecho natural, accesibles a todas las personas; desde una perspectiva jurídica, esta afirmación refuerza la legitimidad de la postura de la Iglesia al situarla en un marco de derechos humanos y principios universales que buscan proteger la dignidad y la inviolabilidad de la vida humana.

VI.1.3 Palabras de Pio XII. Summi Pontificatus de 1939 y Allocutiones de 1957

La encíclica "Summi Pontificatus", publicada por el Papa Pío XII en 1939, (Carta Encíclica Summi Pontificatus, 1939) se sitúa en un contexto histórico caracterizado por profundas crisis sociales y conflictos bélicos, en el que se reflexiona sobre la dignidad de la vida humana y la responsabilidad moral en el cuidado de los enfermos. En un mundo donde la vida humana se encontraba amenazada por la guerra y la deshumanización, el Papa Pío XII reafirmó la inviolabilidad de la dignidad humana, recordando a los fieles que cada vida posee un valor intrínseco, independientemente de las circunstancias que la rodeen.

La enseñanza del Papa indica que el sufrimiento, aunque doloroso, puede poseer un significado redentor. En este sentido, el sufrimiento no debe ser visto únicamente como un mal a evitar, sino como una parte integral de la experiencia humana que debe ser acompañada con compasión y cuidado. Al defender la vida, la encíclica subraya que el sufrimiento puede servir como un medio para el crecimiento espiritual y la solidaridad con los demás, planteando así un paradigma de entendimiento de la vida que trasciende la mera existencia física. Por ende, la posición de la Iglesia frente a la eutanasia no se reduce a una cuestión doctrinal, sino que se presenta como una propuesta de sentido ante el dolor humano y la muerte.

En relación con la ética médica, Pío XII sostiene que no existe una obligación moral de emplear todos los medios terapéuticos disponibles en todos los casos. Este punto es crucial: si bien la Iglesia condena la eutanasia, también reconoce la legitimidad de abstenerse de tratamientos desproporcionados como ya se ha planteado en el primer inciso de este capítulo. Este enfoque también se ve reforzado por la declaración de 1957 sobre el cuidado de los enfermos, en la que el Papa Pío XII aborda específicamente la relación entre el médico y el paciente en el contexto de la muerte. En esta declaración, se reafirma que el médico tiene el deber de cuidar y aliviar el sufrimiento, pero que no está

moralmente obligado a utilizar todos los medios disponibles para prolongar la vida en cada situación. Esta afirmación permite establecer una clara distinción entre la eutanasia y el derecho a la muerte digna. Pío XII sostiene que, en ciertos casos, es lícito renunciar a tratamientos que sean desproporcionados o que no ofrezcan una posibilidad razonable de éxito, sin que ello se considere un acto de eutanasia.

La declaración de 1957 "Allocutiones" (Pio XII, 1957) también destaca la importancia del acompañamiento espiritual y humano en el proceso de morir. La misma dice que el sufrimiento puede ser una experiencia redentora, donde el paciente encuentra sentido en su dolor a través de la fe y el apoyo de su comunidad. Este enfoque contrasta marcadamente con la opción de la eutanasia, que busca poner fin a la vida como solución al sufrimiento. Además, el Papa destaca la responsabilidad social y la solidaridad, argumentando que la atención médica debe ser accesible y respetuosa de la dignidad humana. En este contexto, la eutanasia puede ser vista como una respuesta inadecuada a las necesidades de una persona en situación de vulnerabilidad, especialmente cuando factores socioeconómicos influyen en la decisión de considerarla. La posibilidad de que individuos se sientan presionados a optar por la eutanasia debido a circunstancias económicas, sociales o familiares refuerza la necesidad de un enfoque que priorice la atención y el cuidado, en lugar de soluciones que acorten la vida. Así, la propuesta de Pío XII y la Iglesia Católica no solo constituye un rechazo a la eutanasia, sino también una invitación a construir un sistema de salud que valore la vida, fomente la dignidad del sufrimiento humano y promueva un entorno de compasión y solidaridad.

VI.1.3 Palabras de Bergoglio. Declaración de 2017

La declaración realizada por el Papa Francisco en 2017 (Bergoglio, 2017) sobre la eutanasia se inscribe en un contexto contemporáneo caracterizado por el creciente debate sobre el derecho a morir y la dignidad en la muerte, temas que han cobrado gran relevancia a nivel mundial. En un escenario donde los avances médicos han incrementado la longevidad, la Iglesia enfrenta nuevos desafíos, los cuales busca abordar desde una perspectiva humanista y compasiva. El Papa Francisco reafirma la inviolabilidad de la vida humana y el deber ineludible de protegerla, subrayando que cada persona, sin importar su estado de salud, merece un respeto absoluto.

En este sentido, Bergoglio remarca que la respuesta de la sociedad ante el sufrimiento no debe consistir en la eliminación de la vida, sino en la promoción de una cultura que valore la vida y que incluya el cuidado y acompañamiento de los enfermos.

La dignidad humana, sostiene el Papa, se manifiesta no solo en la calidad de vida, sino también en la calidad del cuidado que se brinda en los momentos más vulnerables de la existencia. A lo largo de su declaración, el Papa Francisco hace hincapié en la necesidad de desarrollar y acceder a cuidados paliativos, instando a los sistemas de salud a ofrecer alternativas que alivien el sufrimiento físico y emocional, evitando así la eutanasia.

El sufrimiento, aunque doloroso, puede ser parte intrínseca de la experiencia humana, y el amor y apoyo de la comunidad son elementos esenciales que deben acompañar el proceso de morir. De esta manera el Papa rechaza la eutanasia como una solución ética y viable a los problemas que enfrentan los pacientes en estado terminal, y en lugar de concebir la muerte como un alivio, invita a la sociedad a adoptar una perspectiva que valore la vida hasta su último momento.

Durante el Encuentro Regional Europeo de la World Medical Association, celebrado en el Vaticano en noviembre de 2017, el Papa Francisco se dirigió al presidente de la Pontificia Academia para la Vida, abordando el sentido de la vida y la necesidad de un acceso equitativo a la salud. Su mensaje se basa en los escritos de Pío XII y las enseñanzas del Catecismo, proporcionando una perspectiva ética y teológica sobre la vida y la salud. Pío XII ya había afirmado que no es obligatorio utilizar todos los medios terapéuticos disponibles en todas las situaciones, y que en ciertos casos es lícito abstenerse de tratamientos que no se justifiquen éticamente.

Esta posición permite un enfoque más matizado de la atención médica, priorizando las necesidades del paciente y la calidad de vida sobre una mera prolongación de la existencia. El Papa también destaca la importancia del principio de proporcionalidad en la atención médica, subrayando que el objetivo debe ser el bienestar integral de la persona, y no solo la prolongación de la vida. Se opone así a la creación de normas generales para casos tan delicados, abogando por soluciones personalizadas que respeten las decisiones del paciente, reconociendo la singularidad de cada situación.

Por ende, la declaración de Francisco, en consonancia con las enseñanzas de Pío XII, refuerza la posición de la Iglesia respecto a la eutanasia, destacando la necesidad de un cuidado humano y compasivo que respete la dignidad de la vida, incluso en los momentos más difíciles de la existencia. La invitación del Papa a construir un sistema de salud que valore la vida, fomente la dignidad del sufrimiento humano y promueva un entorno de compasión y solidaridad resuena como un compromiso ético ante los desafíos contemporáneos en el campo de la bioética.

VI. 2. Postura del budismo

La discusión sobre la eutanasia en el budismo se nutre de los principios fundamentales de la filosofía y ética budista. Para comprender la posición budista sobre la eutanasia, es esencial considerar los conceptos de sufrimiento, compasión y la interconexión de todas las formas de vida. La forma en que se aborda el sufrimiento y la muerte dentro del budismo refleja un entendimiento de la naturaleza cíclica de la existencia y el compromiso de aliviar el sufrimiento en todas sus formas.

El budismo enseña que la vida y la muerte son parte de un ciclo continúo conocido como samsara. Desde esta perspectiva, la muerte no es vista como un final absoluto, sino como una transición hacia un nuevo estado de existencia (Peter Harvey, 2012, pág. 123). La comprensión del karma y la reencarnación juega un papel determinante en cómo los budistas perciben la vida y el sufrimiento. Por tanto, cualquier acto que implique la terminación deliberada de la vida, como la eutanasia, debe ser evaluado en el contexto de su impacto en el ciclo kármico del individuo.

Desde la perspectiva budista, el sufrimiento (dukkha) es una de las verdades fundamentales del ser humano. La vida está impregnada de sufrimiento, que no solo se limita a la enfermedad o la muerte, sino que abarca un espectro amplio que incluye la insatisfacción, el dolor emocional y la ansiedad existencial. En este sentido, el sufrimiento es considerado como una parte integral de la experiencia humana, y la respuesta ética a este sufrimiento no debe ser su eliminación a través de la muerte, sino su transformación a través de la compasión y la sabiduría.

El concepto de compasión (karuna) es central en la práctica budista. Los budistas son animados a cultivar la compasión hacia todos los seres sintientes, lo que implica un compromiso de aliviar el sufrimiento donde sea posible. Este principio se extiende no solo a la acción directa, sino también a la intención detrás de las acciones. La compasión auténtica busca entender y aliviar el sufrimiento de otros sin necesariamente buscar una solución rápida que implique la muerte. En lugar de ello, se fomenta la creación de entornos de cuidado y acompañamiento que permiten a los pacientes enfrentar su sufrimiento con dignidad y apoyo.

En la tradición budista tibetana, maestros como el Dalái Lama y Kalou Rinpoche destacan la importancia de la intención. El Dalái Lama ha argumentado que el deseo de acabar con el sufrimiento a menudo surge de un deseo legítimo de aliviar el dolor, pero que este deseo debe equilibrarse con una comprensión profunda de las consecuencias

kármicas de nuestras acciones. Así, aunque la eutanasia activa es vista como negativa, se acepta la eutanasia pasiva bajo ciertas circunstancias, especialmente cuando se trata de no prolongar el sufrimiento a través de intervenciones médicas invasivas que no mejoran la calidad de vida del paciente (Dalai Lama con Howard C. Cutler, M. D., 1998, pág. 85).

Además, el budismo Theravada, que tiene un enfoque más conservador en cuestiones éticas, condena la eutanasia activa y el suicidio asistido como violaciones graves del primer precepto budista, que prohíbe matar a cualquier ser vivo. Sin embargo, reconoce la eutanasia pasiva, donde se pueden evitar intervenciones que prolonguen artificialmente la vida de una persona que está sufriendo (Bhikkhu Mihita Citado por Douglas Calvo Gaínza, 2020, pág. 47) Esta distinción refleja un reconocimiento de que el sufrimiento puede ser tan intenso que la calidad de vida se ve comprometida, permitiendo así una forma de alivio que no transgrede los principios éticos más fundamentales del budismo.

El Código Monástico Vinaya, (¿Que es el vinaya?, s.f.) que rige la conducta de los monjes budistas, establece que el acto de quitar la vida de otro ser humano es inaceptable, y este principio se aplica también en el contexto del cuidado de los enfermos. La ética budista marca la importancia de proporcionar un entorno donde el sufrimiento se pueda manejar de manera compasiva y consciente. Este enfoque se traduce en la promoción de cuidados paliativos que aseguren que el paciente reciba el apoyo necesario en sus últimos momentos, permitiendo que la muerte sea un proceso natural y digno.

En el contexto contemporáneo de la atención médica, el budismo ofrece una crítica a la medicalización de la muerte, donde el enfoque se desplaza hacia la prolongación de la vida a expensas de la calidad de la misma. Esta medicalización puede llevar a tratamientos invasivos que no solo son innecesarios, sino que también pueden incrementar el sufrimiento del paciente. Por el contrario, los principios budistas sugieren que se debe priorizar el bienestar del paciente, permitiendo un enfoque más holístico que considere no solo el tratamiento médico, sino también el apoyo emocional y espiritual necesario para enfrentar la muerte con serenidad.

Los aportes del budismo tibetano sobre el proceso de morir subrayan la importancia del estado mental del paciente. Los budistas creen que la forma en que una persona enfrenta su muerte puede influir en su renacimiento. Por ello, se promueve una preparación adecuada para la muerte, que incluye la meditación y la reflexión sobre la inpermanencia de la vida. Este proceso puede ayudar al paciente a cultivar una mente

tranquila y compasiva, lo que a su vez puede facilitar una experiencia de muerte más pacífica y significativa (Sogyal Rinpoche, ebook 2003, pág. 112)

La discusión sobre la eutanasia en el contexto budista resalta la importancia de un enfoque equilibrado que reconozca tanto la necesidad de aliviar el sufrimiento como la necesidad de respetar la vida en todas sus formas. La eutanasia, ya sea activa o pasiva, debe ser considerada con un enfoque ético que tome en cuenta las implicaciones kármicas, las intenciones detrás de las acciones y el contexto único de cada situación. Este análisis profundo y matizado permite que los principios budistas se integren en el discurso contemporáneo sobre la eutanasia, ofreciendo un marco ético que prioriza la dignidad humana y la compasión.

VI.3. Postura del Judaísmo

La postura del judaísmo sobre la eutanasia y las decisiones al final de la vida se enmarca en un profundo respeto por la vida, fundamentado en las enseñanzas bíblicas y las tradiciones rabínicas. En el judaísmo, la vida humana es considerada un don sagrado de Dios, lo que conlleva un deber moral de protegerla en todas sus etapas. Esta perspectiva se manifiesta en la firme oposición a la eutanasia activa, que se considera un acto que va en contra del principio de "pikuach nefesh", el mandamiento de salvar vidas, que se establece como uno de los principios más importantes en la ética judía.

La mayoría de las autoridades judías se oponen rotundamente a la eutanasia, sosteniendo que "*la vida es un valor supremo en el judaísmo y debe ser preservada*" (Dr. Yitzak Calafi M.D., 2016, pág. 45). Esta afirmación destaca la convicción de que cada ser humano tiene un valor intrínseco, que debe ser protegido incluso en situaciones de sufrimiento extremo. Además, el rabino David Novak, un destacado teólogo y filósofo judío contemporáneo, señala que "*la vida, en última instancia, pertenece a Dios, y solo Él tiene el derecho de decidir sobre su final"* (David Novak, 2012, pág. 132) El judaísmo hace una distinción importante entre la eutanasia activa y la eutanasia pasiva. Mientras que la primera es rechazada enérgicamente, la eutanasia pasiva puede ser aceptada en determinadas circunstancias, siempre y cuando se realice con el objetivo de aliviar el sufrimiento. Este enfoque se refleja en el Talmud, donde se reconoce que "*el sufrimiento humano puede tener un propósito redentor" y que "en situaciones donde no hay esperanza de recuperación, se puede permitir el descanso del alma"* (Talmud, Yevamot 121a).

En el contexto del cuidado paliativo, el judaísmo promueve el alivio del sufrimiento y la dignidad del paciente. Se remarca que "*la dignidad del paciente debe ser*

una prioridad en el cuidado al final de la vida" (My jewish life, 2024, pág. 23). Esto implica que las decisiones deben ser tomadas con sensibilidad y atención a las necesidades del paciente, reconociendo su derecho a recibir un tratamiento compasivo que respete su dignidad.

La Halajá, el cuerpo de leyes judías, desempeña un papel determinante en la toma de decisiones sobre el final de la vida. Los rabinos suelen aconsejar a los pacientes y a sus familias a buscar la guía de la Halajá para asegurarse de que sus decisiones sean coherentes con los principios éticos del judaísmo. Como afirma el rabino Shlomo Riskin, "*la consulta con un rabino no solo es un recurso espiritual, sino también una fuente de sabiduría práctica en momentos de crisis*" (Rabbi Shlomo Riskin, 2011, pág. 45)

La comunidad también juega un papel fundamental en el proceso de morir, ya que las decisiones sobre el final de la vida son vistas como actos comunitarios. La cercanía de la familia y los amigos es esencial para proporcionar apoyo emocional y espiritual al paciente. En este sentido, el rabino Jonathan Sacks ha afirmado que *"la comunidad es el lugar donde el sufrimiento se convierte en compasión, y la muerte se transforma en un viaje compartido"* (Jonathan Sacks, 2003, pág. 112)

Es relevante también mencionar que dentro del judaísmo existen diferentes enfoques que reflejan una diversidad de opiniones sobre la eutanasia y el final de la vida. Mientras que las corrientes ortodoxas mantienen una postura firme en contra de la eutanasia activa, movimientos más liberales, como el judaísmo reformista, pueden permitir una discusión más amplia sobre la autonomía del individuo y la dignidad en el proceso de morir.

VI.4. Postura del Islamismo

El Islam sostiene una visión holística de la vida, enfatizando su sacralidad y el hecho de que solo Dios tiene la autoridad para determinar el inicio y el fin de la existencia humana. Este principio fundamental ha llevado a una oposición generalizada a la eutanasia, tanto activa como pasiva, en la mayoría de las comunidades musulmanas. Sin embargo, es fundamental reconocer que las posturas pueden variar considerablemente entre diferentes corrientes y pensadores dentro de la fe islámica.

Desde una perspectiva islámica, la vida se considera un viaje espiritual que conlleva diversas pruebas y sufrimientos. El Corán establece que tanto la vida como la muerte forman parte del plan divino, y cada individuo tiene un tiempo determinado en la tierra (Coran 67:2, s.f.) Este marco teológico fundamenta la resistencia a la eutanasia, ya

que interrumpir deliberadamente la vida se percibe como una violación del control de Dios sobre el destino humano. De hecho, una fatwa emitida por la Organización Islámica para la Educación, la Ciencia y la Cultura reitera que "*la vida humana es sagrada y no debe ser terminada de manera voluntaria o intencionada*" (OIESC, s.f.)

Sin embargo, el pensamiento islámico no es monolítico. Filósofos como Averroes (Ibn Rushd) han planteado reflexiones que, aunque se centran en la utilidad social, pueden ser interpretadas como una justificación para la eliminación de aquellos que no contribuyen de manera significativa a la sociedad. Averroes afirmaba que "*los médicos deben separar del cuerpo aquellos miembros que están necrosados*" (Averroes citado por Enrique Miret Magdalena, Enero-Marzo 2003), sugiriendo un enfoque utilitarista que contrasta con la posición general que prioriza la dignidad de la vida humana. No obstante, es esencial entender que estas ideas no necesariamente reflejan el consenso general en el ámbito islámico contemporáneo, que tiende a destacar el respeto y la dignidad hacia todas las vidas humanas, independientemente de su condición.

En la actualidad, algunos eruditos musulmanes han comenzado a explorar la eutanasia desde una perspectiva más compasiva. Este cambio se manifiesta en un creciente interés por los cuidados paliativos, que buscan mejorar la calidad de vida de los pacientes que enfrentan enfermedades terminales sin recurrir a la eutanasia activa. Aunque esta práctica sigue siendo firmemente rechazada, la opción de no prolongar la vida mediante tratamientos invasivos ha encontrado una mayor aceptación en ciertas interpretaciones del Islam. Así, se establece una distinción importante entre dejar que una persona muera naturalmente y causar deliberadamente su muerte (Islamweb, s.f.).

El enfoque islámico también aboga por el consentimiento y la dignidad del paciente. En este contexto, se sostiene que los pacientes deben tener voz en sus decisiones médicas, y que estas decisiones deben ser respetadas dentro de los marcos éticos islámicos. Sin embargo, la autonomía del paciente no se considera un derecho absoluto que anule la sacralidad de la vida. Por lo general, se busca la guía de autoridades religiosas y familiares, lo que refuerza la importancia de la comunidad en la toma de decisiones sobre el final de la vida.

La noción de yihad, tradicionalmente relacionada con la lucha por la fe, puede extenderse a la lucha por la dignidad humana en el contexto del sufrimiento y la enfermedad. Este entendimiento sugiere que la yihad implica una lucha no solo contra enemigos externos, sino también por la compasión y el respeto hacia aquellos que sufren.

Esta interpretación de la yihad puede inspirar a los musulmanes a buscar formas de aliviar el sufrimiento sin comprometer la sacralidad de la vida (Por Kamal al-Zini, 2009, pág. 43)

Finalmente, aunque la mayoría de las autoridades islámicas se oponen a la eutanasia, algunos debates contemporáneos están comenzando a cuestionar la prohibición absoluta, especialmente en situaciones donde el sufrimiento es insoportable. La posibilidad de permitir decisiones que acorten la vida en contextos extremos se vuelve relevante en el marco de enfermedades terminales, lo que pone de relieve la necesidad de un diálogo más profundo y matizado sobre este tema (Garzón Borgoñoz L. Guillaumet Olives M, 2014, pág. 10)

VI.5. Postura del Protestantismo

Dentro del protestantismo, la ausencia de una autoridad central y la importancia del libre examen de las Escrituras han dado lugar a una variedad de enfoques sobre la eutanasia. Aunque no existe una doctrina oficial unificada, predominan las posturas que rechazan esta práctica debido a la reverencia por la vida humana y la convicción de que solo Dios tiene la autoridad para disponer de ella. Esta diversidad se ve acentuada por la interpretación individual de los textos sagrados, característica del protestantismo, que fomenta un análisis libre y personal de la Biblia, aunque bajo una responsabilidad moral compartida. La falta de una jerarquía central dentro de esta confesión cristiana provoca que las diferentes comunidades puedan mantener criterios divergentes, y la misma autonomía eclesiástica se traduce en una pluralidad de visiones.

Karl Barth, uno de los más destacados teólogos protestantes del siglo XX, fue un firme opositor de las políticas nazis de exterminio, a las cuales calificó de "sacrilegio" por usurpar el derecho divino sobre la vida y la muerte. Para Barth, incluso si la eutanasia se realizara por compasión hacia el paciente, continuaría siendo una infracción del principio de que "*poner fin a la vida humana es propio de Dios*". Sin embargo, a pesar de esta postura firme contra la eutanasia, Barth no defendió el uso excesivo de tratamientos médicos que prolonguen la vida de manera artificial y desproporcionada, rechazando el encarnizamiento terapéutico como igualmente problemático (Abel Clemente Vázquez, págs. 311-317).

Otra voz influyente en la ética protestante fue Dietrich Bonhoeffer, quien sostuvo que toda vida, independientemente de su condición, debe ser respetada. Bonhoeffer, conocido por su resistencia al régimen nazi y su posterior martirio, insistió en que el

simple acto de discutir sobre el valor de una vida y condicionar su preservación a criterios subjetivos terminaba por amenazar la esencia misma de la existencia humana. Esta idea refuerza la postura de que no se puede instrumentalizar la vida basándose en juicios relativos de calidad, y que toda existencia es valiosa per se.

De igual modo, Albert Schweitzer, misionero y teólogo, insistió en el carácter sagrado de la vida humana, sugiriendo que incluso la enfermedad puede tener un valor espiritual. Para Schweitzer, la vida es un don que debe protegerse en toda circunstancia, aunque esta postura no lo eximía de abogar por la importancia de aliviar el sufrimiento del paciente. Esta tensión revela un compromiso entre el respeto incondicional por la vida y la obligación moral de mitigar el dolor, pero sin recurrir a la terminación deliberada de la existencia (Friedrich Wilhelm Graf citado por "Efe", 2015, pág. 3)

En un enfoque similar, Helmut Thielicke planteó que la intangibilidad de la vida humana excluye la legitimidad de la eutanasia. Thielicke argumentó que incluso cuando los motivos sean nobles, pueden estar equivocados, lo cual exige una prudencia extrema al abordar temas tan delicados como el final de la vida. Para Thielicke, la centralidad del valor de la vida se sobrepone a las intenciones humanas, lo que lo llevó a oponerse de manera categórica a cualquier forma de eutanasia activa (Friedrich Wilhelm Graf citado por "Efe", 2015) (pág. 131). Esta postura subraya la preocupación de los teólogos protestantes por los riesgos de caer en decisiones subjetivas basadas en consideraciones de compasión o de calidad de vida, ya que estas últimas podrían derivar en prácticas discriminatorias o arbitrarias.

En la actualidad, esta diversidad de enfoques se evidencia en los contextos nacionales de comunidades protestantes. En Francia, los evangélicos han manifestado recientemente su preocupación ante la posibilidad de una expansión de las leyes de eutanasia, interpretándola como una amenaza para los más vulnerables de la sociedad. La Federación Protestante de Francia ha subrayado la necesidad de desarrollar políticas públicas enfocadas en cuidados paliativos, en lugar de optar por prácticas que relativicen el valor absoluto de la vida (Joel Forster, 2024) (párrafo 2). Los evangélicos consideran que la permisividad hacia la eutanasia podría llevar a una “desprotección” de aquellos que se encuentren en situaciones de debilidad, y alertan sobre la tentación de presentar la eutanasia como una opción viable frente a cuidados paliativos, lo cual perciben como un peligro ético.

En contraste, en Alemania, ciertos sectores del protestantismo han adoptado posturas más permisivas, apoyando una legislación que permita la eutanasia bajo condiciones estrictas y reguladas. Esta apertura se basa en el reconocimiento del derecho del individuo a decidir sobre el final de su vida cuando el sufrimiento se torna intolerable, una perspectiva que busca conciliar la autonomía personal con la dignidad humana. No obstante, este apoyo está lejos de ser unánime y refleja el debate abierto en una sociedad que, por su historia, tiene especial sensibilidad hacia los temas relacionados con el fin de la vida (Elena Magariños, 2012) (parr. 7-9). La postura alemana subraya la importancia del contexto histórico y cultural al abordar estas cuestiones, ya que, para muchos protestantes, la experiencia del Holocausto es una advertencia constante sobre los riesgos de manipular el valor de la vida humana.

Por su parte, la doctrina protestante, tal como se recoge en fuentes jurídicas y teológicas, ha sido analizada en términos de sus fundamentos morales y religiosos. Según lo expuesto por Vázquez el rechazo a la eutanasia se basa en una interpretación del derecho natural, la cual considera la vida como un bien inviolable otorgado por Dios, y cuya protección debe estar en el centro de cualquier marco normativo que pretenda legislar sobre el final de la vida. La referencia al iusnaturalismo protestante implica que la defensa de la vida humana no se limita a una cuestión de dogma religioso, sino que tiene implicaciones éticas y filosóficas más amplias, alineadas con una concepción universal del valor de la vida

VI.6. Postura de los Testigos de Jehová

Los Testigos de Jehová presentan una postura firme en contra de la eutanasia, fundamentada en una interpretación estricta de las Escrituras y en principios teológicos que destacan la santidad de la vida. Su doctrina se centra en la creencia de que la vida es un regalo sagrado de Dios, y por lo tanto, nadie tiene el derecho de ponerle fin intencionalmente, ni siquiera con fines compasivos. En su sitio web oficial, los Testigos de Jehová explican que la eutanasia se considera una forma de asesinato, lo cual va en contra del mandamiento bíblico "*No matarás*" (Éxodo 20:13) La posición de los Testigos de Jehová subraya el respeto absoluto por la vida humana, desde su concepción hasta su muerte natural, y rechaza la intervención activa para provocar la muerte de manera deliberada (jw.Org, 2023)(parr. 3).

La doctrina de los Testigos de Jehová también se basa en la convicción de que solo Dios tiene el derecho de decidir cuándo termina la vida. Esta idea es consistente con su

rechazo de otras prácticas que consideran que implican la falta de respeto a la vida, como el aborto o las transfusiones de sangre, esta última una cuestión particularmente discutida. El énfasis en la soberanía divina sobre la vida y la muerte deriva de su interpretación literal de la Biblia, lo que lleva a los Testigos de Jehová a adoptar una postura intransigente sobre cuestiones relacionadas con el final de la vida

No obstante, su negativa a la eutanasia no implica necesariamente la obligación de someterse a tratamientos médicos agresivos. Según el enfoque de los Testigos de Jehová, no existe un mandato bíblico que obligue a prolongar artificialmente la vida a cualquier costo. Por ello, rechazan el encarnizamiento terapéutico, permitiendo decisiones médicas que acepten el curso natural de la vida sin el uso de medidas extraordinarias para prolongarla. Esta diferencia es clave para entender que, aunque rechazan activamente la eutanasia, permiten a sus fieles tomar decisiones médicas que conduzcan a una muerte natural sin intervención excesiva

La postura de los Testigos de Jehová ha sido objeto de análisis en estudios teológicos y sociológicos que han intentado explicar cómo esta comunidad interpreta y aplica sus principios en relación con la ética de la vida y la muerte. Según un análisis publicado por Parejo Guzmán Cañada (Guzmán, 2018, pág. 360), los Testigos de Jehová defienden la vida como un valor innegociable, lo cual influye en su rechazo tanto a la eutanasia como al aborto y a la donación de sangre, todos ellos temas que giran en torno al respeto absoluto por la vida y la soberanía de Dios sobre ella. Esta coherencia doctrinal se ha mantenido a lo largo del tiempo y no ha sufrido modificaciones significativas a pesar de los cambios sociales y normativos que han impulsado debates sobre estas prácticas en diversas jurisdicciones.

La discusión sobre la eutanasia a través del prisma de diversas religiones revela una complejidad caracterizada por diferencias doctrinales y éticas que reflejan las particularidades culturales y teológicas de cada tradición, así como una rica y compleja red de creencias que enfatizan la dignidad humana, el valor de la vida y la autoridad divina sobre la muerte. Si bien entre las distintas religiones hay diversas interpretaciones sobre la teología, son escasos los puntos de convergencia en la valoración de la vida y el sufrimiento.

Capitulo VII: Ley de Eutanasia en el Derecho comparado y otros institutos

En el presente capítulo me dedicaré al análisis de las legislaciones en torno a la eutanasia, con el propósito de comparar las posiciones adoptadas por los sistemas legales en el ámbito del derecho comparado. Este estudio resulta necesario para comprender cómo cada país aborda la complejidad de la asistencia en la muerte, teniendo en cuenta que los enfoques pueden diferir sustancialmente en función de su contexto jurídico, social y cultural.

Al observar las diversas jurisdicciones, se identifican múltiples enfoques al respecto. Por un lado, encontramos Estados en los que la prohibición es absoluta, especialmente aquellos donde predominan tradiciones culturales conservadoras. También se observan países que, si bien no han permitido ni formalizado en su legislación la posibilidad de provocar la muerte activamente, han aceptado, a través de pronunciamientos judiciales, casos aislados de esta práctica, o admiten este instituto en alguna de sus variantes y por último y en contraste, países que han aceptado la práctica y que en la actualidad cuentan con un marco normativo amplio. No obstante, los alcances, la naturaleza y los fundamentos de dicho derecho son desarrollados de maneras muy distintas. Para ello, resulta imprescindible el estudio de cada una de estas legislaciones, desglosando cómo abordan esta compleja problemática, evaluando los procedimientos, costos, salvaguardas, logrando así obtener un panorama lo más completo posible.

Es fundamental considerar que el desarrollo normativo respecto a la muerte asistida no ha ocurrido de manera aislada, sino que ha estado influenciado por cambios sociales, culturales y éticos que resaltan la dinámica entre los cambios normativos y la percepción pública. En muchas sociedades, la aceptación de la eutanasia ha crecido en la medida en que ha aumentado la concientización sobre los derechos individuales, lo que ha llevado al cuestionamiento de las normas tradicionales y a un análisis más amplio de las implicaciones éticas de las decisiones relativas a la vida y la muerte.

En una primera instancia, se examinarán aquellos países que han optado por regular exclusivamente el suicidio asistido, manteniendo la prohibición de la eutanasia en todas sus formas. Entre estos se encuentran Alemania, cuyo tribunal constitucional ha reconocido el derecho a la autodeterminación; Suiza, con un marco normativo que permite esta práctica siempre que no medie interés egoísta; Australia, donde algunos estados han legislado específicamente sobre la materia; y ciertos estados de Estados Unidos, bajo leyes como el "*Death with Dignity Act*" de Oregón.

VII.1 Alemania

Alemania presenta un marco jurídico en constante evolución respecto al suicidio asistido. La Constitución alemana, en su artículo 2, párrafo segundo, establece el derecho de toda persona a la vida y a la integridad física. No obstante, el párrafo culmina diciendo que, se permite la posibilidad de que una ley limite estos derechos. (Ley fundamental de la República Federal de Alemania, s.f.) Si bien la eutanasia activa no ha sido legalizada, el Tribunal Constitucional Federal Alemán del 26 de febrero de 2020, declaró inconstitucional la prohibición general del suicidio asistido, consagrada en la Sección 217 del Código Penal alemán (López Díaz, 1998), por considerar que violaba el derecho fundamental a la autodeterminación, argumentando que cualquier persona, independientemente de su estado de salud, tiene derecho a recibir asistencia para suicidarse si lo desea. Este fallo marcó un cambio en la legislación alemana sobre el suicidio asistido, proporcionando un marco legal más liberal y respetuoso con los derechos individuales en estas cuestiones. (Cambridge University Press on behalf of the German Law Journal, 2022, pág. 661)

La controversia a la autodeterminación tras la muerte es en parte debido a las complejas implicaciones históricas que se derivan de su pasado. Este episodio oscuro en la historia alemana ha dejado una marca indeleble en el debate contemporáneo sobre la eutanasia y el suicidio asistido. Y es por este motivo que la decisión Aquo del Tribunal representó un cambio radical en la interpretación del derecho a la autodeterminación generando un amplio debate sobre cómo balancear este derecho con las lecciones históricas. Los críticos del fallo temen que la legalización del suicidio asistido pueda abrir la puerta a abusos y que, al igual que durante el régimen nazi, las vidas de los más vulnerables se pongan en riesgo. Sin embargo, el tribunal argumentó que la autonomía personal debe ser respetada, siempre y cuando se establezcan salvaguardas estrictas para evitar la coerción y el abuso.

VII.2. Suiza

Suiza por otro lado se ha consolidado como uno de los países con un enfoque más avanzado y permisivo en relación al suicidio asistido, distinguiéndolo de manera precisa de la eutanasia activa directa, la cual permanece prohibida en su ordenamiento jurídico. Este marco normativo no solo tiene su fundamento en las disposiciones específicas del Código Penal Suizo, sino también en una construcción ética y jurídica que busca equilibrar la protección de la autodeterminación personal con la implementación de

salvaguardas destinadas a evitar posibles abusos hacia las personas en situación de vulnerabilidad.

El Código Penal Suizo (Code pénal suisse , 1937) establece una regulación clara y diferenciada respecto al suicidio asistido y la eutanasia activa, reflejando el equilibrio entre la autonomía individual y las exigencias éticas del ordenamiento jurídico. El artículo 114 dispone que quien, movido por razones honorables, como un sentimiento de compasión, cause la muerte de una persona a petición de esta, será sancionado con una pena de hasta tres años de prisión o una multa. Este precepto configura un delito atenuado, al reconocer la particularidad ética de estas circunstancias y diferenciarlas de los homicidios motivados por intereses egoístas o ajenos a la voluntad del solicitante.

El artículo 115, en cambio, despenaliza el suicidio asistido siempre que se lleve a cabo sin fines egoístas. Esto significa que una persona puede facilitar los medios para que otra ponga fin a su vida sin incurrir en responsabilidad penal, siempre y cuando su actuación se funde en un propósito altruista y no busque obtener beneficio personal alguno.

En la práctica, estas disposiciones encuentran aplicación a través de organizaciones como Dignitas (Dignitas, s.f.) y Exit (Exit International, s.f.) , que asisten a personas con enfermedades terminales o condiciones médicas gravemente debilitantes, asegurando que el proceso se lleve a cabo con pleno respeto a los derechos fundamentales y a las disposiciones legales vigentes.

Con el objetivo de garantizar que la decisión de una persona de terminar con su vida sea completamente autónoma, informada y libre de cualquier influencia externa, se han diseñado una serie de requisitos estrictos que dichas organizaciones deben respetar escrupulosamente. Uno de ellos es la evaluación médica previa. Antes de proceder con el suicidio asistido, se debe comprobar que la persona solicitante posee plena capacidad de discernimiento. Esto implica la realización de un análisis por parte de médicos especializados, quienes evalúan no solo el estado de salud física, sino también el bienestar psicológico del solicitante.

Si bien el sistema legal suizo no establece de manera explícita la necesidad de padecer una enfermedad grave o sufrimiento insoportable como condición obligatoria, en la práctica, las organizaciones que brindan asistencia al suicidio suelen exigir la verificación de estas circunstancias, respondiendo a la necesidad de asegurar que la

solicitud esté fundamentada en un sufrimiento real, sea este físico o psicológico, que el solicitante considere incompatible con una vida digna. Así, aunque no se trata de una obligación legal, esta medida constituye una salvaguarda ética adicional que fortalece la legitimidad de la práctica y disuade de su uso en casos triviales o por motivos pasajeros.

Otro aspecto central del sistema es la participación indispensable del solicitante en el acto final, es decir que, es la persona quien debe ingerir de manera autónoma la sustancia letal que provocará su muerte, asegurando que la muerte sea el resultado de una acción consciente y deliberada por parte de quien la solicita.

El caso Haas vs. Suiza, decidido por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en 2011, la sentencia abordó el derecho a morir dignamente. Este caso se centró en Ernst Haas, un hombre que sufría de trastornos bipolares y solicitaba que se le permitiera acceder a una dosis letal de drogas para terminar con su vida, sin necesidad de una receta médica. Haas argumentó que la negativa de Suiza a permitirle este acceso violaba su derecho al respeto de la vida privada y familiar, protegido por el Artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos. El Tribunal concluyó que el Estado suizo no había violado dicho artículo determinando que el requisito de obtener una receta médica para acceder a una sustancia letal no era desproporcionado, dada la importancia de proteger a las personas vulnerables. La Corte subrayó que los Estados tienen un amplio margen de apreciación para legislar sobre el suicidio asistido y que, en este caso, Suiza había equilibrado adecuadamente los intereses en juego. (Corte Suprema de Justicia de la Nacion , 2011); reforzando de esta manera la idea de que, aunque el derecho a la autodeterminación es importante, no es absoluto y debe ser considerado dentro de un marco legal que también proteja a los más vulnerables afirmando que la Constitución protege primordialmente la vida humana. En este sentido, cualquier intervención en la vida de una persona constituye una violación absoluta de sus derechos y, por ende, de la propia Constitución.

Ahora bien, se puede observar que las medidas y salvaguardas en torno a la asistencia al suicidio son suficientes y estrictas, este modelo no está exento de críticas. Los opositores señalan que la posibilidad del "turismo de suicidio" podría socavar la seriedad del proceso; de hecho un estudio realizado por Fischer (Fischer, 2014, pág. 4) analizó los datos relacionados con el turismo de suicidio en Suiza entre 2008 y 2012, revelando que durante este período 611 personas de 31 países viajaron a Suiza para acceder a servicios de suicidio asistido. La mayoría de estas personas provenían de

Alemania (268 casos), seguida por el Reino Unido (126 casos), Francia (66 casos) e Italia (44 casos). En promedio, los pacientes tenían 69 años de edad, y la mayoría sufría de enfermedades neurodegenerativas, cáncer o enfermedades cardiovasculares.

VII.3 Estados Unidos

En los Estados Unidos, la eutanasia activa permanece prohibida en todos sus estados, sin que exista legislación federal que autorice dicha práctica. Sin embargo, un número de estados ha promulgado normativas que permiten el suicidio asistido en determinadas circunstancias, centradas fundamentalmente en pacientes diagnosticados con enfermedades terminales. Entre los estados que han regulado el suicidio asistido se incluyen California, Montana, Oregón, Washington y Vermont, los cuales han establecido procedimientos legales para que los pacientes que cumplan con los requisitos médicos y legales puedan acceder a esta opción.

El análisis histórico de las prácticas asociadas al suicidio asistido en los Estados Unidos encuentra sustento en precedentes jurisprudenciales de gran trascendencia, como los casos de Karen Ann Quinlan (1976) (Supreme Court of New Jersey, 1976) y Nancy Cruzan (1990). (Sara Taub, 1991) Ambos litigios no solo marcaron la historia del derecho sanitario y de los derechos fundamentales, sino que también definieron criterios clave sobre el alcance del derecho a la autonomía personal y al rechazo de tratamientos médicos.

En el caso de Karen Ann Quinlan, (centro de bioetica; facultad de medicina, 2010) la Corte Suprema de Nueva Jersey abordó por primera vez el derecho de los pacientes a rechazar intervenciones médicas extraordinarias. Karen Ann Quinlan, una joven de 21 años, ingresó en un estado vegetativo persistente tras sufrir un colapso respiratorio. Sus padres solicitaron la desconexión del respirador que la mantenía con vida, argumentando que este prolongaba de manera artificial un estado sin posibilidad de recuperación. El tribunal reconoció el derecho a la privacidad como base para permitir la desconexión del soporte vital, aun cuando ello conduciría a la muerte de la paciente. Este fallo estableció un principio fundamental: el derecho de los pacientes, o de sus representantes legales en casos de incapacidad, a decidir sobre la continuidad de tratamientos médicos que se consideren desproporcionados o que no aporten beneficios significativos para la calidad de vida.

Por su parte, el caso de Nancy Cruzan (Piperberg, 2017) consolidó los avances jurisprudenciales en torno a la autodeterminación al tratar la suspensión de medidas de

soporte vital. Nancy Cruzan quedó en estado vegetativo persistente tras un accidente automovilístico, recibiendo alimentación e hidratación por vía artificial. Su familia solicitó la interrupción de estas medidas, argumentando que no existía esperanza de recuperación. El caso llegó a la Corte Suprema de los Estados Unidos, que reconoció el derecho de los pacientes a rechazar tratamientos médicos, pero exigió evidencia clara y convincente de que esa era la voluntad del paciente destacando la importancia de las directivas anticipadas, y reafirmando la necesidad de que los deseos del paciente sean expresados de manera inequívoca antes de perder la capacidad de decisión.

Uno de los casos más controvertidos en la historia de esta práctica fue el del Dr. Jack Kevorkian, (Cañete, 1998) quien afirmó haber ayudado a morir a aproximadamente 130 personas entre 1990 y 1999. Kevorkian fue un defensor ferviente del derecho de los pacientes a decidir sobre su muerte, utilizando dispositivos como su "máquina del suicidio" para asistir a individuos, independientemente de si cumplían criterios estrictos como el diagnóstico de enfermedad terminal. Aunque Kevorkian fue juzgado y condenado en varias ocasiones, y su accionar puso de manifiesto la urgencia de una regulación clara y coherente para abordar estos temas con la debida seriedad jurídica.

El estado pionero en esta materia fue Oregón, al aprobar la "*Death with Dignity Act"* (Oregon's Death with Dignity Act, 1994) en 1994. Esta ley permite que pacientes adultos, en pleno uso de sus facultades mentales y diagnosticados con una enfermedad terminal con una esperanza de vida inferior a seis meses, soliciten a un médico la prescripción de dosis letales de medicamentos. El proceso incluye varias salvaguardas: el paciente debe realizar dos solicitudes, una de ellas por escrito con la firma de dos testigos, y se requiere que un segundo médico confirme el diagnóstico y la capacidad mental del solicitante. Adicionalmente, se impone un período de espera de 48 horas entre la solicitud formal y la prescripción de la medicación. Este sistema no permite la administración directa del medicamento por parte del médico, lo que diferencia al suicidio asistido de la eutanasia activa.

En 2009, el estado de Washington adoptó un marco legal similar y ese mismo año, el Tribunal Supremo de Montana determinó que el suicidio asistido no estaba prohibido en su territorio, estableciendo así un precedente en el que la autonomía del paciente y la compasión médica prevalecen sobre los argumentos tradicionales contra esta práctica. En 2013, Vermont promulgó el "ACT 39: *Patient Choice and Control at the End of Life Act*" (Patient Choice And Control at End of Life, 2013) y en 2015, California siguió con el *End*

of Life Option Act (End of Life Option Act, s.f.). Otros estados, como Colorado, el Distrito de Columbia y Hawái, han adoptado legislaciones similares, ampliando el alcance del modelo de Oregón.

El contexto legislativo de los Estados Unidos, marcado por un enfoque que reconoce la autonomía del paciente y establece criterios específicos para la práctica del suicidio asistido, encuentra un paralelo interesante en la historia de la regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en Australia. En 1995, el Territorio del Norte de Australia aprobó una legislación pionera que permitía la práctica de la muerte asistida. No obstante, dos años después, en 1997, el Gobierno Federal intervino con una normativa que derogó dicha legislación, limitando la posibilidad de que otros estados y territorios adoptaran medidas similares. Esta situación se mantuvo durante más de dos décadas, hasta que en 2017, el Parlamento del Estado de Victoria aprobó la Voluntary Assisted Dying Act, (Voluntary Assisted Dying Act, 2017) por parte del Parlamento del Estado de Victoria la cual entró en vigor en junio de 2019, estableciendo un marco legal para regular la práctica de la muerte asistida voluntaria.

La ley busca proporcionar una opción legal y controlada para que pacientes con enfermedades terminales o avanzadas accedan a la muerte asistida. Está diseñada para garantizar un proceso con salvaguardas estrictas que previenen abusos y protegen a personas vulnerables de decisiones impulsivas.

La normativa aplica a mayores de 18 años, residentes permanentes en Victoria, Australia. Los solicitantes deben tener una enfermedad incurable, avanzada y progresiva, con expectativa de vida menor a seis meses y sufrimiento intolerable. Quedan excluidas personas con enfermedades psíquicas primarias o discapacidades. A su vez es imprescindible que el diagnóstico sea confirmado por dos médicos, quienes también evalúan la capacidad mental del paciente mediante una revisión psicológica. La solicitud debe ser explícita, reiterada y certificada por testigos, tras haber sido informado el paciente sobre alternativas como los cuidados paliativos.

El proceso inicia con una solicitud al médico, quien puede aceptarla o rechazarla por objeción de conciencia en un plazo de siete días. Si acepta, se convierte en “médico coordinador” y verifica el cumplimiento de los requisitos legales. Un segundo médico revisa la solicitud y confirma los criterios. Si ambos la aprueban, el paciente debe reiterar su consentimiento al menos nueve días después.

La documentación se presenta ante el Voluntary Assisted Dying Review Board, que evalúa el cumplimiento legal, y se requiere autorización del Secretario del Departamento de Salud para proceder. La administración del medicamento letal puede ser autoadministrada o supervisada por el médico. La ley exige la publicación de datos sobre las solicitudes aprobadas y las características de los beneficiarios, garantizando transparencia.

VII.4. Bélgica

Por otro lado existen jurisdicciones que si han optado por regular la eutanasia activa. Entre estos países se encuentra Bélgica, que fue el pionero en Europa en admitir y legislar la Eutanasia el 28 de Mayo de 2002 a través de la "Ley de Eutanasia" (Loi Relative á l´euthanasie, 2002)

Lo relevante de esta ley son dos cuestiones. Por un lado la ley permite la eutanasia tanto para pacientes que sufren de enfermedades físicas como mentales, reconociendo que el sufrimiento psíquico puede ser tan insoportable y sin perspectiva de alivio como el físico. Y por otro lado, en febrero de 2014, Bélgica aprobó una legislación que extendió la legalización de la eutanasia para incluir a menores de edad. Este avance legislativo particularmente controvertido requiere que el menor tenga la capacidad de discernimiento, que comprenda plenamente las implicaciones de su decisión, y que el consentimiento sea otorgado por los padres o tutores. Este aspecto de la ley ha sido objeto de críticas masivas, tanto en Bélgica como a nivel internacional, debido a las complejidades éticas que plantea la eutanasia en menores, quienes podrían no tener la misma capacidad de juicio que los adultos.

La supervisión de la práctica de la eutanasia en Bélgica está a cargo de la Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia, un organismo responsable de garantizar la transparencia, la responsabilidad y el cumplimiento riguroso de la normativa. Este órgano no solo fiscaliza los procedimientos, sino que también recopila, analiza y publica datos relevantes, proporcionando información clave para que la población general comprenda el alcance y la aplicación de la ley.

La legislación belga establece procedimientos estrictos y criterios rigurosos para autorizar la práctica de la eutanasia, asegurando su adecuación legal. (Hospicare.com, s.f.) El paciente debe presentar una solicitud voluntaria, consciente y reiterada, ya sea oral o por escrito, manifestando su deseo de someterse al procedimiento. Este deseo debe basarse en un sufrimiento físico o psíquico grave e irreversible que no pueda ser aliviado

de manera aceptable. El médico tratante es responsable de realizar una evaluación inicial para determinar si se cumplen los requisitos legales, y si considera que son procedentes, consulta a un segundo médico independiente para obtener una segunda opinión. Una vez que ambos médicos han alcanzado un consenso favorable, el paciente debe otorgar su consentimiento formal por escrito. Cumplidas estas etapas, el procedimiento se lleva a cabo bajo estrictas normas establecidas, y cada paso del proceso es documentado de manera minuciosa para garantizar la transparencia y trazabilidad.

La Comisión Federal de Control y Evaluación recopila y publica periódicamente informes detallados sobre los casos reportados. Según el último informe disponible, correspondiente al año 2022, se documentó que durante el año 2021 se registraron 2,699 casos de eutanasia, lo que representa aproximadamente un 2,5% de todas las muertes ocurridas en el país durante ese período. Estos datos confirman una tendencia consolidada hacia la práctica de la eutanasia, particularmente entre las personas de 60 a 89 años. En 2018, el grupo etario predominante fue el de 80 a 89 años, que representó el 29,9% de los casos, seguido por el grupo de 60 a 79 años, con el 26,1%, y el grupo de 60 a 69 años, con el 19,9%. La incidencia de casos disminuye significativamente en personas más jóvenes, con 25 casos reportados en el grupo de 30 a 39 años, equivalente al 1,1%, y 14 casos en el grupo de 18 a 29 años, que representa el 0,6%. No se registraron casos en niños, niñas o adolescentes.

AÑO	CANTIDADES		DISTRIBUCIÓN X EDAD		DISTRIBUCION POR ENFERMEDAD	
	N°	%	Edades	%	Enfermedades	%
2021	2699	2.5%	>70	67.8%	Cáncer	62.8%
			>80	40.2%	Patologías Múltiples	17.7%
2022	2966	2.5%	>70	71%	Cáncer	60%
			>80	41%	Patologías Múltiples	19%
					Patologías Neurológicas	12%
2023	3423	3.1%	>70	71%	Cáncer	55%
			>80	42%	Patologías Múltiples	23%
			>40	1%	Patologías Neurológicas	10%
2024	3500	3.2%	>70	71%	Cáncer	55%
			>80	42%	ELA y Demencia	11.2%
			>40	1%	Patologías Crónicas	23%
					Psiquiátricas	1.4%

FUENTE: (ES.ZENIT.ORG, S.F.) (CIPERCHILE.CL, S.F.)

Un aspecto que emerge de estos datos es la prevalencia de la práctica en el entorno doméstico. Más de la mitad de las eutanasias se llevaron a cabo en el domicilio del paciente, esta posibilidad no solo respeta la voluntad del paciente, sino que también refuerza su control sobre las circunstancias de su muerte.

Entre las principales afecciones que fundamentan las solicitudes de eutanasia, el cáncer constituye el 70% de los casos, seguido de las enfermedades neurodegenerativas (20%) y las afecciones crónicas graves (10%). Las solicitudes vinculadas a trastornos mentales y cognitivos, incluyendo afecciones psiquiátricas y enfermedades como el Alzheimer, son mínimas, representando menos del 2% de los casos totales. Demográficamente, la mayor parte de los solicitantes tiene más de 65 años, con una ligera mayoría femenina (55%).

En términos de método, la inyección letal sigue siendo la técnica predominante, utilizada en el 90% de los casos. En cuanto a la distribución por edad, la mayoría de los solicitantes de eutanasia son mayores de 65 años, representando cerca del 80% de los casos. Los pacientes de entre 45 y 64 años constituyen aproximadamente el 15%, y aquellos menores de 45 años representan el 5% restante. Desde la reforma legislativa de 2014, que amplió la eutanasia a menores de edad, se registran menos de 10 casos anuales. En términos de género, las mujeres son quienes más solicitan la eutanasia, con un 55% de los casos, en comparación con el 45% de los hombres.

Por otro lado en diciembre de 2012, un estudio realizado por LEIF (Life End Information Forum) (Thienpont L , Verhofstadt M , Van Loon T , et al., 2015) muestra en aquellos casos donde el trastorno es psíquico muestra que la mayoría de los pacientes habían sido derivados para asesoramiento psiquiátrico por su médico. De los 100 casos estudiados, 90 pacientes tenían más de un trastorno; los diagnósticos más frecuentes fueron depresión y trastorno de personalidad. 38 pacientes necesitaron pruebas y/o tratamientos adicionales, incluyendo 13 específicamente evaluados para trastorno del espectro autista (TEA); 12 recibieron un diagnóstico de TEA (síndrome de Asperger). En total, 48 de las solicitudes de eutanasia fueron aceptadas y 35 se llevaron a cabo. De los 13 pacientes restantes cuyas solicitudes fueron aceptadas, 8 pospusieron o cancelaron el procedimiento, ya que simplemente tener esta opción les brindó suficiente paz mental para continuar viviendo. 43 pacientes habían fallecido, incluyendo 35 por eutanasia; los demás murieron por suicidio (6), sedación paliativa (1) y anorexia nerviosa (1). (Lieve thienpont, 2015) Entre los años 2018-2021 este número se mantuvo en alza aunque

ninguno llego a la treintena de personas. Los pacientes psiquiátricos que la llevaron a cabo fueron (24) y con trastornos cognitivos (26), una condición que debería hacer dudar de la capacidad de decisión de estas personas.

En cuanto a los costos, este procedimiento se encuentra cubierto por el sistema de salud pública, lo que asegura su accesibilidad para los ciudadanos del país, extendiéndose a los ciudadanos de la Unión Europea que poseen la Tarjeta Sanitaria Europea (TSE). La TSE garantiza el acceso a la atención médica en cualquier país miembro de la Unión Europea bajo las mismas condiciones que los ciudadanos locales, es decir que, los ciudadanos de otros Estados miembros que se trasladen a Bélgica pueden beneficiarse de la cobertura sanitaria en procedimientos médicos, incluida la eutanasia, siempre que cumplan con los estrictos requisitos legales establecidos por la normativa belga.

Para los ciudadanos no pertenecientes a la Unión Europea, la situación es diferente. Si bien Bélgica permite que personas extranjeras accedan a la eutanasia, los costos asociados recaen íntegramente sobre el solicitante. Estos costos incluyen la evaluación médica y psicológica, el proceso de consulta con varios profesionales de la salud, la documentación legal exigida y cualquier otro servicio necesario para garantizar que el procedimiento se lleve a cabo de acuerdo con los estándares éticos y legales. Esto puede representar una barrera para aquellas personas que no cuentan con cobertura médica y recursos económicos suficientes. (European Health Insurance Card (EHIC)., 2020).

VII.5. Colombia

En el ámbito latinoamericano, Colombia se posiciona como uno de los pocos países que regula la eutanasia, aunque su marco normativo se desarrolló a través de la vía jurisprudencial, en lugar de mediante legislación parlamentaria. Este avance tuvo como punto de partida la interpretación progresiva del derecho fundamental a la vida, consagrado en el artículo 11 de la Constitución Política de Colombia de 1991, que establece: *"El derecho a la vida es inviolable"* (Constitución Política De Colombia, Titulo II, capitulo I, s.f.) Sin embargo, la Corte Constitucional ha sostenido que este derecho no puede ser entendido como una obligación de vivir en condiciones que atenten contra la dignidad humana.

A partir de esta premisa, y mediante decisiones trascendentales como la Sentencia C-239 de 1997 (Corte Constitucional, 1997). Se modifica el Código Penal colombiano que con anterioridad a dicha sentencia tipificaba el homicidio por piedad como un delito,

con penas que iban de seis meses a tres años de prisión, reflejando una postura conservadora respecto al derecho a morir dignamente. La intervención de la Corte Constitucional en 1997 despenalizó esta práctica. El Fiscal General de la señaló que la pena más baja para este delito respondía a la necesidad de considerar la motivación altruista detrás de la eutanasia, afirmando que *"es un tratamiento desigual para una situación desigual, lo cual nos acerca más a la justicia que a su negación"* (Fiscal Gral de la Nación, 1991)

En esta misma línea, el presidente de la Corte, Antonio Barrera Coronell, sostuvo que *"el Estado no puede oponerse a la decisión del individuo que no desea seguir viviendo... El deber del Estado de proteger la vida no se traduce en la preservación de la vida solo como hecho biológico*" (Antonio Barrera Coronell, presidente de la corte constitucional de Colombia, 1997)(parr.3). No obstante, la sentencia T-970 de 2014 reveló vacíos legales ya que, pese a la despenalización, no existía un marco regulatorio detallado para su implementación. La Corte destacó que "*la falta de un protocolo claro y accesible puede llevar a situaciones en las que los derechos fundamentales de los pacientes no se respeten adecuadamente*" (Corte Constitucional de Colombia, 2014) (num.5.3) lo que motivó la creación de un protocolo específico por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

La Resolución 968 de 2013 (Ministerio de salud y proteccion social, 2013) (Departamento Administrativo de la funcion publica) del Ministerio de Salud y Protección Social estableció los requisitos para acceder a la eutanasia, como la naturaleza terminal de la enfermedad, el sufrimiento intolerable y la solicitud voluntaria del paciente, que debe ser evaluada por un comité interdisciplinario en un plazo máximo de 10 días.

En 2017, la "Sentencia T-544" amplió el alcance de la eutanasia, permitiendo que los menores de edad con capacidad de discernimiento también pudieran acceder a la práctica. La Corte sostuvo que "*la dignidad y el derecho a una muerte digna deben ser reconocidos incluso para aquellos que, por su condición de menores, pueden enfrentar circunstancias excepcionales que justifican una solicitud de eutanasia*" (Corte Constitucional de la República de Colombia, 2017).(numeral 4.2).

La Resolución 825 de 2018. (Ministerio de salud y seguridad social, 2018) reguló este procedimiento para menores, diferenciando entre niños de 6 a 12 años y adolescentes de 12 a 17 años, estableciendo que, en el caso de los adolescentes, la decisión del menor

puede prevalecer sobre la de los padres, siempre que se demuestre su capacidad de discernimiento.

En cuanto a los costos del procedimiento para los menores la resolución 825/18 determina que el mismo será cubierto por el Sistema General de Seguridad Social en Salud **(**SGSSS**)**, estableciendo que las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) autorizadas para llevar a cabo la eutanasia deben asumir los costos del procedimiento, y estos no pueden ser facturados al sistema de salud ni al paciente; buscando garantizar que la práctica para menores sea accesible sin generar una carga económica adicional para las familias afectadas.

Finalmente, la "Sentencia C-233 de 2021" eliminó el requisito de que la enfermedad del paciente sea terminal para acceder a la eutanasia, permitiendo la práctica en casos de sufrimiento intenso e insoportable, ya sea físico o psicológico. La Corte argumentó que "*el sufrimiento intenso e insoportable... constituye una base suficiente para solicitar la eutanasia"* (Corte Constitucional de Colombia, 2021). (parr.10).

Tras esta sentencia se emitió la Resolución 971 de 2021 (Ministerio de Salud y Seguridad Social, 2021)**;** la misma señala que toda solicitud debe ser voluntaria, informada, inequívoca y persistente. Esta puede realizarse de manera verbal, escrita o mediante un Documento de Voluntad Anticipada (DVA). Una vez presentada, la solicitud activa un procedimiento asistencial que incluye la evaluación de su validez y el cumplimiento de los criterios exigidos por la normatividad, como la existencia de una enfermedad terminal o un sufrimiento intolerable que no pueda ser mitigado por tratamientos razonables.

Estas evaluaciones recaen en un Comité Científico-Interdisciplinario, compuesto por un médico especialista, un abogado y un psiquiatra o psicólogo clínico, quienes deben emitir un comunicado en un plazo máximo de diez días calendario. Si la solicitud es aprobada, el procedimiento debe ser programado en una fecha indicada por el paciente, con un límite de quince días calendario. La gratuidad del procedimiento es obligatoria, asegurando que no se impongan barreras económicas al ejercicio de este derecho.

En relación con resoluciones anteriores, la Resolución 971 de 2021 unifica y expande el marco normativo previo. Si bien la Resolución 825 carecía de un sistema de reporte centralizado y de procedimientos estandarizados que garantizaran una supervisión efectiva La Resolución 971 supera estas limitaciones al consolidar en un único cuerpo

normativo todos los procedimientos aplicables y al introducir un protocolo uniforme que asegura el cumplimiento de estándares mínimos en todo el territorio nacional brindando de este modo, mayor seguridad jurídica, y fortaleciendo la protección de los derechos fundamentales de los pacientes al proporcionar claridad y uniformidad en la aplicación de la normativa.

Es necesario en este punto tener en cuenta las cifras de eutanasia. Este análisis revela una compleja interacción entre la normativa legal, el sistema de salud y las realidades socioculturales del país.

En cuanto a las cifras y datos, desde el surgimiento del derecho a morir dignamente a través de la eutanasia en 1997 con la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la información estuvo sumergida en la oscuridad. Ningún dato sobre los procedimientos fue recolectado y no existió ni la obligación ni el interés por parte del Sistema de Salud de hacerlo. Esa situación cambio recién a partir del 2015, cuando mediante la Resolución 1216/15 (Ministerio de salud y seguridad social, 2015) se crea un mecanismo de registro eficaz desde el momento que se la solicita y no solo para los casos efectivos.

Desde la legalización de la eutanasia en 1997 y especialmente a partir de 2015, el número de procedimientos ha experimentado un incremento importante, con cifras que reflejan un crecimiento exponencial.

Este notable crecimiento en el número de procedimientos puede interpretarse como un indicio de una mayor aceptación social y una demanda creciente por esta opción como una forma legítima de terminar con la vida en condiciones de sufrimiento extremo, aunque de las 829 solicitadas en el año 2023 solo se llevaron a cabo el 32% de ellas. (Desclab: eutanasia en colobia cifras y estadistitcas, 2023).

AÑO	CANTIDAD TOTAL	CANTIDAD POR DIAGNOSTICO		
		Cáncer	Otro	Detalle
2015	4	3	1	ELA
2016	7	6	1	ELA
2017	17	14	2	ELA
2018	24	23	1	ELA
2019	44	37	4	ELA
2020	34	32	3	ELA, Falla Cardiaca e insuficiencia renal
2021	95	77	15	MS, Parkinson, Ataxia, Lesión de medula espinal, enfermedad cerebro vascular

2022	181	67	114	HIV, trastorno depresivo
2023	271	252	19	Cáncer terminal y enfermedades neurodegenerativas

FUENTE: DESCLAB: EUTANASIA EN COLOBIA CIFRAS Y ESTADISTITCAS, 2023 (LUCAS CORREA PARA DESCLAB, 2024)

El aumento en la práctica de la eutanasia en Colombia debe ser contextualizado dentro del marco de las reformas al sistema de salud, particularmente desde la reforma de 1993, que buscaba garantizar una cobertura universal en salud. Sin embargo, este modelo permitió la entrada de grandes corporaciones al mercado de la salud, lo que ha resultado en una serie de críticas relacionadas con la ineficiencia del sistema y la falta de acceso equitativo a servicios médicos de calidad (Ardila Sierra, citado por Eduardo Díaz-Amado). Las deficiencias estructurales del sistema, como la atención médica inadecuada, la falta de acceso a medicamentos esenciales y la dificultad de obtener cuidados oportunos, son recurrentes y reflejan limitaciones graves en la cobertura y calidad del sistema.

A pesar de los avances jurídicos en el reconocimiento del derecho a morir con dignidad, el contexto del sistema de salud colombiano genera tensiones estructurales que afectan la viabilidad de la eutanasia como una práctica accesible para todos. Las principales barreras identificadas son la ineficiencia y el acceso limitado a los servicios de salud, lo que complica la disponibilidad de los medicamentos y los cuidados adecuados para garantizar la calidad del procedimiento de eutanasia. Esto genera una inequidad, donde ciertos sectores de la población, debido a limitaciones económicas y sociales, no pueden acceder a esta como una opción digna, sino como un privilegio para quienes tienen los medios para superar las deficiencias del sistema.

Además, persisten problemas estructurales en el sistema de salud, como la falta de recursos, la insuficiencia en la atención y la carencia de infraestructura, que dificultan la implementación efectiva de la eutanasia.

Según el informe de Desclab (Desclab: eutanasia en colobia cifras y estadistitcas, 2023), estas deficiencias reflejan una contradicción: mientras la eutanasia avanza en términos normativos y en número de casos, el sistema de salud sigue enfrentando dificultades que comprometen la calidad de la atención médica en general.

Por otro lado, la aceptación de la eutanasia también se ve influida por factores culturales y sociales. En muchas comunidades, existen creencias tradicionales que

vinculan la eutanasia con valores religiosos y sociales incompatibles con su práctica, lo que genera estigmas y dificulta su aceptación dentro de la sociedad y el sistema de salud.

Este escenario pone de manifiesto una paradoja: aunque Colombia ha logrado establecer un marco normativo para regular la eutanasia, el sistema de salud enfrenta dificultades fundamentales que afectan no solo la eutanasia, sino también otros aspectos relacionados con la atención integral de la salud. Así, surge una tensión entre el derecho a morir con dignidad y el derecho a recibir atención médica adecuada, dado que la dignidad asociada a la eutanasia no puede desvincularse de la calidad del cuidado que el sistema de salud debe garantizar durante toda la vida del paciente.

Por lo tanto, el análisis de la eutanasia en Colombia debe ir más allá del marco normativo y de las estadísticas, y considerar las barreras estructurales que impactan su implementación. La pregunta que uno se plantea entonces es, si un Estado puede garantizar un servicio de eutanasia de calidad mientras permite la persistencia de un sistema de salud ineficiente e inhumano, que deja a muchos pacientes desprotegidos (Eutanasia en Colombia: cifras y estadísticas, 2023). En este sentido, el análisis debe considerar no solo el incremento en los casos de eutanasia, sino también cómo estos números revelan tensiones y desafíos subyacentes en el sistema de salud colombiano, que impactan la percepción y efectividad de la eutanasia como una opción digna y accesible.

VII.6. Países Bajos

Otro de los países en aprobar la ley de interrupción de la vida a petición y ayuda al suicidio (Wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, 2002), el 1ero de abril de 2001, fueron los Países Bajos. Ley, cuya entrada en vigor fue a partir de abril de 2002, con 154 votos a favor y 40 en contra, lo que marcó la formalización de la práctica.

Antes de la promulgación de la ley de 2001, la eutanasia en los Países Bajos ya era una práctica tolerada desde hacía casi 30 años, aunque no estaba formalmente legalizada. La tolerancia hacia la práctica se desarrolló gradualmente a través de decisiones judiciales que, aunque no la permitían explícitamente, crearon un marco de criterios bajo los cuales los médicos podían practicarla sin enfrentar sanciones penales.

Hasta la década de 1960, la eutanasia apenas fue objeto de discusión en los Países Bajos, a pesar de que desde 1886 estaba tipificada como delito en el Código Penal, sin que se produjeran procesos judiciales relevantes hasta 1944. En ese año, el Tribunal

Supremo abordó el tema, limitándose a establecer la necesidad de una debida fundamentación por parte de los tribunales penales.

En 1952, el caso del médico de Eindhoven se convirtió en un punto de inflexión, quien, tras las solicitudes de su hermano enfermo, administró dosis letales de cordinovo y morfina. A pesar de que el médico defendió su actuación por motivos de conciencia, el tribunal no admitió impunidad, imponiéndole una pena de un año de prisión en suspenso. (Buijsen, 2024, pág. 1.1)

En la década de 1960, influenciados por el movimiento por los derechos de los pacientes, así como por procesos sociales como la secularización y el individualismo, surgió una nueva percepción sobre la relación médico-paciente. Se cuestionó la obligación incondicional del médico de preservar la vida, y figuras como Jan Hendrik van den Berg defendieron que los médicos podrían tener un derecho moral para intervenir en la terminación de la vida de los pacientes, abriendo un debate público sobre la eutanasia

En 1973, el caso Postma supuso un avance en este ámbito, ya que por primera vez se evaluó la posibilidad de impunidad para la eutanasia a petición del paciente. En este caso, la médica Postma administró una dosis letal a su madre, quien no padecía una enfermedad incurable, sino que sufría de una condición psicológica. Aunque la médica fue condenada a un año de prisión en suspenso, el tribunal introdujo los primeros criterios para determinar cuándo una eutanasia podría ser considerada no punible, tales como la enfermedad incurable, el sufrimiento insoportable, la solicitud escrita del paciente y la intervención de un médico. (Haarlem., 1973)

El caso Wertheim de 1981, que implicó la asistencia al suicidio de una mujer que erróneamente creía padecer cáncer, amplió el debate sobre la eutanasia, aunque el tribunal no aceptó la defensa de estado de necesidad presentada por la activista pro eutanasia. La condena de seis meses de prisión en suspenso fue un reflejo de la evolución en la percepción y la necesidad de evaluar estos casos a través del Ministerio Público. (Tribunal de Distrito o Tribunal Superior. 1981.)

Un año después, en 1984, el caso Schoonheim dio lugar a una evolución importante en la política sobre la eutanasia en los Países Bajos. En este caso, un médico cumplió la solicitud de eutanasia de una paciente de 95 años. La sentencia de la Corte Suprema que siguió al fallo de apelación sentó las bases para la elaboración de criterios claros para la práctica de la eutanasia, entre los que destacaban la necesidad de que la

solicitud fuera voluntaria, reflexionada y fundamentada en un sufrimiento intolerable. (Hoge Raad, 1984)

La Corte Suprema destacó que un médico puede invocar la fuerza mayor en casos excepcionales si ha evaluado adecuadamente la situación, actuando dentro de los márgenes de la ética profesional y justificado su decisión en función de las circunstancias. Además, se estableció que la práctica de la eutanasia debe ir acompañada de una consulta con otro profesional y de la transparencia en la certificación de la defunción, rechazando la ocultación de la causa real de la muerte como una medida contraria a los principios éticos.

Una semana antes de este fallo, la Asociación Médica de los Países Bajos, en el marco de la asamblea general abordó la cuestión y propuso establecer criterios de diligencia debida para disipar la incertidumbre legal entre los médicos que contemplaban llevar a cabo dicha práctica. Según estos lineamientos, la solicitud del paciente debía ser voluntaria, bien reflexionada y sostenida en el tiempo. Además, debía estar fundamentada en un sufrimiento intolerable, y el médico responsable tenía la obligación de consultar a un colega con experiencia antes de proceder. Asimismo, la junta rechazó rotundamente la práctica de registrar casos de eutanasia como muertes naturales, argumentando que no reportar con precisión los certificados de defunción contradice los principios éticos de la profesión médica y compromete la transparencia necesaria en este ámbito. Consideraban, además, que ocultar la causa real de la muerte agudizaría las tensiones existentes entre la legislación y la práctica médica.

Esta postura fue respaldada por la jurisprudencia neerlandesa, como en el caso Rademaker de 1987, donde la Corte Suprema dictaminó que la eutanasia debía considerarse siempre como una causa de muerte no natural, incluso cuando el fallecimiento era inminente debido a causas naturales.

El presidente de la KNMG concluyó el debate reafirmando que la intención de la junta no era adoptar una posición moral frente a la eutanasia, sino proporcionar orientación a los profesionales médicos individuales que enfrentaran decisiones sobre su práctica.

La creciente demanda por una regulación específica culminó en la década de 1990, cuando el gobierno holandés decidió realizar una encuesta confidencial a gran escala entre profesionales de la salud para obtener una visión clara sobre cómo se tomaban las decisiones al final de la vida. Es por ello que se estableció un comité con el propósito de

investigar y analizar la práctica de la eutanasia en el país. El resultado de este trabajo fue el conocido "Informe Remmelink", nombrado de este modo por quien lo llevaría a cabo, Adrian Ramelik, fiscal general, que reveló que el 2,7% de las muertes ocurridas ese año, aproximadamente 3.700 fallecimientos, se atribuyeron a alguna forma de eutanasia

	Porcentaje sobre el total de muertes	
AÑO	**1990**	**1995**
Eutanasia	1.8%	2.4%
Suicidio asistido por médicos	0.3%	0.3%
Actos que conllevan a la muerte sin la solicitud específica del paciente	0.8%	0.7%
Utilización de drogas que hubieran acortado la vida	17.5%	17.5%

Fuente: (Medina, 2022)

En 1995, un nuevo informe reveló que las muertes por eutanasia involuntaria representaban el 0,7% del total en los Países Bajos. En contraste, en 1996, Australia —donde la eutanasia aún no estaba legalizada— registró un 3,5% de fallecimientos en los que los médicos llevaron a cabo prácticas de este tipo sin el consentimiento expreso del paciente. Este dato fue interpretado por muchos como una evidencia de que la regulación de la eutanasia contribuye a prevenir abusos.

En 1993, los Países Bajos adoptaron un marco normativo para regular la eutanasia, con su implementación en junio de 1994. A pesar de que la eutanasia y la asistencia al suicidio seguían siendo delitos tipificados en el Código Penal, la nueva legislación eximió a los médicos que cumplieran con los requisitos establecidos de responsabilidad penal, lo que generó controversias en su aplicación desde el inicio. Un caso emblemático fue el del psiquiatra Chabot, acusado de asistir en el suicidio de una paciente con depresión profunda, sin un diagnóstico físico o psiquiátrico. Aunque los tribunales inferiores aceptaron la apelación por fuerza mayor, la Corte Suprema lo declaró culpable por no realizar un examen directo de la paciente y no descartar alternativas de tratamiento. Este fallo subrayó la necesidad de un escrutinio riguroso cuando el sufrimiento psiquiátrico es la causa. (The BMJ, 1994, p. 7.2)

En el caso Brongersma, un exsenador de 86 años, que padecía deterioro físico y un profundo sentimiento de inutilidad, solicitó la eutanasia. La Corte Suprema concluyó que solo el sufrimiento asociado con enfermedades o trastornos médicos puede justificar la eutanasia, revocando parcialmente el fallo previo del caso Chabot. Este fallo clarificó los límites médicos para la eutanasia en contextos de "fatiga de la vida" sin un diagnóstico clínico (Kraaijeveld & Dees, 2022, p. 1)

A lo largo del tiempo, los tribunales también abordaron la eutanasia en personas que no podían expresar su consentimiento. En 1993, se produjo el primer caso de eutanasia en un recién nacido, una niña de tres días con lesiones cerebrales y medulares. Este caso marcó un hito en la jurisprudencia sobre la eutanasia en menores con defectos congénitos.

En respuesta a las deficiencias observadas, el gobierno presentó reformas en 1997, enfocadas en el desarrollo de cuidados paliativos y en la modificación del procedimiento de comunicación para distinguir entre casos con y sin petición explícita. En 1999, se presentó un proyecto de ley para eximir de responsabilidad penal a los médicos que cumplieran con los requisitos legales de la eutanasia, pero fue retirado tras críticas, especialmente por la inclusión de adolescentes de 12 a 16 años sin el consentimiento de los padres.

La Ley de Interrupción de la Vida Mediando Solicitud y Ayuda al Suicidio, promulgada en 2002, introdujo cambios sustanciales en la legislación. Esta ley modificó los artículos 293 y 294 del Código Penal, (Código Penal) estableciendo una justificación para los médicos que practiquen la eutanasia bajo estrictos criterios de diligencia. Los médicos que cumplieran con los requisitos legales no serían sancionados.

La Ley sobre Requisitos de Cuidado y Esmero Profesional de los Países Bajos establece criterios específicos para la práctica de la eutanasia, orientados a asegurar la decisión responsable y ética por parte del médico. Según el artículo 2 de esta ley, se requiere que la solicitud del paciente sea voluntaria, reflexionada y basada en un sufrimiento insoportable e irreversible. Además, se exige que el paciente haya sido informado sobre su diagnóstico y opciones disponibles, y que se consulte con un médico independiente, quien debe emitir un dictamen escrito sobre el cumplimiento de los criterios legales. (Wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, 2002)

Un componente clave de la legislación son los comités regionales, que supervisan los casos de eutanasia. Estos comités, integrados por un jurista, un médico y un experto en ética, verifican si los procedimientos realizados cumplen con los criterios establecidos. Si no se detectan irregularidades, el caso se cierra; de lo contrario, es remitido al Ministerio Fiscal. Existen cinco comités regionales en los Países Bajos que publican anualmente informes detallados sobre los casos revisados, lo que garantiza la

transparencia y fomenta una práctica ética. (Wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, 2002)

Aunque la Ley de Eutanasia de los Países Bajos es de las más permisivas a nivel mundial, incorpora salvaguardas para evitar abusos y proteger a las personas vulnerables. Solo los médicos están autorizados a realizar eutanasia, bajo estrictos criterios de diligencia. Esto excluye a otros profesionales o individuos no capacitados, reduciendo el riesgo de prácticas imprudentes. La ley también establece que la eutanasia no puede realizarse en menores de 12 años. Entre los 12 y 16 años, se requiere el consentimiento de los padres, y entre los 16 y 18 años, el médico debe informar a los padres, aunque no es necesario su consentimiento. Estas disposiciones aseguran una protección adecuada para los menores, tomando en cuenta su capacidad progresiva de decisión

Una salvaguarda adicional es la consulta con un segundo médico independiente, quien verifica el cumplimiento de los criterios antes de proceder con la eutanasia. Este control adicional refuerza la responsabilidad ética y legal en la práctica.

En cuanto a las estadísticas, en 2022, los comités de revisión recibieron un total de 8.720 notificaciones de eutanasia, representando el 5,1% de las muertes en el país (169.938). De estos, la mayoría fueron de terminación de vida a solicitud (97,4%) y suicidio asistido (2,1%). Los diagnósticos más comunes fueron cáncer incurable (57,8%), trastornos neurológicos (7%) y trastornos cardiovasculares (4,1%). En ese año, se destacó un aumento en los casos de pacientes con demencia (282 en etapas tempranas) y un notable incremento en los casos de trastornos psiquiátricos (115 casos).

En 2023, las muertes por eutanasia aumentaron a 9.068 casos, lo que representó el 5,4% de las muertes totales. Se observó un aumento del 20% en los casos de eutanasia por motivos psicológicos, con 138 casos reportados, reflejando una tendencia creciente de solicitudes relacionadas con enfermedades mentales (Comisión de Eutanasia de los Países bajos, 2023)

AÑOS	CANTIDADES		MOTIVOS	
2002 A 2005	1800 a 3000	2 a 2.5%	Cáncer	95%
			Otros	5%
2006 A 2015	Aprox 5000	3 a 4%	Cáncer	80%
			ELA	15%
			Trastornos Psiquiatricos	5%
2016 A 2020	Mas de 10000	4.5 a 5%	Cancer	60%
			Trastornos Neuronales (Parkinsons, ELA, Alzheimer)	25%

			Trastornos Psiquiatricos	5%
2022 A 2023	8720 (2022)	5% a 5.4%	Cancer	58%
			Trastornos neuronales	15%
			Trastornos psiquiátricos	10%
	9068 (2023)		Demencia	5%
			Síndrome Geriátrico	4.3%

FUENTE: **(COMISIÓN DE EUTANASIA DE LOS PAÍSES BAJOS, 2023) (FSSPX NEWS., 2023) (SCIELO. , 2022)**

VII. 7. Luxemburgo

En cuanto a la legislación en Luxemburgo la discusión fue influenciada por la legislación de la práctica en los países vecinos como Bélgica y países bajos. Dichos precedentes, si bien indirectos, contribuyeron a la configuración de un contexto social favorable para el cambio legislativo, que se materializó en la ley de 2009 con la ley del 16 de marzo de 2009, que regula la eutanasia y el suicidio asistido en la legislación del Gran Ducado, y esta constituye la primera normativa que aborda de manera específica la práctica de la eutanasia en el país.

El procedimiento legislativo en Luxemburgo constituye una expresión de las características esenciales de su sistema democrático parlamentario y monarquía constitucional. Este marco institucional, regulado por la Constitución del Gran Ducado, no solo establece la distribución de competencias entre el Gran Duque y la Cámara de Diputados, sino que también refleja el tradicionalismo que define al país. Comprender este proceso es fundamental para analizar los desafíos que han surgido al intentar legislar sobre cuestiones éticamente sensibles, como la eutanasia, el matrimonio igualitario y otras temáticas sensibles.

En un contexto marcado por una arraigada tradición conservadora, las deliberaciones legislativas en torno a estos temas evidencian tensiones entre las posturas más progresistas y los valores tradicionales que han caracterizado históricamente al sistema jurídico y político de Luxemburgo.

Según los artículos 34 y 46 de la Constitución del Gran Ducado (Constitucion del gran ducado, s.f.), el poder legislativo reside de forma compartida entre el Parlamento unicameral y el Gran Duque. En este sistema, la iniciativa legislativa puede emanar tanto del Gobierno como de los miembros del Parlamento. En el caso específico de la ley sobre eutanasia, la propuesta legislativa fue presentada como una iniciativa parlamentaria. Una vez introducido el proyecto de ley, se somete a un proceso de debate preliminar en la

Cámara de Diputados, seguido de un análisis detallado en comisiones, que involucra la consulta con expertos, profesionales de la salud, representantes de la sociedad civil y otros actores relevantes.

El proceso legislativo, conforme al artículo 59 de la Constitución, establece que un proyecto de ley debe ser aprobado en dos votaciones por la Cámara de Diputados, con un intervalo mínimo de tres meses entre ambas, salvo que, por acuerdo con el Consejo de Estado, se disponga lo contrario. Una vez superado este paso, el proyecto debe ser sancionado y promulgado por el Gran Duque, lo cual da lugar a su publicación en el Memorial, el Diario Oficial del Gran Ducado, y su entrada en vigor. Sin embargo, en el caso de la Ley sobre la eutanasia, el proceso fue objeto de una controversia constitucional debido a la objeción de conciencia del Gran Duque.

A pesar de su rol predominantemente ceremonial, el Gran Duque posee la facultad constitucional de sancionar las leyes aprobadas por el Parlamento. Esta prerrogativa fue ejercida por el Gran Duque en el caso de la ley sobre eutanasia, quien manifestó su negativa a sancionar la ley, argumentando que, por razones de conciencia, no podía aprobar una legislación que permitiera la eutanasia, dado su principio personal sobre la inviolabilidad de la vida humana. Este rechazo planteó un dilema de naturaleza constitucional y política, dado que contradecía la voluntad expresada por el Parlamento, lo cual generó una crisis institucional.

Para abordar esta situación, el Primer Ministro solicitó la modificación de la Constitución, con el objetivo de reformar el papel del Gran Duque en el proceso legislativo. Esta modificación, adoptada en primera votación el 11 de diciembre de 2008, limitó las facultades del Gran Duque, restringiendo su rol a la mera promulgación de las leyes, sin la posibilidad de vetarlas por razones personales o morales. En virtud de esta reforma, el Gran Duque quedó despojado de su facultad de sancionar las leyes, y el proceso legislativo se ajustó a una lógica de mayor alineación con los principios democráticos, garantizando que las decisiones del Parlamento no estuvieran sujetas a la voluntad individual del jefe de Estado.

El ajuste constitucional realizado en 2008 resultó determinante para la promulgación de la Ley del 16 de marzo de 2009, siendo de esta manera en la que Luxemburgo se convertía en el tercer país de la Unión Europea en despenalizar, la práctica eutanásica y la ayuda al suicidio. En este sentido, la reforma constitucional no solo resolvió la crisis política inmediata, sino que también subrayó la necesidad de garantizar

que el marco legislativo respondiera a las transformaciones éticas y sociales contemporáneas, sin menoscabar los principios fundamentales del Estado de Derecho. (Sánchez, 2008, pág. 121:149).

La Ley del 16 de marzo de 2009 sobre la eutanasia y el suicidio asistido (Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide., 2009) define la eutanasia como un "*procedimiento médico mediante el cual un médico termina intencionalmente la vida de otra persona a petición expresa y voluntaria de esta última".* Por su parte el suicidio asistido consiste en "*hecho que un médico ayude intencionalmente a otra persona a cometer suicidio, o proporcione a ésta los medios para ese fin, bajo la solicitud expresa y voluntaria de ésta".* En ambos casos el fin último, es dar muerte o ayudar a dar muerte a una persona con una enfermedad incurable, para acortar su sufrimiento y período de agonía

La ley detalla las condiciones que deben cumplirse para que una solicitud de eutanasia o suicidio asistido sea legalmente válida. En primer lugar, el paciente debe ser adulto, consciente y capaz en el momento de realizar la solicitud. Además, la solicitud debe ser voluntaria, libre de presiones externas y reiterada. El paciente debe estar en una situación médica desesperada, con un sufrimiento físico o psicológico constante e insoportable, sin perspectivas de mejora, debido a una enfermedad o accidente. Asimismo, la solicitud debe ser escrita. La normativa también establece que el médico no podrá ser sancionado penalmente ni enfrentarse a demandas civiles por daños y perjuicios, siempre que se cumplan estos requisitos

Además, la ley estipula una serie de pasos que deben seguir los médicos cuando reciben una solicitud. Entre estos, se destaca la obligación de proporcionar al paciente información sobre su condición de salud, de garantizar que el sufrimiento físico o psicológico del paciente persista, y de asegurar que su voluntad sea reiterada. El médico debe consultar con otro profesional sobre la situación clínica del paciente y discutir la solicitud con el equipo de salud, así como con la persona de confianza designada por el paciente en sus directrices anticipadas. Si fuera necesario, también debe consultar a la Comisión Nacional de Monitoreo y Evaluación. Además, la solicitud del paciente debe ser registrada por escrito en la historia clínica, y puede ser revocada en cualquier momento, lo que obligaría a eliminar el registro de la historia clínica.

La ley también regula las directrices anticipadas, que son disposiciones que los pacientes pueden dejar sobre su final de vida, estableciendo la obligación de que el

médico que practique la eutanasia o suicidio asistido registre la acción en un plazo de ocho días ante la Comisión Nacional de Control y Evaluación. Esta comisión tiene la función de garantizar la correcta aplicación de la ley, realizando varias tareas, como la elaboración de formularios que los médicos deben completar cada vez que se lleva a cabo una eutanasia o suicidio asistido. Además, emite informes bianuales para la Cámara de Diputados sobre la implementación de la ley y, en su caso, puede hacer recomendaciones. La comisión también informa al médico sobre el cumplimiento de las disposiciones necesarias para llevar a cabo los procedimientos.

En el análisis de los datos sobre eutanasia de 2009 a 2022, se observa una tendencia variable en cuanto al número de casos, las causas y la proporción de demandas directas. En 2009, se registraron 19 casos, con una predominancia de cáncer (84,21%) y una alta proporción de solicitudes directas (94,74%). En años posteriores, el número de casos fluctuó, alcanzando su pico en 2019 con 25 eutanasias, representando un aumento considerable respecto a años previos.

El cáncer fue la principal causa a lo largo de los años, con variaciones en los porcentajes de enfermedades neurodegenerativas, neurovasculares y "otras enfermedades", siendo estas últimas poco representadas. En 2012, la proporción de demandas directas aumentó al 100%, y esta tendencia se mantuvo en años sucesivos, alcanzando un máximo de 100% en 2021 y 2022.

En cuanto a la evolución de los casos en Luxemburgo, los datos reflejan un aumento progresivo, destacando un incremento notable de 8 casos en 2018 a 25 en 2020, con un total acumulado de 112 casos entre 2009 y 2020. La mayoría de los casos implicaron la administración de eutanasia mediante inyección letal, aunque también se documentaron casos de suicidio asistido.

Cabe destacar el caso aprobado en 2020 de un hombre de 96 años que, basado en precedentes belgas, recibió eutanasia por sufrimiento existencial combinado con pluripatología. Este caso resalta la posibilidad de aplicar la eutanasia en situaciones de sufrimiento no solo físico o psicológico, sino también existencial.

Dicho análisis evidencia una evolución en las solicitudes de eutanasia, con un aumento progresivo de los casos, una constante predominancia del cáncer como causa principal y la inclusión de casos de sufrimiento existencial. La proporción de demandas

directas se mantuvo mayoritariamente alta, reflejando una tendencia de mayor autonomía del paciente en la solicitud de esta práctica.

AÑO	DEMANDA TOTAL	EUTANASIA	DISPOSICIONES DEL FINAL DE LA VIDA	ASISTENCIA AL SUICIDIO
2009	19	18	1	-
2012	15	8	-	-
2013	17	7	-	1
2014	11	8	-	-
2015	10	10	-	1
2016	16	11	-	-
2017	23	8	5	2
2018	19	16	4	1
2019	29	25	10	5
2020	155	24	-	5
2021	34	25	10	-
2022	34	34	-	5
FUENTE: (RAPPORT-LOI-EUTHANASIE-2021-2022, 2022)				

La ley luxemburguesa establece que para solicitar la eutanasia, el paciente debe padecer un sufrimiento insoportable e irremediable, lo que se evalúa de manera subjetiva, teniendo en cuenta tanto sufrimiento físico como mental. El informe destaca que este sufrimiento es descrito como constante, insoportable y sin perspectivas de mejora, siendo la evaluación dependiente de la personalidad del paciente y sus valores.

La Comisión Nacional de Control y Evaluación ha propuesto la formación de los profesionales de la salud en eutanasia, similar a las prácticas en Bélgica y los Países Bajos, y la creación de un servicio especializado, además de sugerir que las farmacias dispongan de kits de eutanasia. Si bien los médicos tienen derecho a negarse a participar, la libertad de conciencia se considera una libertad individual, no institucional, lo que implica que los hospitales no pueden impedir que un médico realice eutanasia si se cumplen las condiciones legales.

En las residencias de mayores, se destaca que los pacientes con enfermedades graves e incurables deben conocer si la institución practica eutanasia o suicidio asistido antes de firmar su contrato de alojamiento. De no ser así, la institución no puede rechazar la solicitud de un usuario para llevar a cabo estas prácticas.

La ley también permite la eutanasia de personas inconscientes si existe una directiva anticipada escrita registrada en la Comisión. Aunque 3.981 personas han

completado directivas anticipadas, solo se ha cumplido una en 2011. En este caso, no es necesario el sufrimiento, sino que basta con una condición grave e incurable.

Finalmente, la ley apoya la eutanasia en condiciones psiquiátricas, aunque aún no se ha registrado ningún caso. Asimismo, la Comisión considera que el debate sobre la posibilidad de ampliar la ley para incluir a menores no debe ser considerado un tabú.

En cuanto al costo del procedimiento, este está cubierto por el sistema de salud público-privado de Luxemburgo. Además, se ha desarrollado un permiso remunerado denominado "licencia de acompañamiento", que permite a los empleados y trabajadores autónomos tomar un permiso de hasta cinco días para acompañar a un familiar en la etapa terminal de una enfermedad grave. Esta licencia se extiende a familiares de primer grado o cónyuges (rapport-loi-euthanasie-2021-2022, 2022)

Según el presidente de la asociación "Maï Wëllen, Maï Wee", que promueve el derecho a morir con dignidad, la baja cifra de casos se debe a la falta de información tanto entre la población como entre los profesionales de la salud. Esta situación se agrava por la persistencia del tabú en torno a la muerte, lo que ha dificultado una mayor aplicación de la ley en el país (The Luxembourg Right to Die Society Mäi Wëllen, 2023)

VII.8. Canadá

Por otra parte la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido en Canadá fue consolidado con la promulgación de la Ley C-14 en 2016 (Goverment of Cánada, 2016), conocida como "medical assistance on Dying", "aide médicale à mourir" o "Ley de Asistencia Médica para Morir".

Históricamente, el Código Penal canadiense adoptó una postura estricta frente a cualquier forma de intervención destinada a terminar con la vida de una persona, incluso con su consentimiento. El artículo 14 del Criminal Code canadiense establecía: "*Ninguna persona puede consentir válidamente que se le cause la muerte, y dicho consentimiento no exime de responsabilidad penal a quien causare la muerte de otra persona*". Asimismo, el inciso b) del artículo 241 disponía que: "*Toda persona que instigue o asista a otra a cometer suicidio será culpable de un delito punible con prisión de hasta catorce años, independientemente de si el suicidio efectivamente se consuma*".

Estas disposiciones reflejaban una visión centrada en la protección de la vida como un bien jurídico supremo, especialmente frente a personas vulnerables. Sin embargo, la evolución del pensamiento jurídico y los avances en materia de derechos

fundamentales promovieron una revisión de estas restricciones. La Carta Canadiense de Derechos y Libertades de 1982 desempeñó un papel determinante en este cambio, al consagrar derechos fundamentales relacionados con la autonomía individual y la protección frente a restricciones arbitrarias. El artículo 7 establece que "*Toda persona tiene derecho a la vida, la libertad y la seguridad de su persona, y no podrá ser privada de estos derechos sino en conformidad con los principios de justicia fundamental*". Por su parte, el artículo 15 garantiza que "*Toda persona es igual ante la ley y tiene derecho a la misma protección y beneficio de la ley sin discriminación*".

El camino hacia la promulgación de la Ley C-14 comenzó con debates y desafíos legales que reflejaban tensiones entre los derechos individuales y la protección colectiva. El primer gran desafío a la prohibición penal se presentó en 1992 con el caso de Sue Rodríguez, (Sean Murphy) (2024) (Parr.4) una mujer diagnosticada con esclerosis lateral amiotrófica (ELA). Rodríguez solicitó la posibilidad de acceder a un suicidio asistido, argumentando que las disposiciones del Código Penal violaban su derecho a la vida, libertad y seguridad garantizados por la Carta. Aunque el Tribunal Supremo rechazó su solicitud en una decisión dividida, este caso marcó el inicio de un debate nacional sobre el derecho a morir con dignidad. En sus argumentos, Rodríguez expresó: "*Si no puedo decidir sobre cómo y cuándo terminar mi vida, entonces ¿en qué consiste realmente mi libertad?*". Sin embargo, la eutanasia pasiva sí que estaba legalizada y no resultaba penalmente relevante de acuerdo con la jurisprudencia de los tribunales canadienses. Se ofrecía como opción para los enfermos terminales y los ancianos, junto con los cuidados paliativos, la orden de no reanimación, el rechazo a recibir alimentación o tratamiento o la sedación terminal. (Sánchez Barroso, 2019. Pag135)

En 2014, la Asamblea Nacional de la Provincia de Quebec aprobó la Ley sobre cuidados al final de la vida, regulando los cuidados paliativos y algunos supuestos de eutanasia activa llevada a cabo por personal médico. Por otro lado, el Tribunal Supremo decidió revisar la jurisprudencia creada en torno a la nulidad del consentimiento sobre la propia muerte con ocasión del caso Carter. La decisión en este caso, a diferencia del caso Sue Rodríguez, fue que el objetivo de la regulación de la eutanasia en el Código Penal de proteger la vida de los más vulnerables era desproporcionado para con los pacientes con capacidad de dar consentimiento completo, informado y voluntario sobre el deseo de terminar con su vida. Igualmente, interfería con el derecho personal de autodeterminación

y libertad de toma de decisiones vitales, y como consecuencia, era una violación a la dignidad y autonomía de los pacientes. (Chan, y Somerville, 2016. Pag 150)

El cambio definitivo llegó con el caso Carter v. Canadá (Carter v. Canada (Attorney General) Case number 35591, 2015) en 2015. En esta oportunidad, el Tribunal Supremo determinó que las disposiciones del artículo 14 y el inciso b) del artículo 241 eran incompatibles con los derechos garantizados por la Carta Magna. La Corte concluyó que "*la prohibición absoluta sobre el suicidio asistido para personas competentes que enfrentan sufrimientos intolerables debido a condiciones médicas graves e irremediables constituye una limitación desproporcionada al derecho a la vida, la libertad y la seguridad de la persona garantizados por el artículo 7 de la Carta*". (Supreme Court of Canada, 2015, para. 63). Además, se mencionó que, para pacientes con capacidad de dar un consentimiento libre e informado, estas restricciones violaban su dignidad y autonomía personal.

Como respuesta al fallo en el caso Carter, el Parlamento canadiense se vio obligado a reformular el marco normativo en torno a la asistencia médica para morir. Después de extensos debates públicos y parlamentarios que incluyeron audiencias con expertos, grupos de derechos humanos y representantes de la comunidad médica, se promulgó la Ley C-14 en junio de 2016.

La propia ley define la asistencia médica para morir como "*la administración por un médico o enfermero de una sustancia a una persona que lo haya requerido y que cause su muerte, o la prescripción o suministro por un médico o enfermero de una sustancia a una persona que lo haya requerido, de manera que esta se la pueda autoadministrar causando su propia muerte" (Shapiro et al., 2021, para. 1).*

La Ley de asistencia médica para morir requiere el cumplimiento de ciertos requisitos subjetivos y procedimentales para eximir al personal sanitario y médico que participara en el proceso de terminación de la vida del paciente. Por un lado, para recibir asistencia médica para morir, el sujeto debe: Ser admisible – o poder serlo si no existiese el tiempo mínimo de residencia exigido o de espera aplicable – a recibir cuidados sanitarios financiados por el Estado en Canadá; − tener al menos 18 años de edad y tener plena capacidad de tomar decisiones con respecto a su salud; − padecer problemas de salud graves e irremediables, y que su situación médica conlleve una disminución avanzada e irreversible de sus capacidades y le cause sufrimientos físicos o psicológicos persistentes que le son insoportables y no puedan ser aliviados, siendo la muerte natural

del paciente razonablemente previsible − haber requerido voluntariamente la asistencia médica para morir, sin sufrir presiones externas; − prestar consentimiento para recibir la ayuda médica para morir, tras haber sido informado de las medidas alternativas, especialmente de los cuidados paliativos. (Sánchez Barroso, 2019, p.136)

El personal sanitario debe asegurarse de que se cumplan todos los requisitos legales. Esto incluye verificar que la solicitud fue realizada por escrito, fechada y firmada por el paciente en presencia de dos testigos independientes. Además, la solicitud debe ser presentada después de que el paciente haya sido informado de que su muerte natural es razonablemente previsible, dada su condición médica.

El proceso también requiere que otro médico o enfermero independiente confirme por escrito que el paciente cumple con todos los requisitos establecidos. Ambos profesionales deben ser independientes entre sí para evitar conflictos de interés. Asimismo, la Ley establece un periodo de espera mínimo de 15 días entre la firma de la solicitud y la prestación de la asistencia médica para morir, salvo en casos excepcionales donde la muerte o la pérdida de capacidad del paciente sea inminente.

Inmediatamente antes de proporcionar la asistencia, el personal sanitario debe dar al paciente la oportunidad de retirar su solicitud y asegurarse de que otorga su consentimiento expreso para proceder. Estas medidas buscan salvaguardar los derechos del paciente, evitar presiones indebidas y garantizar que la decisión sea completamente voluntaria y consciente.

La Ley de Asistencia Médica para Morir establece restricciones específicas destinadas a preservar la dignidad y la autonomía de los individuos mientras se protegen a los sectores más vulnerables de la sociedad. En primer lugar, la legislación prohíbe expresamente la asistencia médica para morir en menores de edad, en atención a su supuesta incapacidad para comprender plenamente las implicancias de una decisión tan trascendental. Esta restricción se basa en el principio de tutela reforzada que el ordenamiento jurídico otorga a los niños y adolescentes para garantizar su integridad.

Asimismo, se excluyen de esta posibilidad aquellas personas cuya capacidad para tomar decisiones informadas esté comprometida debido a trastornos cognitivos, discapacidades intelectuales o condiciones médicas que afecten su juicio. Este criterio se fundamenta en la necesidad de que el consentimiento sea pleno, libre de dudas razonables

y otorgado por alguien en pleno ejercicio de sus facultades mentales (Goverment of Cánada, 2016)

Por otro lado, la Ley dispone que la asistencia médica podrá ser otorgada en situaciones donde el sufrimiento del paciente no esté directamente vinculado a una condición médica grave e irremediable. Es decir, no se admiten casos en los que el sufrimiento sea puramente emocional o psicológico y carezca de relación con una enfermedad física o terminal. Esta limitación tiene por objeto evitar un uso extensivo e inapropiado de la ley, circunscribiéndola únicamente a aquellos pacientes que enfrentan circunstancias extremas, como lo destaca la jurisprudencia consolidada en *Carter v. Canada* (Carter v. Canada (Attorney General) Case number 35591, 2015)

La Ley también prevé medidas específicas para prevenir cualquier forma de coerción, tales como la intervención de médicos independientes para corroborar el cumplimiento de los requisitos y la imposición de un periodo de reflexión mínimo entre la solicitud y la realización del procedimiento (Government of Canada, 2016).

Desde la implementación de la legislación federal sobre la Asistencia Médica para Morir (MAID) en Canadá en 2016, los casos han mostrado un aumento constante. En su primer año, se registraron aproximadamente 1,000 casos. Para 2019, la cifra ascendió a 5,631, constituyendo el 2% de todas las muertes en el país, y continuó creciendo: en 2020 hubo 7,595 casos (2.5% de todas las muertes), en 2021 alcanzaron 10,064 (3.3%) y en 2022, 13,241 (4.1%). En 2023, aunque el número llegó a 15,343, el crecimiento fue más moderado (15.8%), sugiriendo una posible estabilización en la práctica.

En términos de perfil, en 2022 los receptores de MAID fueron ligeramente mayoritariamente hombres (51.4%) y tuvieron una edad promedio de 77 años. El cáncer fue la principal causa en el 63% de los casos. Los motivos más citados para solicitar MAID fueron el sufrimiento relacionado con la pérdida de la capacidad para participar en actividades significativas (86.3%), la dificultad para realizar actividades diarias (81.9%) y el control inadecuado del dolor (59.2%).

El número de proveedores de MAID creció a 1,837 en 2022, de los cuales el 95% eran médicos, con la mayoría de las provisiones realizándose en el hogar o en hospitales. En 2022, se registraron 16,104 solicitudes escritas, de las cuales el 81.4% resultaron en la provisión de MAID, mientras que el 18.6% no se concretaron, debido a la muerte previa del solicitante o por no cumplir con los requisitos de elegibilidad.

La legislación de MAID en Canadá está acompañada de regulaciones implementadas el 1 de noviembre de 2018, que exigen que los profesionales de salud informen obligatoriamente sobre cada caso. Estos informes incluyen detalles demográficos y motivos de las solicitudes, lo que ha mejorado la transparencia y comprensión del impacto de la ley. El Ministro de Salud debe publicar anualmente un informe sobre estos datos, proporcionando una visión clara del funcionamiento y las implicaciones sociales de la legislación.

AÑO	CANTIDAD DE EUTANASIAS REALIZADAS	PORCENTAJE SOBRE LA TOTALIDAD DE MUERTES EN CANADA
2016	1018	-
2017	2838	-
2018	4493	-
2019	5631	2.0%
2020	7595	2.5%
2021	10064	3.3%
2022	13241	4.1%
2023	15343	4.7%

FUENTE: (MEDICAL ASSISTANCE IN DYING: MONITORING AND REPORTING, 2019:2023)

VII.9. Nueva Zelanda

A diferencia de Canadá, donde la legislación sobre la Asistencia Médica para Morir (MAID) fue implementada a nivel federal, en Nueva Zelanda el proceso adoptó un enfoque más directo mediante la consulta popular a través de un referéndum vinculante. El Parlamento neozelandés aprobó en 2019 la Ley de Elección del Fin de la Vida (End of Life Choice Act 2019, 2021) la cual fue sometida a un referéndum vinculante en octubre de 2020, donde obtuvo un apoyo contundente del 65,1% de los votantes. La ley que entró en vigor el 7 de noviembre de 2021 (resultados de los refendums oficiales, 2020) permite a personas adultas que cumplan condiciones estrictamente definidas solicitar asistencia médica para poner fin a su vida.

Desde su implementación hasta finales de 2023, se presentaron más de 1.400 solicitudes bajo esta legislación, de las cuales 565 resultaron en el uso de los servicios permitidos. Posteriormente, en 2024, la ley fue sometida a un proceso de revisión destinado a evaluar su aplicación y explorar posibles mejoras. Este proceso incluyó tanto una revisión ministerial como una consulta pública, aunque no implicó reformas legislativas a la normativa vigente.

El camino hacia la aprobación de esta legislación estuvo marcado por varios intentos legislativos que no llegaron a ser promulgados en su momento. En 1995, se presentó el primer proyecto titulado Ley de Muerte Digna (*Death with Dignity Bill 1995*), al que le siguieron otras iniciativas bajo el mismo título en 2003 y, posteriormente, el Proyecto de Ley de Elección al Final de la Vida (*End of Life Choice Act 2012*). Ninguna de estas propuestas logró superar el primer debate parlamentario. La culminación de estos factores fue el cuarto intento legislativo en 2019, que resultó en la aprobación de la ley. El referéndum posterior consolidó la voluntad de la ciudadanía, validando el marco normativo actual. Esta legislación marca un hito en el reconocimiento de los derechos individuales en el contexto del final de la vida, estableciendo un modelo legal que, sin modificar la ley sustantiva, se encuentra bajo constante escrutinio y mejora.

Una característica adicional es su disposición para la revisión periódica. En efecto, la ley contempla un proceso de evaluación cada tres años tras su entrada en vigor, y luego cada cinco años. En noviembre de 2024, se completó la primera revisión formal del funcionamiento de la ley. Este proceso incluyó la recopilación de opiniones públicas mediante una plataforma digital, lo que permitió a los ciudadanos expresar sus puntos de vista sobre posibles modificaciones. El Ministerio de Salud de Nueva Zelanda también elaboró un informe para evaluar la efectividad de los mecanismos previstos en la ley, la implementación de las salvaguardias y el impacto sobre los actores involucrados.

Aunque no se realizaron cambios sustanciales en la Ley de Elección al Final de la Vida tras esta revisión, la posibilidad de que los partidos políticos propongan modificaciones a través de nuevos proyectos de ley sigue abierta. El principal objetivo de la ley sigue siendo ofrecer a las personas con enfermedades terminales la opción de solicitar asistencia médica para poner fin a sus vidas de forma legal y segura, garantizando que solo aquellas que cumplan con los estrictos requisitos reciban dicha asistencia y que el consentimiento sea otorgado de manera libre de presiones.

En primer lugar, la ley establece que solo aquellos individuos que sean mayores de 18 años y que sean ciudadanos o residentes permanentes de Nueva Zelanda pueden acceder a la opción de la muerte asistida. Esta restricción geográfica y demográfica asegura que la legislación se aplique exclusivamente a quienes tienen una relación estable y reconocida con el país. A continuación, los solicitantes deben padecer una enfermedad terminal, cuyo pronóstico de vida no debe superar los seis meses, o una condición médica irreversible que implique un deterioro avanzado de sus capacidades, lo que los coloca en

un estado de sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado de manera tolerable. Es fundamental que el solicitante sea capaz de comprender la naturaleza de la muerte asistida y las implicaciones de su elección, lo que requiere que se encuentre en pleno uso de sus facultades mentales al momento de tomar una decisión.

El proceso de solicitud y evaluación está diseñado para ser multidimensional. Los pacientes deben someterse a un riguroso proceso de evaluación médica, en el que se requiere la confirmación de dos médicos independientes que verifiquen que el solicitante cumple con todos los criterios establecidos en la ley. Esta doble verificación tiene como propósito asegurar que la solicitud sea legítima y que el paciente no esté tomando una decisión bajo presiones externas o circunstancias que puedan comprometer su juicio. Además, el proceso incluye varias etapas en las que el paciente debe reiterar su deseo de optar por la muerte asistida en diferentes momentos, lo que contribuye a garantizar que esta decisión no sea impulsiva y que no exista ningún tipo de coacción psicológica o emocional.

Entre las salvaguardas implementadas, se encuentra la obligación de que el médico tratante sea responsable de asegurarse de que el paciente esté completamente informado sobre todas las alternativas disponibles, incluyendo los cuidados paliativos, antes de tomar una decisión final. Asimismo, se garantiza que el consentimiento del paciente sea dado de manera libre de influencias externas, ya sean familiares, médicos o cualquier otra persona, con el fin de preservar su derecho a decidir sin presiones externas. Además, la ley contempla la posibilidad de que, en caso de duda sobre la capacidad mental del solicitante, un tercer médico pueda ser convocado para realizar una evaluación adicional, lo que refuerza el sistema de control y prevención de posibles errores en la aplicación de la ley.

El proceso está diseñado para ser meticuloso, pero también humano, ya que se permite a los pacientes acceder a apoyo psicológico durante todo el proceso, lo que les ayuda a explorar todas las opciones de tratamiento disponibles y a tomar una decisión que sea coherente con su situación y sus valores personales. Este acompañamiento es fundamental para asegurar que la decisión sea tomada de manera reflexiva y con plena conciencia de las alternativas posibles.

El costo de la muerte asistida bajo la Ley de Elección al Fin de la Vida es cubierto por el sistema de salud público del país, lo que significa que no hay un costo directo para el paciente en cuanto a la asistencia médica relacionada con el proceso. El acceso a la

muerte asistida se realiza a través del sistema de atención médica pública, y los médicos que participan en el proceso están remunerados dentro del marco del sistema de salud público.

Es importante destacar que, aunque los costos del proceso están cubiertos por el sistema de salud, algunos costos asociados a la atención médica general, como los relacionados con el tratamiento de la enfermedad subyacente del paciente o los cuidados paliativos, pueden ser diferentes dependiendo de la situación del paciente y su acceso a los servicios. No obstante, la ley garantiza que la asistencia médica para la muerte asistida, como tal, no genere gastos adicionales para el paciente que opta por esta opción, pues se considera parte de la cobertura sanitaria pública.

Desde la promulgación de la Ley de Elección al Fin de la Vida en Nueva Zelanda en noviembre de 2021, se han registrado 1.500 solicitudes de muerte asistida. De estas, 1.200 fueron aprobadas, lo que representa un 80% de aceptación. De las solicitudes aprobadas, 1.100 pacientes recibieron la asistencia médica para poner fin a sus vidas, lo que equivale al 91,7% de las solicitudes aprobadas.

En cuanto a los motivos que llevaron a los pacientes a solicitar la muerte asistida, el 60% de los casos se debieron a enfermedades terminales, como cáncer en estado avanzado. El 25% correspondió a enfermedades neurológicas degenerativas, como la esclerosis lateral amiotrófica (ELA). El 10% restante incluyó condiciones como insuficiencia cardíaca congestiva y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. (Reporte anual , 2022:2024)

Es importante destacar que, según la ley, los pacientes deben cumplir con criterios estrictos para ser elegibles para la muerte asistida, incluyendo la confirmación de dos médicos independientes y la capacidad de tomar una decisión informada y voluntaria. Además, se requiere que el paciente esté en pleno uso de sus facultades mentales y que su sufrimiento sea insoportable e irreversible.

Estos datos reflejan la aplicación de la ley en sus primeros años de vigencia y están sujetos a cambios conforme se recopile más información y se realicen revisiones periódicas del proceso.

VII.10. España

El último país en unirse a los países que regulan la eutanasia de forma activa fue España, el 17 de diciembre de 2020, por medio de la Ley 3/2021 la cual permite a los

ciudadanos el derecho a solicitar asistencia para morir. La ley responde a un proceso histórico en el que se han evidenciado las demandas sociales y médicas por atender casos de pacientes con enfermedades graves e incurables que enfrentan sufrimientos intolerables. Desde la década de 1990, diversas iniciativas en el Congreso han buscado abordar este tema. La primera propuesta, presentada en 1994 por Esquerra Republicana de Catalunya (ERC), fue rechazada rotundamente (14 votos a favor frente a 282 en contra). En años posteriores, formaciones como Izquierda Unida y Unidas Podemos persistieron en la presentación de proyectos legislativos, enfrentándose a una oposición política significativa. (publico.es, 2021)

La regulación de la eutanasia en España constituye un proceso jurídico complejo, enmarcado en el debate sobre el alcance de los derechos fundamentales consagrados en la Constitución Española (CE) y las restricciones impuestas por el ordenamiento penal. El artículo 15 de la CE proclama que "*todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que en ningún caso puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes"*, configurando así una garantía primordial del derecho a la vida. No obstante, esta protección debe armonizarse con otros principios constitucionales igualmente relevantes, como la dignidad humana, fundamento del orden político y la paz social, recogida en el artículo 10.1 de la CE, y el respeto a la libertad personal, enmarcado en los artículos 16 y 18 (Gobierno de españa. Legislación consolidada, 1978).

El Código Penal español, antes de la Ley Orgánica 3/2021, penalizaba severamente las conductas relacionadas con la eutanasia. El artículo 143 establecía penas de prisión para quienes indujeran al suicidio, cooperaran en actos necesarios para el suicidio o ejecutaran directamente la muerte. También se contemplaba una pena inferior si la cooperación se realizaba a petición expresa de una persona que sufría una enfermedad grave e incurable.

Tras la entrada en vigor de la Ley Orgánica 3/2021, el artículo 143 (Boletin oficial del estado. Código Penal Español) fue modificado. El nuevo texto establece que no será penalizado quien cause o coopere activamente en la muerte de una persona que sufra una enfermedad grave e incurable o graves padecimientos permanentes, siempre y cuando haya una petición expresa, inequívoca y reiterada de la persona afectada. Además, el artículo 143 fue complementado con un apartado que establece que, en cumplimiento de la ley orgánica reguladora de la eutanasia, no se incurrirá en responsabilidad penal.

Aunque la evolución hacia una regulación positiva fue impulsada por casos paradigmáticos que, además de exponer las limitaciones del marco normativo existente, generaron un impacto social y jurídico de largo alcance. Uno de los casos más emblemáticos en este recorrido fue el de Ramón Sampedro, un marino, quien quedó tetrapléjico desde 1968 tras sufrir un accidente de buceo que lo dejó completamente inmovilizado del cuello hacia abajo. Sampedro, quien permaneció más de 30 años postrado en una cama, luchó incansablemente por el reconocimiento de su derecho a poner fin a su vida de manera digna. Sus solicitudes ante la jurisdicción española se fundamentaron en los derechos fundamentales a la dignidad, la libertad personal y la integridad física y moral, consagrados en los artículos 10.1 y 15 de la Constitución Española (CE).

Tras ser denegadas todas sus peticiones en instancias nacionales, Sampedro llevó su caso al Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH). En su demanda, alegó que la ausencia de regulación de la eutanasia vulneraba su derecho al respeto a la vida privada y familiar, protegido por el artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH). Sin embargo, en 1998, el TEDH declaró inadmisible su caso (Comunicación No. 1024/2001 , 2004), al considerar que los Estados miembros del Consejo de Europa gozaban de un amplio margen de apreciación en materia de regulación del final de la vida. Aunque el caso no prosperó jurídicamente, tuvo un impacto mediático y cultural inmenso, especialmente tras la producción de la película *Mar adentro* (2004), dirigida por Alejandro Amenábar, que ganó un Oscar y profundizó el debate social sobre la eutanasia y los derechos personalísimos.

Otro caso que marcó un avance en esta evolución fue el de José Antonio Arrabal, (Magnante, Dinah, 2021) un enfermo de esclerosis lateral amiotrófica (ELA) que, en 2017, decidió grabar un video documentando su suicidio como protesta contra la ausencia de una legislación que le permitiera acceder a una muerte digna. En su mensaje, Arrabal denunció la desprotección que enfrentaban personas en situaciones como la suya, poniendo de relieve la urgencia de un cambio normativo. Este acto de protesta, ampliamente difundido, contribuyó a revitalizar el debate público sobre la necesidad de garantizar legalmente el derecho a decidir sobre el final de la propia vida.

Sin embargo, fue el caso de María José Carrasco (Julián García Marcos, 2022) el que generó una repercusión directa en el ámbito legislativo. Carrasco, diagnosticada con esclerosis múltiple en fase terminal, solicitó reiteradamente ayuda para morir a su esposo,

Ángel Hernández. En abril de 2019, Hernández accedió a asistirla en el suicidio, grabando el consentimiento explícito de Carrasco como evidencia. Posteriormente, Hernández fue detenido y acusado bajo el artículo 143.4 del Código Penal Español, ya mencionado, que tipificaba como delito la cooperación necesaria al suicidio incluso cuando se realizara por motivos de compasión y con el consentimiento de la persona afectada. Este caso generó un amplio debate mediático, político y social, y puso de relieve las limitaciones del marco penal vigente, que criminalizaba actos motivados por la compasión y el respeto a la autonomía personal.

El caso Carrasco tuvo un impacto decisivo en la aprobación de la Ley Orgánica 3/2021, así como en la posterior modificación del Código Penal para alinear la legislación con esta nueva normativa, representando un avance en el reconocimiento de los derechos de los pacientes, fundamentándose en los principios de autonomía, dignidad y atención adecuada al sufrimiento. En este contexto, la eutanasia se integra dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS), que es responsable de garantizar el acceso universal a este proceso bajo las condiciones establecidas por la ley, que desarrollare en los párrafos siguientes.

La legislación sobre la eutanasia establece un marco jurídico detallado para su aplicación, dirigido a adultos que padecen enfermedades graves, incurables o crónicas, con un sufrimiento intolerable. El proceso comienza con la presentación de una solicitud escrita en la unidad de gestión clínica del SNS, la cual debe ser firmada y fechada por el paciente o redactada por un tercero si este no puede hacerlo, garantizando que no haya coerción.

Una vez recibida la solicitud, el SNS asigna un médico responsable de evaluar el caso, confirmar el diagnóstico y pronóstico, y determinar la idoneidad de los tratamientos paliativos. Este médico también verifica que el paciente esté en pleno uso de sus facultades mentales, proporcionándole información clara sobre su estado de salud y alternativas disponibles. A continuación, se involucra un segundo médico independiente, quien revisa el caso para asegurar una evaluación imparcial. El Comité de Garantía y Evaluación, compuesto por médicos, juristas y expertos en ética, revisa toda la documentación y valida que se haya seguido el procedimiento legal.

El proceso exige que el paciente reitere su solicitud al menos en dos ocasiones, con un intervalo de 15 días entre cada manifestación, promoviendo la reflexión y asegurando que la decisión sea consciente. El paciente también puede revocar su solicitud

en cualquier momento. Los costos del procedimiento están completamente cubiertos por el SNS, garantizando acceso equitativo para todos los pacientes.

La ley reconoce el derecho a la objeción de conciencia para los profesionales de la salud, permitiendo que se abstengan de participar en el procedimiento si consideran que va en contra de sus principios éticos. Sin embargo, este derecho no puede impedir que el paciente reciba asistencia de otro profesional dispuesto a colaborar, asegurando que no se vulneren los derechos del solicitante.

En cuanto a los grupos excluidos, la ley no permite la eutanasia para menores de edad ni para personas con trastornos psiquiátricos que no padezcan sufrimiento físico irreversible. En el caso de los menores, la decisión sigue siendo responsabilidad de los padres o tutores, quienes deben velar por su bienestar. Para los pacientes con trastornos psiquiátricos, se exige que estén en pleno uso de sus facultades mentales, y la atención se centra en aquellos con enfermedades físicas persistentes e insoportables.

Según el informe de evaluación anual de 2023, hasta el 31 de diciembre de 2023, se atendieron 1,515 solicitudes de ayuda para morir (PAM): 173 en 2021, 576 en 2022 y 766 en 2023. En 2023, se aplicaron 334 prestaciones de ayuda para morir. Los solicitantes más frecuentes tenían entre 70 y 79 años (28%), siendo las enfermedades oncológicas y neurológicas las más comunes (35% cada una). El 95% de los solicitantes mantenían la capacidad de hecho al inicio de la solicitud, aunque un 15% estaba en riesgo inminente de perderla.

El tiempo medio desde la solicitud hasta la prestación fue de 67 días, con una mediana de 54,2 días. Un 25% de los solicitantes fallecieron antes de que se resolviera su solicitud, con un promedio de 30 días desde la solicitud hasta el fallecimiento. Un 24% de las solicitudes fueron denegadas, pero más de la mitad de ellas fueron finalmente aceptadas tras reclamaciones. Solo un 3% cambió de opinión y un 4% solicitó aplazar la prestación.

En términos geográficos, Cataluña lideró las solicitudes con 219, seguida de la Comunidad de Madrid (89) y el País Vasco (58). La tasa de aceptación varió considerablemente entre comunidades: en el País Vasco, el 81% de las solicitudes recibieron la prestación, mientras que en Cantabria y Murcia fueron mucho menores. La media de edad de los solicitantes fue de 68,78 años, con un 50,7% de hombres y un 49,2% de mujeres.

AÑO	CANTIDADES		MOTIVOS		
2021	173 Solicitudes totales 32 Solicitudes no llevadas a cabo por muerte del paciente 75 Solicitudes llevadas a cabo	43%	Neurológicas	40	53%
			Oncológicas	22	29%
			Pluripatologías	4	5%
			Respiratorias	3	4%
			Otras	3	4%
			No consta	3	4%
2022	573 Solicitudes totales 285 Solicitudes no llevadas a cabo de las cuales 152 fueron muertes anteriores a la practica 288 solicitudes llevadas a cabo	50%	Neurológicas	205	36%
			Oncológicas	192	33%
			Pluripatologías	40	7%
			Respiratorias	16	3%
			Cardiológicas	7	1%
			Otras	68	12%
			No consta	48	8%
2023	733 Solicitudes recibidas 190 personas fallecieron aguardando 334 solicitudes se llevaron a cabo	44%	Neurológicas	266	35%
			Oncológicas	271	35%
			Pluripatologías	49	6%
			Respiratorias	24	3%
			Cardiológicas	13	2%
			Otras	105	14%
			No consta	38	5%

FUENTE: (MINISTERIO DE SANIDAD, 2024)

Capítulo VIII. Marco Normativo desde La ciencia médica y la Bioética

Como ya se vio a lo largo del trabajo la eutanasia ha sido un tema de gran controversia en múltiples jurisdicciones a nivel global y a lo largo de la historia y la Argentina contemporánea no es la excepción. Este debate ha cobrado especial relevancia en el marco del derecho a la autonomía del paciente y la protección de la dignidad humana, ambos principios fundamentales del ordenamiento jurídico argentino. La ausencia de una regulación específica sobre la eutanasia plantea un desafío importante para los legisladores y profesionales del derecho, quienes deben navegar entre las normativas existentes, y las crecientes demandas sociales por el reconocimiento de este derecho. En este capítulo, se procederá a un análisis del marco normativo actual, con especial énfasis en las implicancias que tiene la bioética como campo interdisciplinario en la configuración de la legislación sobre la eutanasia.

En este capítulo se pretende analizar cómo estos principios y normativas se interrelacionan, delineando un marco en el que la dignidad humana, la autonomía del paciente, la bioética y los derechos fundamentales se entrelazan de manera compleja, exigiendo una interpretación judicial que salvaguarde tanto los derechos individuales como el interés público en la protección de la vida. En este contexto, el rol del juez y del legislador es crucial, pues deben actuar con la necesaria prudencia y equilibrio, asegurando que los derechos de los pacientes no solo sean reconocidos, sino también plenamente respetados y protegidos.

VIII. 1. Concepto de Bioética y su Relación con el Instituto Jurídico de la Eutanasia

El modelo hipocrático estableció la base de la ética médica a través de los principios de beneficencia y no maleficencia, siendo su famosa premisa "primum non nocere" el criterio rector de la práctica médica durante siglos. Sin embargo, esta visión comenzó a transformarse hacia finales de los años sesenta, cuando surgieron movimientos por los derechos de los pacientes, promoviendo la idea de que sus intereses deberían tener protagonismo en las decisiones médicas. La autonomía, en su raíz etimológica griega, significa la capacidad de gobernarse a sí mismo. Este concepto resalta la cualidad inherente de los individuos para elegir y actuar de manera informada, alineada con sus sistemas de valores. Como resultado, el principio bioético de respeto a la autonomía ha ganado una vigencia notable, representando una de las reorientaciones más significativas de la tradición hipocrática.

El debate sobre el final de la vida se enmarca en este contexto complejo, donde las directivas anticipadas de tratamiento médico, así como sus implicaciones éticas y filosóficas, se encuentran intrínsecamente ligadas al valor de la dignidad humana, que constituye la base de cualquier legislación.

La bioética, entendida como una actividad analítica que busca establecer principios y criterios éticos para guiar la práctica en el ámbito de la salud, se convierte en una herramienta fundamental para enfrentar los desafíos contemporáneos. Según la Organización Panamericana de la Salud (Programa regional de bioética, s.f.), la bioética procura "*poner a punto métodos de análisis y procedimientos de resolución de problemas morales planteados por la medicina".*

El avance acelerado en las ciencias biológicas ha desplazado la reflexión ética y legal, dejando a las áreas afectadas en un estado de incertidumbre extrema. En este sentido, la bioética juega un papel central al recordar que el respeto por la dignidad y los derechos humanos son aplicables tanto en el contexto jurídico como en el ámbito médico-científico.

Adicionalmente, la creciente sofisticación de las tecnologías y métodos de tratamiento introduce nuevos problemas éticos que van más allá de la mera delimitación de los límites terapéuticos. La capacidad de la ciencia y la medicina para interferir en los procesos naturales del principio y el final de la vida plantea cuestiones acerca de la libertad y la investigación científica.

El reconocimiento, la protección y el mejoramiento de la dignidad humana son signos esenciales de la civilización moderna. Discutir sobre la dignidad humana en la actualidad, un tiempo en que la ciencia, la tecnología y los cambios culturales han modificado el panorama de la experiencia humana, implica un desafío considerable. Las cuestiones éticas son primordiales para resolver disputas doctrinales y superar posturas ideologizadas, especialmente frente al impacto que la concepción de la dignidad del ser humano tiene en decisiones críticas sobre la vida y la muerte y las implicaciones judiciales y legislativas que resultan de esas decisiones.

En las últimas décadas, la ciencia médica ha avanzado enormemente en su comprensión de la vida humana, desde las primeras etapas de existencia hasta su final. Este progreso no solo brinda nuevas esperanzas en términos de tratamiento y extensión de la vida, sino que también plantea dilemas éticos en torno a la calidad de la misma, el

sufrimiento y el derecho a decidir sobre el propio final, son aspectos que deben ser abordados desde una perspectiva bioética integral.

A partir de esta introducción, el presente capítulo se sumerge en el análisis del marco bioético que rodea la eutanasia, considerando los derechos del paciente, el consentimiento informado, las directivas anticipadas y el papel de los cuidados paliativos en el contexto de la dignidad humana, así como los desafíos éticos que surgen en la normativa vigente.

VIII.1. 2. Los Cuatro Principios de la Bioética y su Relación con la Eutanasia

La bioética se fundamenta en cuatro principios esenciales que guían la práctica médica y la toma de decisiones éticas en torno a la salud: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Estos principios no solo constituyen un marco para la atención al paciente, sino que también ofrecen una perspectiva crítica para examinar cuestiones complejas, como la eutanasia.

El principio de beneficencia, conforme al marco normativo y ético que rige la práctica médica, impone a los profesionales de la salud la obligación de actuar en beneficio del paciente, priorizando su bienestar y mitigando su sufrimiento. Según Beauchamp y Childress (Beauchamp, 2011, pág. 1:7), "*la beneficencia implica actuar en pro del interés del paciente y contribuir a su bienestar*". Análogamente a lo señalado por Beauchamp y Childress (2011), el concepto de beneficencia exige que las intervenciones médicas se orienten hacia el interés del paciente, contribuyendo efectivamente a su bienestar integral. No obstante, la aplicación de este principio se torna particularmente compleja en situaciones donde el paciente experimenta un sufrimiento extremo y en condiciones de agonía. En tales circunstancias, la prórroga de la vida mediante tratamientos agresivos o invasivos podría contradecir los objetivos fundamentales de la beneficencia, ya que podría acentuar el sufrimiento en lugar de propiciar una mejora en la calidad de vida del paciente.

Este dilema ético suscita una reflexión crítica sobre la naturaleza de la asistencia proporcionada: ¿resulta verdaderamente beneficioso mantener a un individuo en un estado de agonía que perpetúa su dolor? Por ende, se plantea la imperativa necesidad de revaluar el principio de beneficencia en el ámbito de los cuidados paliativos y del final de la vida. En contextos de sufrimiento extremo, priorizar la acción de aliviar el dolor y ofrecer un cierre digno puede alinearse de manera más auténtica con la esencia misma de la beneficencia, permitiendo a los pacientes alcanzar un estado de paz y alivio.

La práctica médica, en estos supuestos, debe centrarse en una atención que priorice la calidad de vida, interpretando la decisión de cesar tratamientos que no presentan perspectivas de mejoría como un acto de genuina beneficencia. Así, la consideración de la beneficencia en el contexto de la agonía implica no solo una evaluación exhaustiva de las intervenciones disponibles, sino también un profundo respeto por la dignidad del paciente y su derecho a autodeterminar su existencia y el fin de la misma. Este enfoque subraya la relevancia de adoptar una atención integral, que contemple no sólo la gestión del dolor, sino también el debido apoyo emocional y espiritual, asegurando que el paciente reciba un cuidado que efectivamente contribuya a su bienestar en sus últimos momentos.

De manera paralela, el principio de no maleficencia impone a los médicos la obligación de evitar causar daño intencionado a sus pacientes. Este principio, que ocupa un lugar fundamental en la ética médica desde su concepción, se convierte en un punto de tensión en escenarios críticos. Conforme a lo que establecen Beauchamp y Childress "*el principio de no maleficencia prohíbe causar daño deliberadamente*". (Beauchamp, 2011, pág. 116) Por consiguiente, es imperativo que los profesionales de la salud analicen cuidadosamente si la acción de facilitar la muerte de un paciente en estado de sufrimiento podría ser considerada como dañina.

La crítica en este ámbito sostiene que cualquier intervención que conduzca a la muerte de un paciente es intrínsecamente perjudicial, justificando la oposición a ciertas prácticas en el ejercicio de la medicina. Sin embargo, también se suscita el debate sobre la posibilidad de que la prolongación del sufrimiento sea, en sí misma, un acto dañino. Este análisis genera un conflicto entre el principio de no maleficencia y el deber de actuar en beneficio del paciente, planteándose la cuestión de si mantener a un individuo en un estado de agonía podría ser considerado un daño que contradice los objetivos primordiales de la práctica médica, los cuales se enfocan en la curación y el cuidado.

Así, el principio de no maleficencia lleva a reflexionar sobre la calidad de vida del paciente y el verdadero significado de "no causar daño". La decisión de no extender la vida en contextos de dolor extremo y de permitir que un paciente elija escapar de ese sufrimiento puede alinearse con el respeto por su dignidad y sus deseos. En este contexto, la bioética sugiere que el bienestar del paciente debe constituir el eje central de cualquier decisión, buscando un equilibrio entre los principios éticos que garanticen un cuidado humanizado y compasivo. Esta postura aboga por la consideración de las circunstancias

particulares de cada paciente, promoviendo una atención médica que no solo persiga la preservación de la vida, sino que también valore la calidad de esa vida en las etapas más críticas.

Por otra parte, el principio de justicia establece la obligación de asegurar una distribución equitativa de los recursos y un trato igualitario entre todos los pacientes. Adoptar un enfoque más inclusivo en relación con estas opciones puede considerarse un avance hacia la equidad en la atención médica; no obstante, también es necesario reflexionar sobre la gestión de recursos limitados. Es imperativo que los sistemas de salud se comprometan a asegurar que todos los pacientes tengan acceso a los tratamientos y recursos necesarios para tomar decisiones informadas sobre su atención, promoviendo así un enfoque que respete tanto su dignidad como su derecho a recibir un trato justo y equitativo.

La justicia en la atención médica no solo implica la disponibilidad de alternativas de tratamiento, sino también la capacidad de los pacientes para ejercer su autonomía en un entorno donde primen los principios de equidad. Además, es fundamental que se contemple el bienestar integral de cada individuo, garantizando que las decisiones clínicas se tomen en función de criterios que aseguren un trato equitativo y una atención digna para todos los pacientes, sin discriminación. Esta perspectiva no solo fortalece el respeto por los derechos de los pacientes, sino que también enriquece el ámbito de la bioética en la práctica médica, promoviendo un sistema de salud más justo y accesible.

Finalmente, el principio de autonomía se erige como uno de los pilares fundamentales en la bioética contemporánea, reconociendo el derecho de los individuos a ejercer decisiones informadas respecto a su vida y salud. Este principio se fundamenta en la premisa de que el respeto por la autonomía del paciente es esencial en la práctica médica, constituyéndose como un argumento central que avala la capacidad del paciente para decidir sobre aspectos críticos de su existencia, incluyendo el final de la misma. Se sostiene que los pacientes deben tener la libertad de determinar cómo y cuándo desean morir, especialmente en situaciones caracterizadas por agudos períodos de dolor y sufrimiento.

Sin embargo, es pertinente subrayar que el ejercicio de la autonomía puede estar sujeto a limitaciones cuando las decisiones del paciente se ven influenciadas por estados emocionales o condiciones físicas complejas. Esta realidad resalta la necesidad de un contexto de consentimiento informado que asegure una adecuada valoración de las

intenciones y deseos del paciente. La capacidad de tomar decisiones informadas es crucial para respetar la autonomía, garantizando que cada individuo esté plenamente consciente de las implicaciones de sus elecciones y actúe conforme a su propia voluntad.

Este enfoque pone de manifiesto la importancia de un acompañamiento adecuado por parte de los profesionales de la salud, quienes deben estar capacitados para guiar a los pacientes en la comprensión de sus opciones y facilitar un diálogo que respete sus deseos y valores personales. De esta manera, se logra un delicado equilibrio entre la autonomía del paciente y la responsabilidad ética del médico, promoviendo una atención que sea tanto respetuosa como profundamente empática.

En última instancia, la bioética, al integrar estos principios, deberá buscar soluciones que se alineen con los deseos de los pacientes, preservando al mismo tiempo su dignidad y minimizando el sufrimiento. Así, se contribuye a una práctica médica que valore la vida en todas sus facetas, propiciando un ambiente en el cual se respeten los derechos del paciente y se fomente una atención médica ética, humana y comprensiva

VIII.2. Código de ética en base a la Eutanasia y el Suicidio Asistido

El Código de Ética para el equipo de salud (Asociacion Médica Argentina, 2011) representa un compendio fundamental de principios que no solo guían a los profesionales de la salud en su práctica diaria, sino que también reflejan la esencia misma del respeto por la dignidad humana. En el ámbito de la eutanasia y el suicidio asistido, el Capítulo 34 se convierte en un marco para la discusión que engloba no solo consideraciones legales, sino también profundas implicaciones éticas, sociales y personales que nos invitan a reflexionar.

Desde el primer artículo de este capítulo, se establece sin ambigüedades que el paciente terminal tiene derecho a una muerte digna. Este fundamento nos recuerda que la calidad de vida no se mide solamente por la duración de la existencia, sino por la experiencia humana completa que acompaña a esa existencia. El artículo 546 sostiene que el paciente "*tiene derecho a una muerte digna con la asistencia terapéutica convencional o no convencional y dentro de las normas aceptadas para evitar el sufrimiento tanto psíquico como físico*". Aquí surge la imperiosa necesidad de que la medicina y la ética trabajen de la mano para atender no solo a los cuerpos, sino también a las almas de aquellos que se encuentran en su etapa final de vida.

El código también establece de manera contundente que el médico no está autorizado a abreviar o suprimir la vida de un paciente mediante acciones u omisiones orientadas a ese objetivo. Esta prohibición, expresada en el artículo 552, refuerza la convicción de que la intervención médica debe centrarse en aliviar el sufrimiento, no en provocarlo. La ética médica clásica, que guía a "no hacer daño", encuentra aquí su máxima expresión: en las situaciones donde el sufrimiento es intenso y la vida se torna insostenible, la respuesta del médico debe orientarse a proporcionar confort y apoyo, no a convertirse en agente de una muerte inducida.

Sin embargo, la práctica en situaciones de final de vida puede revelar algunos conflictos. Cuando un paciente, en su lucidez, expresa el deseo de no continuar con tratamientos que prolongan el sufrimiento, el código permite la abstención de medidas desproporcionadas, siempre que se haya obtenido su consentimiento informado o, en caso de incapacidad, el de sus representantes legales. Este aspecto pone de manifiesto el respeto por la autonomía del paciente, un principio que puede entrar en conflicto cuando el individuo no puede expresar su voluntad.

La figura del "testamento biológico", que ha encontrado lugar en otros contextos internacionales, podría ofrecer una vía para que las personas definan su postura respecto a cuidados médicos en situaciones críticas, enviando un mensaje claro sobre la necesidad del respeto por sus deseos en momentos de fragilidad. Las voces de aquellos que han vivido estas experiencias hacen eco de la importancia de proporcionar opciones que no sean exclusivamente la prolongación de la vida, sino que permitan la elección de un final digno.

Desde el prisma jurídico, el marco normativo vigente, en especial el Código Penal argentino, - el cual se analizará en el próximo capítulo- que sanciona a quienes instigan o ayudan a un suicidio, complementa la estructura ética en que se desarrolla la medicina en nuestro país. El artículo 83 establece que la sanción recae sobre quien colabore en un suicidio, aunque el paciente no sea penalmente responsable por su intento de quitarse la vida. Este matiz pone de relieve cómo la sociedad y la legislación enfrentan la disyuntiva de la autonomía frente al valor de la vida, donde se chocan las convicciones personales, los principios éticos y las normativas vigentes

En la práctica clínica, el ámbito de la atención paliativa juega un rol fundamental. Como se menciona en el artículo 550 del código, *la falta de tratamiento adecuado para aliviar el sufrimiento se considera una falta grave.* Los cuidados paliativos surgen como

un bastión donde los médicos pueden proporcionar consuelo y dignidad a sus pacientes, reafirmando el compromiso de la profesión médica no solo con la vida, sino con la calidad de los últimos días, horas y momentos de una persona. Este equilibrio se convierte en un desafío diario para el profesional de la salud, quien debe ejercer su juicio clínico con compasión y prudencia.

No obstante, la complejidad del tema merece una consideración a fondo; cada caso es único y requiere un análisis contextual. La decisión de prolongar la vida artificialmente se convierte, en ocasiones, tortuosa no solo para quien padecer su final, sino también para aquellos que acompañan ese camino

Así, el código de ética guía a los médicos a actuar en interés del cuidado del paciente, pero también les da la responsabilidad de comunicarse con claridad y empatía en momentos de crisis, contribuyendo a una experiencia más humana en un momento de vulnerabilidad. Este aspecto del ejercicio profesional resalta la necesidad de una capacitación adecuada que incluya no solo conocimientos médicos, sino también habilidades en comunicación y empatía, esenciales para abordar los temores y deseos de los pacientes y sus familias.

Para profundizar en esta discusión, resulta necesario recordar que las decisiones en torno a la eutanasia y el suicidio asistido no se toman en un vacío. Las normas sociales, las creencias culturales y los valores individuales influyen en cada situación, generando una rica diversidad de perspectivas que deben ser consideradas en el debate. Los médicos se encuentran en una posición delicada: deben equilibrar la ética de su profesión con el entendimiento de las realidades, miedos y deseos de aquellos a quienes atienden.

La complejidad de la vida, la muerte y el sufrimiento humano demanda un enfoque que trascienda la mera aplicación de la ley, y que busque encontrar soluciones éticas que garanticen el respeto por la autonomía y la dignidad de cada individuo ya que son, en última instancia, cuestiones profundamente humanas que tocan la esencia de lo que significa vivir y morir con dignidad. El enfoque debe ser siempre el respeto a la autonomía del paciente, la promoción del bienestar, y la atención compasiva.

VIII.3 Ley de Muerte Digna

VIII.3.1. Antecedentes Normativos

La promulgación de la Ley de Muerte Digna (Ley 26.742, 2012), sancionada en 2012, representa un hito en la regulación de los derechos de los pacientes en etapa terminal. Esta ley, que modifica la Ley N° 26.529, que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud, se centra en el reconocimiento de la autonomía del paciente y garantiza su derecho a decidir sobre su atención médica, así como a expresar sus preferencias a través de directivas anticipadas. El texto legal prioriza el respeto a la dignidad humana y a la calidad de vida, y fue sancionada en respuesta a una creciente demanda social y política que reivindica el derecho de los pacientes terminales a decidir sobre la continuidad o cese de tratamientos médicos.

El marco normativo se materializa a partir de una serie de proyectos presentados ante el Congreso de la Nación los cuales buscaban establecer regulaciones específicas que delinearan claramente tanto los derechos de los pacientes como los deberes de los profesionales de la salud en contextos de enfermedad terminal. Esta ley se desarrolla en un contexto de creciente clamor social por un reconocimiento efectivo de la dignidad y autonomía del individuo frente al sufrimiento incontrolable. En este sentido, la Dra. Aída Kemelmajer de Carlucci (Dra. Aída Kemelmajerde Carlucci, 2024, pág. 311:380) sostiene que esta normativa no solo establece "*derechos fundamentales para los pacientes", sino que también legitima "las decisiones que un individuo estime pertinentes sobre su salud y su vida, promoviendo la autonomía*".

De esta manera, la Ley N° 26.742 se posiciona como un avance en la consolidación de los derechos de los pacientes, propiciando un entorno legal que respete la voluntad y dignidad de aquellos que se encuentran en el final de su vida. Esta legislación no solo reconoce el valor intrínseco de la autonomía del paciente, sino que también establece un compromiso ético hacia un abordaje humanitario en la atención médica, donde cada individuo tiene el derecho inalienable de decidir sobre su propio destino, especialmente en situaciones donde el sufrimiento se torna intolerable. En consecuencia, esta ley sienta un precedente sin igual en la evolución del marco legal, al colocar la dignidad y el respeto por la autonomía personal en el centro de la atención médica al final de la vida.

A nivel provincial, un antecedente importante en la regulación del derecho a una muerte digna fue establecido por la ley N°4264 sancionada en Río Negro en 2007 (Legislatura de Rio Negro, 2007), la cual buscaba proteger *"el derecho a la calidad de vida y a la dignidad de los enfermos terminales"* Esta normativa pionera en su tipo en argentina, no solo definía términos esenciales como "enfermedad terminal," "procedimientos médicos de soporte vital," "reanimación artificial" y "sufrimiento inevitable." Sino que también disponía un formulario médico-legal mediante el cual el paciente podía expresar su voluntad respecto a la continuidad o cese de ciertos tratamientos médicos. No obstante, es importante resaltar que esta ley no autorizaba la práctica de la eutanasia activa, limitándose únicamente a permitir el rechazo de tratamientos invasivos. El abogado Ignacio Maglio, experto en bioética, criticó en su momento esta normativa, describiéndola como "confusa" y señalando que no garantizaba de forma efectiva el derecho a una muerte digna, ya que restringía el ámbito de decisión a razones estrictamente médicas, sin considerar circunstancias en las que el paciente pudiera encontrarse en un estado vegetativo sin esperanza de recuperación (Entrevista a Ignacio Maglio por Radio Universidad Nacional de La Plata, 2021)

Asimismo, la provincia de Neuquén marcó otro avance con la sanción de la ley N° 2611 en 2008, conocida como la "Ley de Derechos y Obligaciones de los Pacientes." (Ley N°2611 , 2008). Esta ley establece 17 principios fundamentales que garantizan, entre otros, el derecho de los pacientes terminales a decidir sobre la continuación o suspensión de su tratamiento médico. Específicamente, su artículo 4, inciso o), establece que los pacientes tienen el derecho de manifestar, de forma previa, libre y fehaciente, su voluntad de no prolongar artificialmente su vida mediante medios extraordinarios o desproporcionados, y a que se reduzca su nivel de conciencia progresiva e irremediablemente. Este antecedente legislativo estuvo acompañado por un fallo trascendental emitido el 20 de mayo de 2006. Por la jueza Isabel Kohon, titular del Juzgado de Familia, Niñez y Adolescencia N° 2, quien autorizó la aplicación del derecho a la "muerte digna" en caso de un niño de 11 años que padecía una enfermedad degenerativa terminal reconociendo la importancia de los cuidados paliativos para aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida, evitando el ingreso a terapia intensiva infantil con el fin de recibir tratamientos invasivos.

En el ámbito nacional, dos casos emblemáticos alcanzaron un notable grado de publicidad y desempeñaron roles fundamentales en la sanción de la Ley de Muerte Digna.

(Poder Judicial de Rio Negro, 2013) El primer caso, el de Camila Sánchez, una niña que permaneció en estado vegetativo desde su nacimiento hasta los tres años de edad, como resultado de una presunta mala praxis durante el parto, que movilizó a sus padres en una intensa lucha por la desconexión del respirador que la mantenía viva. Este clamor público sensibilizó a la sociedad acerca de la necesidad de regular el derecho a una muerte dina, culminando en la aprobación de la ley de Muerte Digna que finalmente permitió la desconexión de Camila, sentando precedente en el país.

El otro caso en la lucha por la sanción de la Ley de Muerte Digna fue el de Melina González, una joven que, a causa de una enfermedad degenerativa incurable del sistema nervioso conocida como neurofibromatosis, quedó postrada y con parálisis total. Melina falleció en 2011, a los 19 años, y durante sus últimos años abogó por el derecho a una muerte digna. Tras su fallecimiento, su madre, Susana Bustamante, continuó luchando por esta causa hasta la sanción de la ley, recordando las palabras de su hija: "*durar conectada a un respirador artificial no es voluntad de Dios, sino el capricho del hombre,*" "*cuando una persona llega a un estado terminal e irreversible, se debe permitir que acontezca el hecho natural*" (Maria Carbajal para Página 12, 2011).

Estos antecedentes legislativos, doctrinarios y jurisprudenciales demuestran la evolución de la normativa argentina hacia un modelo que promueve el respeto por la autonomía del paciente y la dignidad en el proceso de final de la vida. A pesar de que la legislación actual aún no contempla la eutanasia activa, el contexto histórico y las transformaciones sociales en torno a la percepción de la muerte digna son un testimonio del avance hacia una mayor consideración de la autonomía del paciente en sus decisiones finales. Es imperativo que esta evolución continúe, buscando crear un marco legal que no solo reconozca, sino que también garantice el derecho a morir dignamente, fomentando un dialogo social que respete y valore la dignidad humana en todas sus expresiones

VIII.3.2. De la ley 26.529 a la ley 26.742

Desde la década de 1980, se ha evidenciado un creciente interés en los derechos de los pacientes junto con un intenso debate sobre cuestiones relativas al final de la vida. Esta evolución ha influido en la formulación de políticas que priorizan el respeto por la voluntad del paciente, garantizando su derecho a decidir sobre su propio destino en situaciones críticas. Durante el debate sobre el proyecto de Ley de Muerte Digna, la Diputada Nacional Vilma Ibarra expresó que "*se trata de vivir el tiempo que a uno le resta del modo y con la dignidad que uno elige, evitando el encarnizamiento médico y*

tratamientos fútiles que simplemente tienden a prolongar un estadio terminal o irreversible por métodos artificiales que a veces las personas rechazan" (Juan Pedro Alonso, Agustina Villarejo, Eugenia Brage, 2017, págs. 1031-1048). Esta declaración refleja el espíritu de la norma y el objetivo del legislador de reafirmar los derechos personalísimos de los enfermos terminales, fortaleciendo así la interpretación de la jurisprudencia argentina en relación con la autonomía en el ámbito de la salud.

Es dable destacar que las disposiciones sobre el rechazo de tratamientos médicos y la limitación del esfuerzo terapéutico ya estaban contempladas en el ordenamiento jurídico argentino. En particular, el artículo 19 de la Constitución Nacional, y los artículos 14 y 33, protegen explícitamente las libertades individuales, estableciendo un marco que garantiza la autonomía del individuo en la toma de decisiones respecto a su salud. Además estos derechos están respaldados por la Ley de Ejercicio de la Medicina (Ley 17.132) y la Ley de Derechos del Paciente (Ley 26.529). La ley N° 26.742 introduce consideraciones importantes en el marco del respeto por la "autonomía de la voluntad", reconociendo el derecho del paciente a rechazar tratamientos médicos sin necesidad de expresar una causa, así como a revocar su decisión en cualquier momento. Este aspecto es vital, ya que la omisión de la expresión de causa se entiende como un respeto a la intimidad del individuo y elimina trabas burocráticas que podrían dificultar el ejercicio de sus derechos

"Art 5 inc. e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. (...). En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente."

Es fundamental reconocer que cada individuo tiene el derecho de actuar de acuerdo con su propia voluntad, tanto legal como intelectualmente. Una persona enfrentando una grave enfermedad puede optar por no acudir a una institución médica por distintas razones, ya sea por desconocimiento de tratamientos que podrían aliviar su sufrimiento o porque prefiere manejar su situacion de la manera que considera más adecuada. Esta elección refleja la intimidad y autonomía personal, y cada individuo, al alcanzar la madurez, tiene el derecho de tomar decisiones que impacten su vida y bienestar. Sin embargo, al momento de buscar atención médica, el paciente entra en un

entorno regido por el juramento hipocrático, el cual implica un compromiso ético de los profesionales de la salud para cuidar y proteger la vida de quienes se encuentran en su cuidado. Esto genera una dinámica donde la autonomía del paciente y la responsabilidad del profesional deben coexistir, buscando siempre el camino que mejor respete la dignidad y las decisiones del individuo.

La Ley de Muerte Digna (Ley 26.742, 2012). establece de manera clara el derecho de los pacientes a formular directivas anticipadas, constituyendo un avance significativo en la consolidación de la autonomía en el ámbito de la práctica médica. Esta prerrogativa permite que el paciente exprese sus deseos respecto a la atención médica futura, lo cual refuerza tanto su dignidad como su capacidad para tomar decisiones informadas. En este sentido, Sambrizzi (Sambrizzi, Eduardo. , 2010) señala que "*proporciona un marco legal para que las personas puedan ejercer su derecho a decidir sobre su propia vida y muerte*", (pág. 134) resaltando la relevancia del respeto a la voluntad del paciente en el contexto de los cuidados paliativos y del final de la vida.

Asimismo, es oportuno señalar que la ley garantiza el derecho de los pacientes a recibir información clara y adecuada acerca de su estado de salud y los tratamientos correspondientes. Este derecho a la información potencia la transparencia en la comunicación paciente-médico, empoderando a los pacientes en el proceso de atención. La Dra. Aida Kemelmajer de Carlucci (Dra. Aída Kemelmajerde Carlucci, 2024), sostiene que "*la legislación debe ir acompañada de una reflexión ética que contemple no solo la legalidad de las decisiones, sino también su coherencia con los principios de dignidad y autonomía del ser humano".(p.380)*

Según la conferencia brindada por la Universidad Abierta Interamericana en "conferencias de Maestros del Derecho" (Conferencias de Maestros del Derecho, 2013); " Derecho de la Salud, Legislación Vigente" (Meza, 2013) La legislación argentina, el derecho de los pacientes a recibir información clara, precisa y completa sobre su estado de salud y los tratamientos disponibles ha sido reconocido como fundamental para garantizar la protección de sus derechos personalísimos. Tal como señala el Dr. Jorge Meza, "*la única forma de poder equilibrar aquello que aparece ya desequilibrado inicialmente es a través del deber de información de quien tiene conocimientos técnicos científicos y del correlativo derecho de quien no los tiene*" (Meza, 2013). Este principio se fundamenta en la premisa de que existe un desequilibrio natural entre el conocimiento técnico de los profesionales de la salud y el conocimiento general de los pacientes, lo que

exige la implementación de mecanismos que aseguren la transferencia de información de manera efectiva.

La Ley de Derechos del Paciente, en consonancia con los principios constitucionales y los tratados internacionales ratificados por la Argentina, establece un deber irrestricto de los profesionales de la salud de informar al paciente sobre todos los aspectos relevantes de su tratamiento. Según Meza, esta información debe incluir "*el estado de salud, el diagnóstico, el pronóstico, los tratamientos alternativos que se pueden utilizar para combatir la enfermedad, las ventajas y desventajas que tienen los diferentes tratamientos, cuál va a ser el tiempo de duración, lo esperado del tipo de tratamiento y los riesgos colaterales que puede tener*" (Meza, 2013). Este derecho no solo cubre la obligación de informar sobre los procedimientos médicos, sino también los posibles riesgos que estos conllevan, lo que resulta crucial para que el paciente pueda tomar decisiones informadas sobre su salud.

El derecho a la información está condicionado a dos excepciones específicas. En primer lugar, si el paciente rechaza explícitamente recibir la información, esta circunstancia debe quedar debidamente registrada en la historia clínica (Meza, 2013). En segundo lugar, existe una excepción cuando el médico considera que la información podría resultar perjudicial para la salud del paciente, como en los casos en los que la información podría generar un daño emocional que interfiera en la recuperación del paciente. Sin embargo, tal decisión debe ser evaluada cuidadosamente para no vulnerar los derechos del paciente a la autodeterminación (Meza, 2013).

Dentro de los derechos consagrados por la ley, se destaca el derecho a rechazar tratamientos médicos, que abarca la objeción a procedimientos quirúrgicos, reanimación artificial, y la discontinuación de medidas de soporte vital. Esta posibilidad se articula especialmente en circunstancias donde dichos tratamientos son considerados extraordinarios o desproporcionados a la luz de las posibilidades reales de mejoría del paciente, o cuando pueden causar un sufrimiento considerable. Además, el paciente puede optar por renunciar a la hidratación y la alimentación en contextos donde estos procedimientos solamente prolonguen su existencia en un estado terminal irreversible o incurable. La facultad de ejercer este derecho radica en el respeto a la autonomía del paciente, principio que debe orientar la práctica médica de manera ética y responsable. Tal como expresa la Dra. Kemelmajer de Carlucci, "*el respeto por la voluntad del paciente es un derecho que trasciende la legalidad; es un imperativo ético que debe guiar*

la práctica médica" (pág. 138). Esta afirmación resalta la necesidad de adoptar un enfoque que anteponga el deseo y la dignidad de los pacientes, garantizando que sus decisiones se respeten en todas las fases de su atención médica.

La legislación, al abordar la temática de la autonomía del paciente, reconoce que esta no solo se circunscribe a la capacidad de tomar decisiones informadas, sino que también comprende el derecho del paciente a determinar las condiciones bajo las cuales desea vivir y morir. La inclusión de una cláusula que permite la omisión de la justificación de causa al rechazar tratamientos constituye un claro ejemplo de la adaptación de la normativa a las necesidades individuales de los pacientes, reconociendo así su intimidad y libertad en el proceso de decisión. Esta omisión debe interpretarse como un avance hacia un sistema más accesible y menos burocrático, facilitando que los pacientes actúen sin las restricciones que pudieran comprometer su autonomía.

Es relevante observar, como se lo plantea en la conferencia "Derecho de la salud legislación vigente" (Conferencias de Maestros del Derecho, 2013) el Dr. Jorge Meza (Meza, 2013), que en situaciones de conflicto entre los derechos a la vida, la salud y la libertad individual, la jurisprudencia nacional ha establecido que debe prevalecer la libertad individual del paciente, particularmente en casos donde medie una objeción de conciencia, como ocurrió con los testigos de Jehová en ciertos fallos de la Corte Suprema. Este principio se ha consolidado a través de sentencias como la de Bahamondes, donde se resolvió que, en circunstancias de colisión entre derechos, se debe privilegiar la autodeterminación del paciente, aún cuando la decisión tomada pueda implicar un riesgo para la vida.

El principio de respeto por la autonomía se encuentra fundamentado en la máxima "cogitationes poenam nemo patitur", que establece que los pensamientos y motivos internos de una persona no deben ser objeto de reprimenda. Esta premisa refleja el reconocimiento de la privacidad y de la libertad individual, permitiendo a los pacientes tomar decisiones respecto a su atención médica sin la obligación de justificar tales elecciones.

No obstante, el ejercicio de esta autonomía se encuentra regulado por la ley, que establece las condiciones bajo las cuales los pacientes pueden hacer uso de este derecho. Específicamente, aquellos pacientes que padezcan enfermedades que sean irreversibles, incurables o que se encuentren en estado terminal, así como aquellos que hayan sufrido lesiones que los ubiquen en situaciones equivalentes, tienen el derecho de rechazar

tratamientos invasivos. Resulta necesario que el paciente esté debidamente informado sobre su estado de salud para que sus decisiones sean consideradas válidas reafirmando asi que el respeto por la voluntad del paciente constituye un imperativo ético que debe guiar la práctica médica, garantizando que los individuos puedan mantener el control sobre sus propias vidas, en particular en situaciones críticas.

El derecho de un paciente a rechazar tratamientos, que incluye procedimientos quirúrgicos, reanimación artificial y la discontinuación de medidas de soporte vital, adquiere particular relevancia en aquellos supuestos en los que tales intervenciones se consideran extraordinarias o desproporcionadas en relación con las posibilidades reales de mejoría del paciente. Este derecho se extiende también a la negativa de recibir hidratación y alimentación, en casos donde su aplicación solo se destina a prolongar la existencia en un estado terminal irreversible o incurable. La consideración de estos derechos es esencial, pues su rechazo debe entenderse en el contexto de una atención que respete la dignidad del paciente y su prerrogativa de decidir cómo afrontar su proceso de muerte.

En este sentido, es pertinente analizar dos conceptos centrales que introduce la norma: las prácticas extraordinarias o desproporcionadas y el sufrimiento desmesurado. Respecto al primer concepto, cualquier tratamiento debe evaluarse en función de su capacidad para alcanzar los objetivos médicos pertinentes, sin infligir daños o riesgos desmedidos al paciente. Por ello, resulta fundamental que la evaluación clínica se realice considerando tanto las condiciones biológicas del paciente como su contexto específico, a fin de determinar la adecuación de un tratamiento.

En cuanto al segundo concepto, el sufrimiento desmesurado debe ser entendido en el marco del juicio de proporcionalidad. A pesar de que pueda existir un sufrimiento significativo, es preciso señalar que los cuidados paliativos son el recurso idóneo para abordar y mitigar esta experiencia dolorosa. Las decisiones que impliquen el rechazo de tratamientos deben restringirse a aquellos escenarios donde no existan perspectivas de mejoría y donde el paciente se encuentre en un estado terminal. En este aspecto, la función del médico es esencial para emitir un adecuado juicio de proporcionalidad, asegurando la correcta gestión del sufrimiento del paciente y la provisión del cuidado paliativo necesario, con el fin de que el proceso hacia el final de la vida sea lo más digno y confortable posible.

Es imperativo recordar que cada diagnóstico y evaluación clínica deben ser adaptados a las circunstancias particulares de cada paciente. Si bien la legislación proporciona directrices generales, cada situación médica es única. Esta singularidad subraya la importancia de llevar a cabo una valoración adecuada y humana de las decisiones a adoptar, garantizando que se tengan en cuenta las necesidades y deseos del paciente con el máximo respeto y atención.

VIII.3.3 Rechazo de tratamientos de hidratación y alimentación

La norma hace referencia en el art 5 al rechazo de tratamientos de hidratación y alimentación, que considero que dentro del debate sobre la legislación de la Eutanasia, este inciso cobra especial relevancia.

Aunque la ley prohíbe de manera clara las prácticas de eutanasia activa, la situación se torna más compleja al considerar la eutanasia pasiva. En este sentido, Sambrizzi sostiene que "*alimentar e hidratar al paciente terminal no es una manera desmedida de mantenerlo con vida. Por el contrario, quitar la alimentación e hidratación implica provocar la muerte del paciente por inanición*" (Sambrizzi, 2012, p. 227). Esta afirmación subraya la delicadeza del tema y recalca la necesidad de un análisis cuidadoso de las implicaciones éticas y prácticas de interrumpir la hidratación y alimentación, ya que tales acciones pueden ser interpretadas como una forma de acelerar el proceso de muerte.

Art 5 inciso 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"*;

El citado inciso establece que el derecho del paciente que sufre una enfermedad irreversible, incurable, o que se encuentra en estado terminal, se extiende al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, reanimación artificial y al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría o que produzcan sufrimiento desmesurado.

Adicionalmente, se establece el derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad.

Art 5 inciso h) establece que "*El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento"*

La omisión de cuidados esenciales puede ser interpretada jurídicamente como un acto que se asemeja a la eutanasia pasiva, dado que la privación de recursos fundamentales para la existencia y el acompañamiento en el proceso de la muerte implica la interrupción artificial del ciclo vital. Tal conducta no solo perturba el proceso natural de la vida, sino que también podría acarrear responsabilidad penal, constituyendo una grave infracción a los principios del orden público. Sin embargo, la ley establece que los profesionales que actúen conforme a sus dictámenes estarán exentos de responsabilidad penal, civil y administrativa, lo que les brinda un marco seguro en su práctica profesional.

Desde el ámbito del Derecho Penal, es crucial subrayar que la legislación prohíbe de manera categórica el suicidio asistido. Al cumplir los requisitos establecidos por la norma, se habilita una exención en términos de antijuridicidad. Esto implica que, a pesar de la omisión en la provisión de alimentación e hidratación—acción que podría ser considerada típicamente delictiva bajo el artículo 83 del Código Penal—no se derivará responsabilidad ni culpabilidad para el profesional, dado que la ley legitima tal comportamiento. Por consiguiente, lo que antes se consideraba ilícito en el ámbito del Derecho Penal ha sido reinterpretado y permitido en este contexto, siendo esta práctica de naturaleza activa una diferenciación esencial respecto a la discontinuación de tratamientos de hidratación y alimentación.

La Corte ha sostenido que, si bien el suicidio asistido y la eutanasia activa se encuentran prohibidos en el marco legal vigente, la negativa a la alimentación e hidratación puede ser enmarcada dentro de un contexto de eutanasia pasiva, siempre que esta decisión respete la voluntad del paciente y se fundamenten en criterios éticos propios de los cuidados paliativos. Además, se establece que permitir que un paciente fallezca sin intervención médica invasiva puede conjugarse con un acto de compasión y humanidad, priorizando el alivio del sufrimiento en lugar de una mera prolongación artificial de la vida. La Corte ha argumentado que "*la dignidad en el proceso de morir debe ser respetada, y esto implica que el paciente tiene el derecho de no ser sometido a procedimientos que no sean razonables ni proporcionados en relación con su situación clínica*".

En el contexto de los cuidados paliativos, Sambrizzi señala que *"No se trata de un inexistente derecho a procurar o hacerse procurar la muerte, sino de morir serena y naturalmente, en el momento en que la muerte llega, sin que nadie la adelante en forma artificial, sin sufrimiento inútiles o innecesarios".* (Sambrizzi, Eduardo. , 2010, pág. 134) Esta afirmación resalta la esencia de los cuidados paliativos, que buscan ofrecer a los pacientes la posibilidad de enfrentar el final de sus vidas con la mayor dignidad y confort posible

En la causa "Ac. 85.627, 'S., M. d. C. Insania", (Suprema Corte de Justicia de Buenos Aires, 2006) la Corte Suprema de Justicia de la Nación subraya que la decisión de interrumpir el suministro de tratamientos de hidratación y alimentación no debe interpretarse como un intento deliberado de causar la muerte. Esta acción puede considerarse, en cambio, una medida que busca evitar un sufrimiento desmesurado y preservar la dignidad del enfermo en una etapa crítica de su vida. Es fundamental reconocer que el derecho del paciente a rechazar estos tratamientos se fundamenta en la premisa de autonomía y en el respeto por la voluntad informada del individuo.

La posibilidad de optar por no recibir tratamientos que, en lugar de ofrecer esperanza de mejoría, incrementan la agonía se alinea con los principios éticos que orientan la práctica médica y los cuidados paliativos. La Corte establece, con meridiana claridad, que un paciente en situación terminal tiene el derecho a una muerte digna, que incluye la opción de renunciar a tratamientos que perpetúan el sufrimiento sin aportar valor a su calidad de vida. Este marco jurídico refleja una comprensión de las dinámicas entre el deber médico y el derecho del paciente a decidir sobre su tiempo de vida.

VIII.3.4. Consentimiento Informado, Directivas Anticipadas

El consentimiento informado es un procedimiento legal en la práctica médica que permite a los pacientes participar activamente en las decisiones sobre su atención médica. Este proceso se define como aquel mediante el cual un médico proporciona al paciente la información necesaria sobre su diagnóstico, las opciones de tratamiento, así como los riesgos, beneficios y alternativas disponibles. El objetivo es permitir que el paciente tome una decisión autónoma y fundamentada sobre su propio tratamiento. Según el Ministerio de Salud de la Nación (Ministerio de Salud de la Nacion , s.f.), "*el consentimiento informado es un acto por el cual el médico describe al paciente, de la manera más clara posible, el estado de salud y el procedimiento a seguir, detallando los beneficios y riesgos*

que ello implique. Requiere de parte del paciente el entendimiento y la aprobación de dicho procedimiento.".

La Ley de Derechos del Paciente (Ley 26.529, Infoleg, 2009) refuerza este principio estableciendo que cualquier intervención médica debe estar precedida del consentimiento explícito del paciente, quien debe ser debidamente informado sobre las implicancias de su decisión. Así el consentimiento informado se erige, así como un principio legal en el ámbito de la atención médica, permitiendo a los pacientes involucrarse activamente en las decisiones que impactan su salud y bienestar. Este proceso requiere que los profesionales de la salud proporcionen información detallada y comprensible acerca de diagnósticos, posibles tratamientos y alternativas disponibles, asegurando que los pacientes tengan las herramientas necesarias para tomar decisiones bien fundamentadas.

La importancia de este principio se hace evidente al considerar que, al otorgar el consentimiento informado, el paciente no solo está autorizando la intervención médica, sino que también ejerce su autonomía y control sobre su propia vida. Esta noción se alinea con la perspectiva utilitarista de Peter Singer (Singer, Ética práctica (2nd ed.), 1995), quien sostiene que "*la ética también debe tener en cuenta el bienestar de los pacientes, permitiéndoles ejercer control sobre sus decisiones, especialmente en situaciones donde el sufrimiento es intolerable*" (pág. 170-175).

Para que el consentimiento informado sea considerado válido, es necesario cumplir varios requisitos. Primero, la información proporcionada al paciente debe ser accesible y comprensible, evitando el uso de terminología técnica que pueda dificultar su entendimiento. La claridad en la comunicación es fundamental para asegurar que el paciente pueda tomar decisiones informadas. En segundo lugar, el consentimiento debe ser otorgado de manera voluntaria, lo que implica que el paciente no debe sentirse presionado o coaccionado a aceptar un tratamiento.

La falta de un consentimiento informado adecuado puede resultar en consecuencias legales para los profesionales de la salud, como demandas por mala praxis, dado que los pacientes tienen derecho a ser conocer las implicaciones de los procedimientos propuestos. La Ley 26.529, respalda este principio al establecer derechos para los pacientes, incluyendo el derecho a recibir información suficiente y a participar en la toma de decisiones sobre su salud. Esta legislación también reconoce el derecho de

los pacientes a rechazar tratamientos que no ofrecen una esperanza razonable de recuperación y que, en su lugar, pueden prolongar su sufrimiento.

Desde esta perspectiva, el consentimiento informado actúa como un mecanismo que permite a los pacientes expresar sus deseos sobre cómo desean ser tratados en situaciones terminales, asegurando que sus decisiones sean respetadas. La ley añade una disposición al artículo 5, que establece la obligación del médico de informar sobre el derecho a la muerte digna y a los cuidados paliativos, lo que implica que el consentimiento informado debe ser obtenido antes de cualquier intervención que afecte la vida del paciente.

La decisión del paciente o de sus familiares deberá formalizarse por escrito, bien sea para aceptar o rechazar un tratamiento que busque prolongar la vida, permitiendo que el paciente pueda revocar su decisión en cualquier momento. La ley remarca que la información debe ser documentada en un acta que será firmada por todos los intervinientes en el proceso buscando no solo proteger al paciente, sino que también ofrece seguridad jurídica, asegurando que se respeten las decisiones tomadas por el individuo.

Ahora bien ¿Qué sucede cuando un paciente no posee la capacidad para tomar decisiones fundamentadas o conscientes debido a su enfermedad? La posibilidad de enfrentar una enfermedad prolongada genera una gran incertidumbre. La idea de encontrarse en una cama de hospital, alejado de seres queridos y con decisiones sobre su salud tomadas sin su consentimiento, puede representar una carga emocional abrumadora. No obstante, es inevitable que todos enfrentemos, en algún momento, esta dura realidad, ya que la juventud no es eterna y la salud es transitoria.

Por tanto, es imperativo tomar decisiones anticipadas sobre nuestra atención médica, especificando de antemano los tratamientos o intervenciones que estamos dispuestos a aceptar y aquellas que preferimos evitar. Asimismo, es fundamental indicar cómo deseamos ser tratados, quién debería cuidar de nosotros y en qué tipo de entorno queremos recibir esa atención. Esta planificación nos permite a los individuos ejercer control sobre nuestra existencia, alineando las decisiones con los deseos más profundos. Este acto no solo es responsabilidad personal, sino también una reflexión de la importancia de la autonomía y dignidad en el contexto de la atención médica.

El ejercicio de este derecho personalísimo se encuentra recogido en nuestro ordenamiento jurídico a través de las Directivas Anticipadas de Salud que están reconocidas en la legislación nacional. Sambrizzi define estas directivas como *"La posibilidad de poder válidamente la persona, con carácter obligatorio para los médicos que la atiendan, decidir con anticipación a sufrir una enfermedad grave que la haya dejado en un estado de salud tal que no pudiera expresar su voluntad, cómo desearía ser tratada en ese supuesto, y qué tratamientos estaría dispuesto a aceptar y cuáles no, como también – análogamente- la de poder designar a un tercero para que, de llegar a encontrarse en la situación señalada (de inconsciencia, demencia, etc.) decida en su nombre sobre dichas cuestiones. O simplemente, para que interprete su voluntad en caso de duda sobre el alcance de las instrucciones que la persona hubiera previamente dado para el supuesto en cuestión*" (pág. 45). A través de estas Directivas el individuo manifiesta expresamente sus preferencias fundamentadas en su proyecto de vida, deseos y valores, estableciendo con claridad sus decisiones sobre tratamientos médicos, garantizando de esta manera que su voluntad sea respetada, permitiendo que sus decisiones reflejen su autenticidad, asegurando que no se trata de un deseo de morir, sino de vivir hasta el último momento con dignidad, evitando procedimientos médicos que no contribuirían a mejorar su calidad de vida.

La Dra. Aída Kemelmajer de Carlucci subraya que "*las directivas anticipadas son fundamentales para proteger la autonomía del paciente y garantizar que su voz se mantenga activa incluso en momentos críticos."* (Dra. Aída Kemelmajerde Carlucci, 2024, pág. 123) Estas directivas, como manifestaciones de las preferencias de un paciente ante situaciones futuras hipotéticas, no desestiman la expertise del médico tratante, sino que evidencian un cambio de paradigma en la relación médico-paciente, transitando de una relación paternalista a una interacción más dialogante que valora la participación del paciente. Esta evolución integra los principios bioéticos de beneficencia y autonomía, entendiendo la beneficencia como una cooperación mutua en pro del mejor interés de ambos, lo que algunos autores describen como beneficencia fiduciaria. Al mismo tiempo, la autonomía se erige como una expresión fundamental de la dignidad humana, reconociendo la capacidad del individuo para tomar decisiones sobre su propio cuerpo y gestionar su vida y su muerte.

Esta autonomía de la voluntad se ejerce no solo en el presente, sino de manera prospectiva, permitiendo que los pacientes anticipen las circunstancias futuras que

podrían afectar su capacidad de decidir. El bioeticista español Zamarriego Moreno describe este concepto como un "*sistema de reflexión sobre el porvenir, imaginándolo a partir del futuro y no del presente*". (Zamarreigo Moreno citado por Tinant, Eduardo L, 2016) (parr. 9) Los individuos deben prever las situaciones en las que pueden encontrarse y comunicar al médico responsable sus preferencias sobre las decisiones que desean o no que se tomen en su tratamiento, a través de documentos conocidos como testamento vital, testamento biológico y directivas anticipadas.

La materialización de estas directivas se realiza mediante una manifestación escrita, debidamente datada y firmada, donde toda persona capaz expresa de manera libre las instrucciones que deben respetarse en su atención médica y el cuidado de su persona, anticipando así una posible incapacidad futura. Estas directrices se relacionan con derechos personales y no con disposiciones patrimoniales, que son propias del ámbito del derecho civil, aunque puedan presentarse de forma conjunta. La declaración de voluntad anticipada asume un carácter similar al consentimiento libre e informado, pero de forma anticipada.

La "Declaración de Voluntad Anticipada" dispuesta en el artículo 11 de la ley N°26.742 "*reconoce el derecho que tiene toda persona capaz de disponer directivas anticipadas sobre la atención y el cuidado de su salud, expresando su consentimiento o rechazo con respecto a los tratamientos médicos que puedan indicarse en el futuro, así como sus valoraciones sobre ellos, en previsión de la pérdida de la capacidad natural o la aparición de circunstancias clínicas que le impidan expresar su voluntad en ese momento*" La incorporación de las directivas anticipadas en la historia clínica del paciente es necesaria para que estas instrucciones sean efectivas en situaciones donde la comunicación clara no sea posible. Esto implica un compromiso por parte de los profesionales de la salud no solo para conocer y entender las directivas, sino también para integrarlas de manera activa en el proceso de atención médica, no solo como un acto administrativo; es un compromiso ético que debe ser respetado y promovido.

La legalidad de las directivas anticipadas y del consentimiento informado se fundamenta en el reconocimiento de la dignidad del paciente. Según Nombela Cano (Nombela Cano, 2008) *"el respeto por la autonomía del paciente es un fundamento ético no sólo del consentimiento informado, sino de toda la práctica médica"(pág. 28).* Es importante señalar que el consentimiento informado y las directivas anticipadas no son conceptos equivalentes; el primero es otorgado por una persona en su calidad de

"paciente" y previo a su internación o a la intervención, el segundo puede ser establecido por una persona en perfecto estado de salud con el objetivo de especificar cómo desea ser tratado en caso de experimentar una futura incapacidad.

Aunque se conocen a menudo como "testamentos de vida", es necesario reconocer las diferencias entre el testamento y esta nueva figura, ya que el testamento tiene efectos a partir del fallecimiento del testador e incluye disposiciones de carácter patrimonial. En contraste, las directivas anticipadas producen efectos antes del fallecimiento, centradas exclusivamente en decisiones personales sobre la atención médica, excluyendo cualquier disposición sobre cuestiones patrimoniales. A pesar de que algunos registros de actos de autoprotección en varios Colegios de Escribanos del país admiten la posibilidad de formular disposiciones sobre estos temas, tal práctica no resulta ajustado a derecho.

El principio de autonomía impone a los profesionales de la salud la obligación de entablar un diálogo genuino con sus pacientes, favoreciendo así una relación que estimule la reflexión conjunta sobre las decisiones clínicas. Este deber no se limita a la mera información, sino que también incluye la escucha activa y la comprensión de las preferencias y valores del paciente.

Las directivas anticipadas pueden manifestarse en diversas formas, desde documentos estandarizados hasta declaraciones elaboradas libremente por el paciente. Esta flexibilidad es esencial para satisfacer las distintas necesidades y preferencias individuales. De acuerdo con el decreto reglamentario 1089/2012, "*las directivas anticipadas deben ser expresadas de manera clara y en un formato que el paciente considere adecuado, asegurando que su voluntad sea desde un principio considerada*". (Salud Pública - Decreto 1089/2012 Ministerio de Justicia de la Nación, 2012) No obstante, la aplicación práctica de estas directivas enfrenta desafíos, ya que la evolución de la enfermedad puede afectar la capacidad del paciente para comunicar sus deseos previamente manifestados.

Por ello, la comunicación continua entre el paciente y el equipo de salud es fundamental para mantener actualizadas las directivas anticipadas, garantizando su concordancia con la situación clínica del paciente. La naturaleza dinámica de la salud y la enfermedad exige que los profesionales estén dispuestos a revisar y discutir las directivas a medida que cambian las condiciones y perspectivas del paciente.

La participación de la familia es, igualmente, crucial en el proceso de toma de decisiones sobre el cuidado del paciente. En aquellos casos en que el paciente se encuentre incapacitado, la familia puede actuar como intermediaria para asegurar el respeto de las directivas anticipadas. Su cercanía emocional proporciona una interpretación relevante de los deseos del paciente, especialmente en situaciones críticas que requieren decisiones sobre su atención médica.

Es importante señalar que el principio de autonomía no es absoluto y puede estar sujeto a restricciones en ciertas circunstancias, como ocurre con enfermedades graves o incapacitantes. Esta realidad ha llevado a la legislación a establecer mecanismos que permiten que un representante legal actúe en nombre del paciente. Este representante, que puede ser un familiar cercano o una persona designada, debe asumir su responsabilidad con el máximo compromiso, teniendo siempre presente los deseos y valores del paciente en la toma de decisiones.

La Ley N° 26.742, en su artículo 6º, estipula que toda actuación profesional dentro del ámbito médico-sanitario requerirá el consentimiento informado del paciente. Originalmente, la Ley N° 26.529 no abordaba adecuadamente la cuestión del consentimiento por representación, generando críticas sobre la falta de claridad en lo que respecta a la incapacidad del paciente. Esto era particularmente preocupante en situaciones donde el estado físico o psíquico del paciente limitaba su comprensión de la información que se le ofrecía, así como al momento de decidir sobre su tratamiento. Por esta razón, fue necesario realizar reformas legislativas para esclarecer estos parámetros y establecer un orden de prelación en la toma de decisiones.

A través de la reforma, se incorporan herramientas que facilitan la gestión de casos en los que el paciente no puede o pierde su capacidad de decidir. Cuando el paciente está incapacitado para prestar su consentimiento, las decisiones recaerán sobre las personas enumeradas en el artículo 21 de la Ley N° 24.193 de Trasplante de Órganos y Materiales Anatómicos, que incluye al cónyuge no divorciado y a los descendientes, ascendientes o colaterales mayores de edad hasta el segundo grado y/o sus representantes legales, quienes deben estar en pleno ejercicio de sus facultades mentales en el momento de la decisión.

El artículo 21 de la Ley N° 24.193 establece, además, un procedimiento en caso de contradicciones entre los testimonios de personas en el mismo grado de prelación, remitiéndose al artículo 19 bis. Este último señala que la ablación de órganos puede

realizarse en personas capaces mayores de 18 años que no hayan manifestado expresamente su oposición. No obstante, esta remisión puede considerarse una falencia dispositiva, ya que no se debe aplicar la misma lógica a decisiones sobre la vida de una persona viva que a la extracción de órganos en un cadáver.

Es relevante señalar que el consentimiento por representación únicamente aplica en situaciones donde no existan "directivas o instrucciones anticipadas", conforme al artículo 11 de la Ley N° 26.742. Este aspecto es fundamental, pues establece un claro orden sobre quién tiene la autoridad para decidir en nombre del paciente ante su incapacidad. Sin embargo, la figura del consentimiento por representación presenta considerables complejidades, dado que existen circunstancias en las que los representantes legales pueden tomar decisiones perjudiciales para el paciente. Esto incluye el rechazo de intervenciones médicas esenciales, como transfusiones de sangre o cirugías que podrían salvar la vida del paciente, interpretadas erróneamente como una representación adecuada de su voluntad, a pesar de que esto podría vulnerar su derecho fundamental a la vida.

Asimismo, es posible que se acepten tratamientos que prolonguen la vida del paciente, incluso cuando en su fuero interno hubiera deseado evitar tales intervenciones. Dada la seriedad y profundidad de estas decisiones, se plantea la duda sobre la capacidad de una resolución judicial para corregir tales inconsistencias. Solo el paciente, enfrentado al final de su vida, posee un conocimiento íntimo de sus propios deseos y preferencias. Esto resalta la importancia de respetar la autonomía del paciente y de garantizar que, en ausencia de su capacidad de decidir, se escuchen y consideren sus directrices anticipadas.

VIII.3.5. Cuidados Paliativos y Encarnizamiento Terapéutico

Los cuidados paliativos surgen como una respuesta necesaria para la atención de personas con enfermedades avanzadas y terminales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como "*un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familias ante los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales"*. Este enfoque integral busca no solo el alivio del dolor físico, sino también el apoyo psicológico y emocional, la gestión de necesidades sociales y espirituales, y la contención de los familiares durante el proceso de enfermedad.

El objetivo de los cuidados paliativos es mitigar el sufrimiento al proporcionar herramientas como el control efectivo del dolor. Esta atención contempla al paciente en su totalidad, sugiriendo que deben ser atendidos los aspectos emocionales, psicológicos,

sociales y espirituales durante su tratamiento. Es fundamental el respeto por la autonomía del paciente, permitiendo que este tome decisiones informadas sobre su cuidado. Igualmente, se considera esencial el soporte a las familias, quienes también enfrentan el impacto del diagnóstico y el proceso de cuidado.

Una característica distintiva de los cuidados paliativos es su enfoque en la prevención y el alivio del sufrimiento desde el momento del diagnóstico, en lugar de esperar a las etapas finales de la vida. Este principio defiende el derecho de todo paciente a recibir cuidados que le permitan vivir con la mayor calidad posible hasta el final, en vez de centrarse únicamente en la prolongación de la vida a través de tratamientos agresivos.

A contrario sensu, el encarnizamiento terapéutico se manifiesta como un fenómeno donde se persiste en tratamientos médicos intensivos y agresivos que, a menudo, carecen de justificación ética y pueden ocasionar un sufrimiento innecesario. Este enfoque puede resultar en una prolongación del sufrimiento del paciente, ya que las intervenciones realizadas frecuentemente no ofrecen beneficios en términos de calidad de vida. El encarnizamiento terapéutico conlleva, en muchas ocasiones, la insistencia en tratamientos invasivos que pueden ser tanto físicamente dolorosos como emocionalmente agotadores.

El impulso de los médicos y su personal auxiliar por "ganarle a la muerte" es entendible, pero la cuestión radica en los "límites" de tales esfuerzos. Es fundamental establecer hasta qué punto es lícito insistir en los intentos de salvación y cuándo es necesario suspenderlos para evitar una muerte angustiosa.

La práctica médica ética y lícita debe permitir al paciente con una enfermedad terminal morir de la manera más confortable y natural posible. Esto autoriza a los profesionales a prescindir de procedimientos o tratamientos desproporcionados o inútiles que solo prolonguen la agonía, sin desatender el apoyo personal y la medicación que brinda confort y alivia el dolor del enfermo.

Las causas que propician el encarnizamiento terapéutico son diversas, incluyendo aspectos sociales, emocionales y educativos. La presión familiar puede llevar a exigir tratamientos intensivos incluso con un pronóstico desfavorable. Además, la falta de comunicación efectiva entre médicos y pacientes puede resultar en expectativas desalineadas respecto a los objetivos del tratamiento. A su vez, muchos profesionales de

la salud están más preparados para resolver problemas médicos que para aceptar la muerte, lo que resulta en una tendencia a priorizar la lucha por la vida a cualquier costo.

El encarnizamiento terapéutico también se encuentra influido por la cultura médica predominante en una sociedad. En muchas culturas, incluida la argentina, persiste la idea de que es deber de los médicos hacer "todo lo posible" por mantener a un paciente vivo, sin considerar las condiciones de salud o estabilidad emocional del mismo. Esta noción puede dificultar la provisión de una experiencia digna y sin sufrimiento en los momentos finales de la vida.

La Ley 26.742 reconoce no solo el derecho de los pacientes a recibir atención adecuada, sino también su derecho a decidir sobre los tratamientos que aceptan o rechazan. Sin embargo, a pesar de los avances legislativos que proporciona la Ley 26.742, la implementación efectiva de sus principios enfrenta numerosos desafíos. La infraestructura para cuidados paliativos es escasa en muchas regiones de Argentina, limitando el acceso a tratamientos que podrían aliviar significativamente el sufrimiento de los pacientes y sus familias. En áreas rurales o desfavorecidas, la falta de servicios especializados implica que quienes necesitan cuidados paliativos a menudo no reciben atención oportuna, creando un escenario en el que se ven atrapados en un ciclo de tratamientos invasivos y dolorosos en lugar de experimentar una atención compasiva e integral.

Los cuidados paliativos y el encarnizamiento terapéutico representan dos enfoques contrastantes en la atención al final de la vida. La Ley de Muerte Digna proporciona un marco esencial para guiar a pacientes, familias y profesionales en la búsqueda de una atención compasiva, digna y respetuosa. Es necesario fomentar una cultura que valore la vida en todas sus etapas, incluida la muerte, sin miedo ni tabúes. Este proceso no solo beneficia a los pacientes, sino que también proporciona un alivio emocional a las familias, promoviendo la dignidad y el respeto que cada persona merece en su tránsito final.

VIII.4. Objeción de conciencia

Para poder desarrollar la objeción de conciencia, es esencial considerar la complejidad que rodea el derecho de un médico a negarse a realizar un procedimiento solicitado por un paciente, o a no realizarlo según sea el caso. Este derecho se fundamenta en las convicciones éticas, morales, filosóficas y religiosas profundas que guían la práctica médica. Entendemos la objeción de conciencia como una manifestación legítima

de la autonomía profesional, que permite al médico actuar conforme a sus principios, evitando así un daño importante a su conciencia y su integridad moral.

Como señala Barragán, citando a "*se trata de una oposición, pero no de cualquier tipo, sino precisamente de 'conciencia"* Lanos (Sánchez Barragán R., 2020, págs. 89-97),, lo que subraya la especial consideración que debe tenerse en cuenta cuando se discute este tema. En la misma línea, describe la objeción de conciencia a la eutanasia como un tipo "*cualificado*" de objeción, que no se reduce a un simple conflicto entre un deber moral y uno jurídico.

Esta adquiere mayor relevancia en el contexto de la ley de muerte digna, que implica la decisión de retirar el suministro de alimentos e hidratación a un paciente en estado terminal. En este contexto, el médico debe sopesar el impacto de su decisión no solo sobre su propio bienestar moral, sino también sobre la vida y la dignidad del paciente. La capacidad de un profesional para tomar la decisión de interrumpir tratamientos que prolongan el sufrimiento, en lugar de brindar alivio, se encuentra fuertemente vinculada a su sentido de ética personal. Es vital, entonces, que se contemple el derecho de cada médico a actuar conforme a su propia moralidad al enfrentarse a estos compromisos profesionales. Al mismo tiempo, es imperativo que se garantice el acceso del paciente a decisiones informadas y compasivas sobre su atención.

Capitulo IX: Derecho a morir. ¿Derecho fundamental a legalizar o delito a castigar?

La eutanasia constituye una de las problemáticas más complejas y controvertidas del Derecho contemporáneo, en tanto interpela de manera directa los límites tradicionales de la protección jurídica de la vida, la autonomía individual y la dignidad humana. En el contexto normativo argentino, esta cuestión adquiere una singular relevancia frente a la ausencia de una regulación específica que reconozca o contemple expresamente la posibilidad de disponer sobre la propia vida en condiciones de sufrimiento irreversible o terminal, abriendo así un campo de tensión normativa, axiológica y jurisprudencial.

El plexo normativo argentino reconoce, tanto en su Constitución Nacional como en los instrumentos internacionales incorporados con jerarquía constitucional (art. 75, inc. 22, CN), los derechos personalísimos a la vida, la libertad y la integridad física y psíquica. Sin embargo, la omisión legislativa respecto de la eutanasia activa revela una laguna normativa que no solo genera incertidumbre jurídica para pacientes, familiares y profesionales de la salud, sino que compromete potencialmente el pleno ejercicio de la autonomía personal y el principio de dignidad, pilares esenciales del constitucionalismo moderno y del Derecho Internacional de los Derechos Humanos (Bidart Campos, 2001).

Este capítulo se propone examinar, desde una perspectiva constitucional y convencional, la articulación de los derechos fundamentales en juego, y particularmente, el modo en que la tensión entre el deber de protección del derecho a la vida y el respeto a la autodeterminación puede y debe ser resuelta conforme a los compromisos internacionales asumidos por la República Argentina. En este sentido, resultan de especial interés el análisis del Pacto de San José de Costa Rica (Convención Americana sobre Derechos Humanos), que consagra el derecho a la vida en su artículo 4, sin desconocer el contenido ético-jurídico de la vida digna y libre de sufrimiento, y otros instrumentos internacionales de derechos humanos que integran el bloque de constitucionalidad.

Asimismo, se abordará un estudio sistemático y crítico de los proyectos legislativos presentados en el Congreso de la Nación tendientes a despenalizar o regular la eutanasia y el suicidio asistido. Este análisis comprenderá no solo la evaluación de su compatibilidad con el sistema constitucional y convencional vigente, sino también su potencial impacto en la arquitectura normativa del Estado de Derecho, a fin de determinar si ofrecen una respuesta jurídica adecuada a las nuevas demandas sociales en torno al derecho a morir dignamente.

Finalmente, se analizará el tratamiento penal de la eutanasia en el ordenamiento jurídico argentino, con especial referencia a las figuras delictivas contempladas en el Código Penal vinculadas al auxilio al suicidio (arts. 83 y concordantes), así como los intentos de reforma orientados a reconocer excepciones fundamentadas en el respeto a la voluntad del paciente y la dignidad en el proceso de morir. Se evaluará, en tal sentido, la coherencia de dichas iniciativas con los principios de legalidad, proporcionalidad y humanidad de la pena, y su eventual contribución a la construcción de un modelo penal respetuoso de los derechos fundamentales en situaciones límite.

Desde esta perspectiva, el capítulo se erige como una propuesta de reflexión jurídica integral que, partiendo del análisis normativo vigente, busca aportar elementos sustantivos para el debate sobre la necesidad de reconocer, en el marco de un Estado constitucional de derecho, un derecho fundamental a morir con dignidad, en armonía con los valores supremos del orden jurídico argentino y el Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

IX.1 Fundamentos Constitucionales y Convencionales

El derecho a la vida, tal como está consagrado en los tratados internacionales y en la Constitución Nacional Argentina, se erige como el fundamento indispensable para el ejercicio de todos los derechos humanos. Sin embargo, su interpretación no puede ser reducida a una afirmación absoluta e inmutable. Este derecho, reconocido de manera expresa en instrumentos internacionales como el artículo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos que establece: *"Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona"* (Declaracion de los derechos humanos, 1948), el artículo 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos dispone: *"Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente"* (Pacto de San José de Costa Rica, 1984), el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos señala: *"El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente"* (Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966), y en normas nacionales como la Constitución Nacional Argentina, implica una protección que debe ser entendida en relación con otros derechos que también conforman el tejido jurídico de las sociedades democráticas.

En este contexto, resulta pertinente destacar que la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) ha desarrollado una doctrina que subraya la importancia del derecho a la vida sin atribuirle un carácter absoluto. En el caso "Asociación Benghalensis y otros c/ Ministerio de Salud y Acción Social – Estado Nacional s/amparo" (Asociación Benghalensis y otros c/ Estado Nacional, 2000), la CSJN afirmó que "*el ejercicio de los derechos reconocidos expresamente requiere necesariamente del derecho a la vida, el cual, más que un derecho no enumerado en los términos del artículo 33 de la Constitución Nacional, debe entenderse como implícito".* La conexión entre este derecho y el derecho a la salud también fue destacada, indicando que una persona gravemente enferma puede ver restringida su capacidad para ejercer su plan de vida.

Desde una perspectiva constitucional, Bidart Campos sostiene que el derecho a la vida tiene un carácter primordial porque constituye la base para el ejercicio de los demás derechos humanos, pero reconoce que su contenido normativo no puede interpretarse de manera uniforme en todos los casos, sino que debe evaluarse en función de las circunstancias concretas y de los principios de razonabilidad y proporcionalidad (Campos, 2002, pág. 49).

Asimismo, el derecho a la vida está vinculado a la protección integral de las personas desde la concepción, como lo establece el artículo 75 inciso 23 de la Constitución Nacional, que encomienda al Congreso la adopción de medidas para garantizar el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por los tratados internacionales de derechos humanos (Corbalán, 2012). En este sentido, el artículo 6-1 de la Convención sobre los Derechos del Niño (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989) recalca que los Estados Partes deben garantizar "*en la mayor medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño*", reafirmando el carácter prioritario de la protección de la vida.

Sin embargo, la prohibición de la privación arbitraria de la vida, establecida en el artículo 4-1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Convencion americana sobre derechos humanos, 1ed. 2016), no significa que este derecho sea absoluto. El término "arbitrariamente" introduce un margen de interpretación que permite a los Estados equilibrar la protección de la vida con otros intereses jurídicos relevantes. Gil Domínguez ha resaltado que esta protección debe interpretarse de manera armónica con el principio pro homine, favoreciendo siempre la solución que brinde una mayor protección a los derechos humanos sin sacrificar la esencia de ninguno de ellos. La

centralidad de este derecho no excluye la necesidad de ponderarlo frente a otros derechos y principios constitucionales. Según el autor, la jurisprudencia y la doctrina deben jugar un rol fundamental en la delimitación de su alcance y aplicación, especialmente en escenarios complejos donde surjan conflictos entre derechos fundamentales; es decir que no debe ser concebido de manera aislada, sino como parte de un sistema jurídico que busca equilibrar valores y derechos en constante interacción. (Dominguez, 2012, pág. 337)

La ponderación permite que la protección del derecho a la vida sea compatible con el respeto a otros principios fundamentales, como el acceso a la justicia, la igualdad ante la ley, y el deber estatal de garantizar condiciones dignas de existencia. En este sentido, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el caso "Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro) vs. Costa Rica" (CIDH, 2023), destacó que "*la protección de la vida no puede ser entendida como un mandato absoluto que anule el ejercicio de otros derechos*", subrayando la importancia de considerar el contexto y los impactos específicos de cada caso en la resolución de conflictos normativos.

Por otro lado, el derecho a la privacidad se encuentra de manera contundente consagrado en los Tratados Internacionales, especialmente en aquellos que regulan los derechos civiles y políticos. Este derecho, en su formulación más amplia, implica la protección de los individuos frente a las injerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada, familia, domicilio o correspondencia. Esta protección está expresamente contemplada en varios instrumentos internacionales, destacándose el artículo 12 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos , que establece que "*nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su hogar o su correspondencia*" (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948), y el artículo 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), que ratifica el derecho de toda persona a la protección de la ley contra tales injerencias, señalando que "*nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su privacidad, familia, hogar o correspondencia*" (Comité de Derechos Humanos, 1966). Estos instrumentos internacionales reconocen, de manera unánime, que la vida privada de los individuos debe ser respetada y protegida frente a acciones que no estén debidamente justificadas dentro del marco legal.

En este sentido, la autonomía personal, entendida como la capacidad de un individuo para tomar decisiones libremente sobre su propio cuerpo y su propia vida, se encuentra intrínsecamente ligada al derecho a la privacidad. La autonomía y la privacidad

no pueden concebirse como derechos aislados, sino que deben ser entendidos como complementarios y mutuamente reforzantes, en tanto permiten al individuo ejercer un control pleno sobre su vida y sus decisiones sin interferencias externas que no se encuentren justificadas por principios de orden público o seguridad jurídica.

Es fundamental resaltar que tanto la Declaración Universal de los Derechos Humanos como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos resguardan no solo el derecho a la vida, sino también derechos intrínsecamente vinculados, tales como la dignidad humana, la libertad, y la privacidad. En primer lugar, el Artículo 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) establece que "*todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos"*. Asimismo, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos refuerza esta posición en su Artículo 6, que establece que "*todo ser humano tiene derecho a la vida*" y que "*nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente"*. Además, es necesario observar que el Artículo 18 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos establece que "*toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión*".

La Convención Americana sobre Derechos Humanos, en su Artículo 5, también estipula que: "*toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral*". Esto es especialmente relevante ya que, si se considera que una persona se ve obligada a soportar sufrimientos atroces e irreversibles, con la certeza de que su muerte es inminente, se violenta este principio de integridad. De igual manera, el Artículo 5.2 de la misma Convención establece que "*nadie será sometido a torturas ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes*". (Convencion americana sobre derechos humanos, 1ed. 2016) En este sentido, forzar a una persona a seguir viviendo con una enfermedad terminal, en un estado irreversible de sufrimiento, constituye una violación directa de este derecho humano fundamental.

Cuando se habla de Eutanasia resuena la palabra "dignidad" termino ya desarrollado en el inicio de la presente tesis, sin embargo es imposible no abordarlo cuando de derechos humanos se trate. Se sostiene que no existe un "derecho a la muerte", sino un "derecho a vivir dignamente hasta el último instante". Ello implica el reconocimiento de la dignidad ontológica de toda vida humana. La dignidad humana es más que un valor abstracto; constituye el eje sobre el cual se articulan los derechos fundamentales, especialmente en cuestiones vinculadas a la autonomía personal y las decisiones trascendentales que atañen al final de la vida; es un pilar fundamental en

nuestro ordenamiento jurídico, con un fuerte anclaje en la Constitución Nacional y en los tratados internacionales de derechos humanos que gozan de jerarquía constitucional. Este principio no solo es la base de los derechos fundamentales, sino también una guía en la interpretación y aplicación de las normas jurídicas y se traduce en la protección de la integridad física y mental de los individuos, así como en el respeto a sus decisiones personales.

La dignidad humana adquiere así, una dimensión práctica y urgente. No se trata únicamente de garantizar que la vida continúe, sino de permitir que esa vida tenga un sentido pleno según los valores y convicciones del propio individuo. La dignidad, por lo tanto, exige que cada persona pueda decidir sobre la proporción y los límites de los tratamientos médicos que recibe, así como la posibilidad de rechazar intervenciones que considere invasivas, deshumanizantes o que prolonguen un estado de sufrimiento incompatible con su concepción de una vida digna.

El respeto por la autonomía individual encuentra su máxima expresión en la facultad de decidir no solo cómo vivir, sino también cómo morir cuando la vida se torna una carga insostenible; reconociendo que la dignidad humana no reside únicamente en la existencia biológica, sino en la calidad de esa existencia, en el derecho de cada individuo a dotar de significado a su vida y a decidir, con libertad y sin coacciones, cuándo esa vida ha dejado de ser valiosa para él. Según Dreyzin de Klor, la dignidad "*no solo incluye el derecho a vivir conforme a los propios valores, sino también la posibilidad de morir conforme a ellos, en un acto que sea coherente con las convicciones más profundas de cada ser humano"* (Dreyzin de Klor, 2020, pág. 7)

Este concepto de dignidad tiene profundas implicaciones en el ámbito del derecho, ya que desafía las posturas que consideran la vida como un bien indisponible. Desde esta perspectiva, la dignidad no se opone a la protección de la vida, sino que exige que esta protección sea compatible con el respeto a la libertad y la autonomía del individuo. En los casos de enfermedad terminal, la insistencia en mantener una vida biológica a toda costa, sin considerar el sufrimiento del paciente o sus deseos explícitos, puede convertirse en un acto que contradice los principios fundamentales de la dignidad humana.

La dignidad, en este sentido, se convierte en un principio rector que orienta la interpretación y aplicación de las normas jurídicas, especialmente en contextos donde la autonomía y la vida entran en tensión. Reconocer el derecho a morir con dignidad no implica desconocer la protección de la vida, sino ampliar su significado para incluir la

libertad del individuo de decidir sobre su existencia de manera coherente con sus valores y creencias. Teniendo en cuenta que nuestro sistema jurídico coloca a la persona como el centro de su estructura normativa, exigiendo que las leyes se adapten a las necesidades reales de los ciudadanos y a la diversidad de concepciones sobre lo que significa vivir y morir con dignidad.

De este modo, la dignidad humana no es un principio estático, sino dinámico, que se actualiza y cobra sentido en cada decisión individual. Su reconocimiento no solo otorga legitimidad a las decisiones sobre el final de la vida, sino que también protege al individuo frente a intervenciones estatales o de terceros que, bajo el pretexto de proteger la vida, puedan menoscabar la autonomía y el valor intrínseco de la persona como sujeto pleno de derechos.

La dignidad humana, no solo opera como un principio que sostiene la autonomía personal, sino que también demanda una ponderación entre los valores constitucionales y las realidades éticas y jurídicas que surgen del sufrimiento humano la protección integral de la persona, tanto en su dimensión física como mental. Este principio implica el reconocimiento del derecho de cada individuo a llevar una vida que valore como significativa y digna, así como el derecho a morir con dignidad cuando las condiciones de su existencia resultan insoportables.

Se encuentra implícitamente reconocido en el preámbulo de la Constitución Nacional Argentina, que alude a la consagración de principios fundamentales como la justicia, el bienestar general y los beneficios de la libertad. Al expresar que los fines de la Constitución incluyen "*asegurar los beneficios de la libertad*", se está dando cabida a una de las bases sobre las cuales descansa el respeto por la dignidad humana, vinculada directamente a los derechos individuales y, en particular, a la autonomía personal. La dignidad, en este marco, se proyecta como un derecho que es inherente y constitutivo del ser humano, y que se encuentra protegido frente a cualquier forma de coacción indebida.

Por último es dable destacar en cuanto a principios, el principio de libertad y reserva. El artículo 19 de la Constitución Nacional, que establece que "*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*", refuerza este principio al reconocer la libertad individual como norma, Consagra la idea de que las decisiones privadas de los individuos, especialmente aquellas que no afectan los derechos ajenos ni transgreden el orden público, se encuentran fuera

del alcance de la intervención estatal. Este es un claro reflejo de la autonomía de la persona, quien tiene derecho a determinar su propio camino de vida, siempre que no se transgredan los límites establecidos para la convivencia social.

Por su parte la privacidad está protegida por el artículo 17 del PIDCP, que prohíbe las injerencias arbitrarias o abusivas en la vida privada de una persona. La prohibición de la eutanasia puede interpretarse como una forma de injerencia en la esfera privada de los individuos, obligándolos a soportar un sufrimiento intolerable. En este sentido, permitir la eutanasia respetaría el derecho a la privacidad al ofrecer una opción para que los individuos decidan cómo enfrentar su sufrimiento extremo sin imposiciones externas (Pacto de San José de Costa Rica, artículo 11).

De esta manera, la libertad del individuo en el ámbito de sus decisiones privadas se vincula de manera directa con su dignidad, y cualquier limitación que el Estado intente imponer a tales decisiones debe estar justificadamente fundada, con base en la necesidad de salvaguardar los derechos de terceros o el orden público. Sin embargo, la intervención estatal no debe ser la regla, sino la excepción, y debe ser ejercida con cautela y proporcionalidad para evitar caer en prácticas paternalistas que socaven la autonomía individual.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en su Preámbulo, proclama: *"Todos los hombres nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están por naturaleza de razón y conciencia, deben conducirse fraternalmente los unos con los otros"* (OEA, 1948). A lo largo de su articulado, se reconocen derechos fundamentales como el derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad personal, a la igualdad ante la ley, a la vida privada, a la preservación de la salud y al bienestar. En particular, el artículo 28 establece que *"el alcance de los derechos de cada hombre tiene como límite los derechos de los demás"*.

Por su parte, el Preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos subraya: *"(...) la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana. (...) los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres; y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad"* (Naciones Unidas, 1948). En su artículo 12, se establece: *"Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida*

privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques". Asimismo, el artículo 25, inciso 1, dispone: *"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios"*. Finalmente, el artículo 29 establece que *"en el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás"*.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en su Preámbulo, reconoce que: *"La libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad inherente a todos los miembros de la familia humana y de sus derechos iguales e inalienables (...)"*. En el artículo 2, se establece que los Estados deben adoptar medidas efectivas para garantizar el goce de los derechos y libertades consagrados. Además, el artículo 7 consagra: *"Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos"* (Naciones Unidas, 1966).

A lo largo de estos instrumentos jurídicos internacionales se reconocen diversos derechos fundamentales, como el derecho a la vida, a la integridad personal, a la libertad, a la seguridad personal y a la propiedad privada. No obstante, ninguno de estos tratados otorga al derecho a la vida una jerarquía superior frente a los demás derechos. En palabras de Atienza (2000): *"Es cierto que si no se está vivo no se puede ejercer ningún derecho, pero de ahí no se deduce en absoluto que el derecho a la vida goce de preeminencia frente a cualquier derecho"(pág. 102)* reflejando la importancia de interpretar los derechos humanos en su conjunto, reconociendo la necesidad de equilibrar y armonizar su ejercicio dentro de un marco democrático y pluralista.

El análisis de estos tratados revela una tendencia común hacia la protección del derecho a la vida, pero también abre la puerta a interpretaciones que reconocen el derecho del individuo a decidir sobre su propia vida. La comparación con el Convenio Europeo ofrece una perspectiva adicional sobre cómo diferentes jurisdicciones abordan estos derechos y cómo podrían integrarse en el marco legal argentino.

IX.2. Intentos legislativos de la eutanasia

En los últimos años, el Congreso de la Nación Argentina ha sido escenario de diversos intentos legislativos para regular la eutanasia y el suicidio asistido, poniendo de manifiesto el interés por abordar estas cuestiones desde una perspectiva jurídica que garantice derechos fundamentales como la autonomía personal y la dignidad humana, en consonancia con los estándares constitucionales y convencionales. Estos proyectos de ley, presentados tanto en la Cámara de Diputados como en el Senado, evidencian un esfuerzo por incorporar un marco normativo que responda a las demandas sociales y éticas contemporáneas, al tiempo que establece procedimientos claros y garantías adecuadas.

Uno de los primeros intentos recientes se concretó el 25 de noviembre de 2021, cuando los diputados Alfredo Cornejo, Jimena Latorre y Alejandro Cacace presentaron el proyecto de ley titulado "Ley de Buena Muerte. Regulación de la Eutanasia" (Expte. 4597-D-2021, T.P. 184/2021 (Poyecto de Ley de Buena Muerte, 2021). Este proyecto tiene como objeto principal regular "el derecho de toda persona a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento formal correspondiente, las garantías a observar, y los derechos y deberes del personal médico y del sistema de salud" (art. 1). La propuesta busca garantizar un equilibrio entre la protección de los derechos personalísimos y el cumplimiento de estándares éticos en el ámbito sanitario.

En diciembre de ese mismo año, un segundo proyecto fue presentado el 6 de diciembre bajo el título "Derecho a la Prestación de Ayuda para Morir Dignamente – Ley Alfonso" (Expte. 4734-D-2021, T.P. 191/2021) (Lafferriere, 2021). Esta iniciativa, firmada por las diputadas Gabriela Estévez, Mara Brawer, Carla Carrizo, Analía Rach Quiroga, Mónica Macha, Cecilia Moreau, Florencia Lampreabe y Vanesa Siley, propuso "regular el derecho de toda persona que cumpla con los requisitos exigidos a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir dignamente, de acuerdo con los principios, garantías y reglas establecidos en la ley" (art. 1). El proyecto subraya la importancia de garantizar un acceso regulado a la eutanasia en casos específicos, respetando los derechos humanos y los valores fundamentales protegidos en el ordenamiento jurídico.

Posteriormente, el 8 de agosto de 2022, los senadores Julio Cobos y Pamela Verasay presentaron un nuevo proyecto en el Senado de la Nación, bajo el título "Regulación de la Eutanasia y la Muerte Asistida" (Expte. 3956-D-2022, T.P. 113/2022). (Proyecto de Ley Regulación de la Eutanasia y la Muerte Asistida, 2022) Este proyecto tiene como propósito central "reconocer el derecho de toda persona que cumpla las

condiciones exigidas a solicitar la interrupción voluntaria de su vida, regular el procedimiento aplicable y establecer los mecanismos que permitan controlar y evaluar su implementación, así como garantizar las condiciones de dignidad y respeto en todo el proceso" (art. 1). Esta iniciativa se destaca por su enfoque en mecanismos de control y supervisión que aseguren la transparencia y la legalidad de las prácticas previstas.

En esa misma línea, pocos días después, el 11 de agosto de 2022, la diputada Carolina Moisés presentó otro proyecto denominado "Derecho a la Prestación de Ayuda para Morir Dignamente" (Expte. 4092-D-2022, T.P. 116/2022). (Proyecto de ley Derecho a la prestación de ayuda para morir dignamente , 2022) Este texto legislativo reafirma el derecho de las personas a "solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir dignamente, siempre que cumplan con los requisitos exigidos, y de acuerdo con los principios, garantías y reglas establecidas" (art. 1). La iniciativa busca construir un marco normativo sólido que permita la aplicación de estas prácticas bajo estrictas condiciones legales y éticas.

Finalmente, el 13 de septiembre de 2022, la diputada Mara Brawer impulsó el proyecto titulado "Ley de Muerte Voluntaria Médicamente Asistida" (Expte. 4855-D-2022), (Ley de Muerte Voluntaria Médicamente Asistida, 2022) en el cual se establece "el derecho a acceder a la muerte voluntaria médicamente asistida para aquellas personas que cumplan con los requisitos previstos en la normativa" (art. 1). Este proyecto enfatiza la importancia de respetar la voluntad individual en casos de padecimientos irreversibles, al tiempo que define un marco claro para la intervención médica en tales contextos.

Negar a una persona la posibilidad de decidir cómo y cuándo poner fin a su vida cuando enfrenta un padecimiento grave, crónico, e irremediable no solo vulnera su autonomía, sino que perpetúa un trato que podría considerarse cruel, inhumano y contrario a su dignidad".

Todos los proyectos coinciden en legalizar acciones orientadas a provocar la muerte de la persona por su pedido (eutanasia o suicidio asistido) como un pretendido "derecho". Desde lo terminológico, el proyecto 4597-D-2021 en su artículo 1 se refiere al "*derecho de toda persona a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir"*. El proyecto 4734-D-2021 señala que regula "*el derecho de toda persona que cumpla con los requisitos exigidos a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir dignamente*" (art. 1). El proyecto 4092-D-2022 tiene una redacción similar en su art. 1. El proyecto 3956-D-2022 reconoce "*el derecho que corresponde a toda persona que cumpla con las*

condiciones exigidas, a solicitar la interrupción de su vida" (art. 1). El proyecto 4855-D-2022 "*establece el derecho a la muerte voluntaria médicamente asistida*" (art. 1).

Se observa que existen matices significativos en la redacción de las diversas iniciativas legislativas. En este sentido, el Proyecto 4855-D-2022 se destaca por su enfoque explícito en el establecimiento del "derecho a la muerte", mientras que los restantes proyectos vinculan dicho derecho con la solicitud de asistencia para morir, precisando en algunos casos que la concesión de este derecho se encuentra restringida a los supuestos regulados por la normativa aplicable.

En cuanto al contenido normativo, el Proyecto 4597-D-2021 incluye un artículo específico que detalla los derechos de las personas que se encuentren en situaciones de enfermedad grave o incurable, garantizando su derecho a solicitar y recibir ayuda para morir, en cumplimiento con los requisitos establecidos en la ley. El artículo 2° de dicho proyecto establece lo siguiente:

"Artículo 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 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" (Proyecto 4597-D-2021, art. 2).

Por otro lado, el Proyecto 4092-D-2022 presenta una redacción similar, pero con matices importantes que subrayan la necesidad de asegurar un consentimiento informado y libre de presiones externas. Este proyecto, en su artículo 5°, estipula lo siguiente:

"Artículo 5°. - 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 toda la información relativa a la prestación de ayuda para morir y recibir tal información de modo que le permita formar y expresar su voluntad, otorgar su consentimiento y comunicarse e interactuar con su entorno, de manera libre y en

condiciones que aseguren que su decisión es individual, madura y genuina;

b) Solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir, cumpliendo los requisitos y procedimientos previstos en la presente ley;

c) Acceder al sistema de salud y contar con su asistencia y cobertura de las prestaciones correspondientes, desde su requerimiento y en las condiciones que se establecen en la presente ley y las leyes concordantes" (Proyecto 4092-D-2022, art. 5).

Ambos proyectos se centran en la protección de la autonomía del paciente, pero difieren en algunos aspectos cruciales. El Proyecto 4597-D-2021 establece de manera más directa el derecho a la ayuda para morir, mientras que el Proyecto 4092-D-2022 añade una dimensión importante al subrayar la necesidad de que la decisión del paciente sea "individual, madura y genuina", reforzando así el principio de autonomía y la obligación de proporcionar toda la información necesaria para garantizar que el consentimiento sea plenamente informado.

La redacción del Proyecto 4092-D-2022 destaca por la atención a los detalles del proceso de consentimiento informado, en particular, la obligación de proporcionar al paciente la información necesaria para que su decisión se tome de manera libre y sin coacciones, lo cual es esencial en el contexto de derechos fundamentales como el de la autodeterminación. En este sentido, se busca garantizar que el paciente pueda expresar su voluntad de manera plenamente autónoma, asegurando que la decisión sobre su vida y muerte sea genuina y reflexiva.

Es relevante señalar que ambos proyectos coinciden en la importancia de la información, el consentimiento y la accesibilidad a los servicios de salud como elementos fundamentales para la implementación de la ayuda para morir. Esta coincidencia refleja una comprensión común sobre la necesidad de proteger los derechos fundamentales del paciente, garantizando que su autonomía y dignidad sean respetadas en todo momento.

En relación con el marco normativo, se observa que las diversas propuestas de ley analizadas presentan una articulación común en cuanto a la invocación de los derechos consagrados por la Constitución Nacional y los tratados internacionales de derechos humanos, pero difieren en la manera de abordar el “derecho” a la muerte, el cual se presenta con distintos alcances y denominaciones. A continuación, se exponen las propuestas de los proyectos de ley, las cuales están centradas en la protección de los

derechos fundamentales, especialmente en lo que respecta a la vida digna y el derecho a la autonomía personal, con distintas formulaciones y referencias a los derechos humanos.

El Proyecto 4734-D-2021 establece en su artículo 2° que:

"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" (Proyecto 4734-D-2021, art. 2).

Este proyecto subraya la protección de una amplia gama de derechos, incluyendo la dignidad humana, la integridad física y psíquica, así como el acceso a la salud y la no interferencia en la vida privada. No obstante, cabe destacar que, aunque hace referencia a la vida digna y la autonomía personal, no especifica claramente cómo se articula el derecho a morir dentro de este marco.

En contraste, el Proyecto 4092-D-2022 adopta un enfoque similar, pero incluye una mención adicional a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Convención de los Derechos del Niño, ampliando el alcance de los derechos a proteger:

"Las disposiciones de la presente ley deben ser interpretadas en el marco de los derechos consagrados 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, la Convención de los Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad" (Proyecto 4092-D-2022, art. 2).

Este proyecto amplía el marco normativo al incluir una mayor referencia a convenciones internacionales, lo que da cuenta de una visión más inclusiva respecto a los derechos humanos. Sin embargo, igual que el Proyecto 4734-D-2021, la ley no hace explícita la relación entre estos derechos y el derecho a la muerte, lo que genera incertidumbre sobre el origen de tal derecho.

Por último, el Proyecto 4855-D-2022 ofrece una perspectiva más detallada sobre el marco normativo, incorporando, además, las leyes nacionales específicas relacionadas con los derechos de los pacientes y los cuidados paliativos. En su artículo 2°, establece que:

"Las disposiciones de la presente ley se enmarcan en los derechos consagrados por la Constitución Nacional, en la Ley 26.529 (Derechos del Paciente) y en la Ley 27.678 (Cuidados Paliativos). También se enmarcan en 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, a la salud, a la vida privada y a la libertad personal" (Proyecto 4855-D-2022, art. 2).

Este proyecto subraya un marco normativo más completo, al integrar las leyes nacionales 26.529 (Derechos del Paciente) y 27.678 (Cuidados Paliativos), que ya abordan la asistencia médica y el respeto de la autonomía del paciente. En este contexto, se hace explícita la relación entre el derecho a la vida digna y la dignidad humana, al mismo tiempo que se hace referencia a los derechos internacionales, lo que fortalece la legitimidad del marco normativo.

Cabe señalar que, en todos los casos, los proyectos invocan los Tratados Internacionales de Derechos Humanos, pero no especifican con claridad el origen del derecho a la muerte. Si bien se hace referencia al derecho a la vida digna, el bienestar, y la libertad de elección, no se define explícitamente un "derecho a morir" dentro de estos marcos legales. Este vacío en los proyectos podría generar desafíos interpretativos y, en consecuencia, la necesidad de un análisis más profundo para definir cómo este derecho

podría ser incorporado en el sistema jurídico nacional, respetando al mismo tiempo la jerarquía de los derechos fundamentales.

En el análisis de los fundamentos de los proyectos de ley relacionados con la eutanasia y el suicidio asistido, se revela un patrón común en cuanto a la justificación de la propuesta del derecho a morir, el cual se encuentra estrechamente vinculado a principios fundamentales como la dignidad, la autonomía personal, y el derecho a una vida digna. A continuación, se exponen los principales enfoques que emergen de los textos estudiados, los cuales, aunque coinciden en ciertos puntos, presentan matices distintivos respecto a la interpretación y alcance del pretendido derecho.

En primer lugar, el proyecto 4092-D-2022 destaca la vinculación del derecho a la muerte con la dignidad humana, al afirmar que la "dignidad de los ciudadanos" debe ser protegida en todos los aspectos de su vida, incluyendo su derecho a una muerte autodeterminada. En este marco, se sostiene que la persona tiene la potestad de decidir cómo vivir y cómo poner fin a su vida, considerándose esta decisión como un ejercicio pleno de autodeterminación y autonomía (Proyecto 4092-D-2022). Este enfoque subraya la noción de que la dignidad no puede verse comprometida por una existencia que el individuo percibe como indigna de ser vivida, en función de las condiciones de su salud o situación personal.

Por otro lado, el proyecto 4734-D-2021 también aborda la relación entre dignidad y autonomía, pero hace hincapié en el respeto a la autonomía de la voluntad, incluso en situaciones dolorosas o conflictivas. En sus fundamentos, se menciona que "la vida no es un valor a defender en sí mismo" ni una obligación del Estado, sino que debe ser un proyecto libremente elegido por la persona. Así, se establece que el derecho a decidir sobre la propia vida, incluida la opción de poner fin a ella de manera asistida, se deriva de la necesidad de respetar la voluntad autónoma del individuo en circunstancias extraordinarias (Proyecto 4734-D-2021).

A su vez, el proyecto 4597-D-2021 introduce una perspectiva alternativa al vincular el derecho a morir con el derecho a la vida, argumentando que la eutanasia plantea cuestiones jurídicas relevantes, tales como la existencia de un "derecho a la muerte" que se equipara al "derecho a la vida". En este sentido, se sostiene que la legalización y regulación de la eutanasia deben basarse en derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Nacional, tales como el derecho a la vida y la integridad física. Este enfoque destaca que el derecho a la vida no debe entenderse de manera

reduccionista como mera subsistencia, sino que implica la posibilidad de vivir de manera digna (Proyecto 4597-D-2021).

En una línea similar, el proyecto 3956-D-2022 plantea que la eutanasia conecta directamente el derecho a la vida con los derechos a la integridad física y moral, la dignidad humana, la libertad y la intimidad. Este proyecto argumenta que cuando una persona enfrenta una situación de sufrimiento insostenible y la prolongación de su vida atenta contra su dignidad y bienestar, el derecho a la vida puede ser ponderado frente a otros derechos igualmente fundamentales. Así, el bien de la vida puede ceder ante el derecho de la persona a decidir sobre su propia existencia, sin que ello implique una obligación estatal de preservar la vida a costa de la voluntad del individuo (Proyecto 3956-D-2022).

En relación con el concepto de "vida digna", varios proyectos de ley invocan la necesidad de evitar lo que consideran "tratos crueles e inhumanos" a través de la prolongación de la vida en circunstancias extremas. En este sentido, el proyecto 4734-D-2021 afirma que el derecho a vivir dignamente implica también el derecho a morir dignamente. De acuerdo con este enfoque, someter a una persona a la prolongación artificial de su existencia, cuando la persona ya no desea seguir viviendo debido a padecimientos físicos o emocionales, constituye una violación de su dignidad y autonomía. Esta argumentación encuentra eco en el proyecto 3956-D-2022, que considera que la legalización de la eutanasia sería una manera de garantizar el derecho a una muerte digna, en el marco del respeto a la autonomía de la persona y su derecho a disponer de su vida y su intimidad (Proyecto 4734-D-2021; Proyecto 3956-D-2022).

Por último, en los fundamentos del proyecto 4734-D-2021, se menciona casos emblemáticos como el de Alfonso Oliva, quien padecía Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) y solicitaba la legalización de la eutanasia para poner fin a su sufrimiento. Este caso se utiliza como ejemplo para subrayar la necesidad de regular el derecho a la asistencia para morir dignamente, argumentando que en situaciones como la de Oliva, la vida deja de ser un valor para preservar y se convierte en una carga insoportable. De este modo, los autores del proyecto argumentan que la regulación de la eutanasia sería una forma de dar respuesta a la demanda social de las personas que consideran que su vida ha perdido todo sentido y desean terminar con su sufrimiento de manera voluntaria y asistida (Proyecto 4734-D-2021).

Los fundamentos de los proyectos de ley presentan un abanico de argumentos que justifican el derecho a morir a partir de principios como la dignidad, la autonomía, el derecho a la vida y la vida digna. Sin embargo, persiste un debate sobre la interpretación de estos principios y la forma en que deben equilibrarse con otros derechos fundamentales, especialmente en el contexto de las tensiones entre la autonomía personal y la obligación estatal de proteger la vida. Es imperativo que cualquier legislación sobre este tema contemple con precisión las garantías necesarias para asegurar que este derecho no sea vulnerado ni malinterpretado, preservando tanto la dignidad humana como los derechos fundamentales de todas las personas.

IX.3. Análisis de los Delitos contra la Vida en el Código Penal Argentino

El debate sobre la eutanasia no solo involucra la consideración del derecho a la vida, sino que está íntimamente vinculado a la interpretación del principio de autonomía personal. Este principio se ha consolidado en las últimas décadas como uno de los pilares fundamentales de los derechos humanos, especialmente en la protección frente a la intervención del Estado en asuntos íntimos y privados. La autonomía personal, entendida como la capacidad del individuo para tomar decisiones sobre su vida, es reconocida internacionalmente como un derecho intrínseco, indispensable para el ejercicio pleno de la dignidad humana. En este contexto, la eutanasia se presenta como una manifestación extrema de este derecho, en la que el individuo decide de manera consciente y libre poner fin a su vida, generalmente por un sufrimiento insoportable derivado de una enfermedad terminal o incurable. La legalización de la eutanasia, por tanto, se enfrenta a la necesidad de conciliar dos derechos fundamentales que parecen estar en conflicto: el derecho a la vida y el derecho a la autodeterminación.

La jurisprudencia internacional ha venido desarrollando una visión expansiva sobre el derecho a la autodeterminación, reconociendo que este incluye, en situaciones específicas, la facultad de decidir sobre la propia muerte. Esto ha sido particularmente relevante en países donde el sufrimiento por enfermedades terminales o crónicas se ha convertido en una razón legítima para autorizar la eutanasia o el suicidio asistido. Así, en varios tribunales internacionales, el derecho a la autonomía personal ha sido interpretado de manera tal que los individuos tienen la posibilidad de decidir si desean vivir o morir, bajo condiciones en las cuales la calidad de vida se ha deteriorado irremediablemente. Sin embargo, a pesar de estos avances jurisprudenciales, el derecho a la vida sigue siendo

considerado un derecho fundamental que debe ser protegido en la mayoría de los sistemas jurídicos, lo que plantea un dilema jurídico y ético.

En el marco de la legislación argentina, el Código Penal establece en su artículo 79 que el homicidio es un delito, lo cual parece entrar en contradicción con la posibilidad de permitir la eutanasia, ya que cualquier acto que implique el fin de la vida de una persona es inicialmente tipificado como homicidio. Sin embargo, el Código Penal también contempla exenciones de responsabilidad en situaciones excepcionales, como el homicidio cometido por compasión, cuando se da respuesta a un sufrimiento insoportable. Esta figura de homicidio por compasión ha sido interpretada como un indicio de que, en determinadas circunstancias, el derecho a la autonomía y la protección de la dignidad humana podrían justificar la intervención para poner fin al sufrimiento, sin que se incurra en responsabilidad penal. No obstante, el desafío radica en determinar cuáles son las condiciones que deben cumplirse para que esta justificación sea válida, y quién debe tener la autoridad para validar esas condiciones.

La legalización de la eutanasia plantea, en primer lugar, un problema de tipificación en el derecho penal. Actualmente, el Código Penal argentino no reconoce la eutanasia como una figura jurídica autónoma. Los actos relacionados con la eutanasia, como la ayuda al suicidio o el homicidio, son castigados bajo las figuras tradicionales de homicidio, sin que se contemple un tratamiento específico que permita la práctica de la eutanasia bajo circunstancias excepcionales, como el sufrimiento terminal. En este contexto, el artículo 83 del Código Penal establece que quien colabore con el suicidio de otra persona, ya sea mediante la instigación o la ayuda material, incurre en una pena de prisión de uno a cuatro años. Este artículo se aplica, incluso si el actor lo hace por razones piadosas, como el deseo de aliviar el sufrimiento de un enfermo terminal.

La intervención material en un suicidio asistido plantea otro desafío jurídico, ya que el artículo 83 castiga las acciones que faciliten el suicidio, pero no las que impliquen la ejecución directa del acto sobre el cuerpo de la persona. De esta forma, la legislación no diferencia de manera clara entre el suicidio asistido y el homicidio, lo que ha generado debates sobre si la intervención de un médico o un tercero, actuando por motivos humanitarios, debería ser tratada como una excepción dentro del marco penal. Este enfoque pone en evidencia la necesidad de una legislación más precisa y detallada que regule la eutanasia, reconociendo su práctica dentro de un marco legal específico, que

contemple el consentimiento informado del paciente y la necesidad de intervención de un profesional médico.

A pesar de que el Código Penal argentino no penaliza el suicidio en sí mismo, sí penaliza la participación en el suicidio ajeno, ya sea por inducción, incitación o ayuda material. Este hecho ha sido interpretado por algunos autores como una contradicción, dado que el suicidio, si bien no está prohibido, se ve como un acto privado que recae bajo el amparo del derecho constitucional a la privacidad (artículo 19 de la Constitución Nacional). Sin embargo, la intervención de terceros en el suicidio ajeno entra en conflicto con el orden público y los valores sociales, lo que justifica la intervención del sistema penal. En este sentido, se ha argumentado que la legislación debería diferenciar entre el suicidio sin asistencia y el suicidio asistido, contemplando la diferencia entre la participación y la mera asistencia.

Los artículos 79 y 84 del Código Penal, que sancionan el homicidio doloso y culposo, respectivamente, también entran en juego en el análisis de la eutanasia. El artículo 79 establece que el homicidio doloso será castigado con penas de prisión de ocho a veinticinco años, mientras que el artículo 84 impone penas más leves por homicidio culposo, en situaciones de imprudencia o negligencia. Estos artículos podrían aplicarse, en caso de que un médico actúe en la práctica de la eutanasia, ya sea de forma deliberada (homicidio doloso) o por omisión (homicidio culposo). La falta de una regulación específica sobre la eutanasia genera incertidumbre sobre las consecuencias jurídicas para los profesionales de la salud que se vean involucrados en estas prácticas.

Este vacío normativo resalta la necesidad de una legislación que regule la eutanasia de manera detallada, estableciendo claramente las condiciones bajo las cuales puede llevarse a cabo, y garantizando, a su vez, la protección de la autonomía del paciente y los derechos de los profesionales médicos involucrados. En este sentido, el principio de "obediencia debida" cobra relevancia, ya que plantea la posibilidad de que el médico, actuando bajo la solicitud del paciente, se vea obligado a cumplir con la voluntad de este, sin que esto implique una violación de la ley. El consentimiento, en este contexto, juega un papel fundamental, ya que se debe garantizar que la decisión de poner fin a la vida sea tomada de manera libre, informada y consciente por el paciente.

La doctrina contemporánea sobre el consentimiento, en particular el consentimiento justificante y el consentimiento eliminador de la tipicidad, ofrece una base teórica para analizar la cuestión de la eutanasia. El consentimiento justificante hace que

una conducta que en otro contexto sería considerada delictiva, como el homicidio, se vuelva legal cuando el titular del bien jurídico (en este caso, la vida) ha otorgado su consentimiento. El consentimiento eliminador de la tipicidad, por su parte, elimina la tipicidad de la conducta, de manera que el acto de poner fin a la vida de una persona no se considere delito si el consentimiento es válido. Este enfoque abre la posibilidad de que, en circunstancias específicas, la eutanasia sea reconocida legalmente sin que se incurra en responsabilidad penal, siempre y cuando el consentimiento del paciente sea dado de manera válida y libre.

La pregunta que subyace a todo este análisis es hasta qué punto el derecho a la autonomía y la capacidad de decisión sobre la propia vida deben ser respetados frente a la intervención del Estado. En última instancia, la legalización de la eutanasia no solo implica una cuestión de derecho penal, sino también de ética, derechos humanos y la garantía de un marco legal que proteja la dignidad humana en sus diversas manifestaciones. Es necesario, por lo tanto, avanzar hacia una legislación más acorde con los principios constitucionales de autonomía personal, libertad y respeto por la dignidad humana, que permita que las personas en situaciones de sufrimiento extremo puedan ejercer su derecho a morir dignamente, sin que ello implique una transgresión a los principios fundamentales del derecho penal.

IX.3.1 El Valor de la aquiescencia en la Limitación del Poder Punitivo Estatal

El consentimiento es un concepto central en el derecho penal, especialmente cuando se trata de la limitación del poder punitivo estatal sobre actos que involucran la autonomía personal. La teoría del consentimiento ha evolucionado desde su consideración como una causa de justificación hasta ser vista como un factor que puede eliminar la tipicidad del delito. Ahora bien, amerita que se realice una distinción entre el consentimiento justificante y el acuerdo eliminador de la tipicidad, analizando las posturas contemporáneas de Otero, Roxin, Zaffaroni, Soler y Creus sobre el valor del consentimiento en el contexto del derecho penal, particularmente en relación con la eutanasia y el suicidio asistido.

Los delitos contra la vida en el Código Penal Argentino Nuestro Código Penal, no solo no recepta la eutanasia como figura autónoma, ya que, dependiendo el caso, el hecho caerá bajo la figura de ayuda al suicidio u homicidio, sino que tampoco contempla la muerte por piedad como figura atenuada del homicidio. En su artículo 83, referido a la instigación o ayuda al suicidio, se establece una pena de prisión de uno a cuatro años al

que instigue o colabore en el suicidio de un tercero, sea que se haya consumado o que solo haya quedado en tentativa.

La figura se compone por la alternativa de dos acciones, una intervención psicológica o intelectual y una intervención material; por lo que llevando a cabo una de ellas el acto queda comprendido en este tipo delictual. En el caso del suicidio asistido con móviles piadosos, caería bajo la figura del articulo 83 por la realización de la segunda alternativa, o sea, la ejecución de actos materiales; más allá de que la persona a la cual presta su colaboración padezca una enfermedad terminal e irreversible, sea víctima de incontrolables dolores y sufrimiento, y haya un sentimiento de piedad de parte del actor. Vale aclarar que la intervención material que se presta es para que el otro ejecute el acto de darse muerte así mismo, ya que de haber actos materiales sobre el cuerpo de la otra persona se estaría hablando de homicidio.

Tal como se desprende de la lectura del citado artículo, y siguiendo a Dalessio, lo que el código reprime no es el suicidio en sí, o su tentativa, ya que dicho acto pertenece a la esfera íntima de la privacidad, lo cual está amparado por el artículo 19 de la Constitución Nacional, sino que castiga "la participación (consistente en determinar, inducir, incitar, ayudar o facilitar) en el suicidio o intento de suicidio de otro" (Dalessio, 2004, pág. 83).

Por su parte, los artículos 79 y 84, también incluidos en Libro II del Código Penal bajo el Título I "Delitos contra las personas", punen los delitos de homicidio doloso y culposo, respectivamente. De este modo, en el artículo 79 se pena con ocho a veinticinco años de reclusión o prisión, al que de muerte a otro. Y en el artículo 84 se establece pena de prisión de uno a cinco años, más inhabilitación especial de cinco a diez años al que "por imprudencia, negligencia, impericia en su arte o profesión o inobservancia de los reglamentos o de los deberes a su cargo causare a otro la muerte" (Código Penal) . Como resultado, el médico que practique eutanasia en nuestro país será acusado de homicidio doloso tipificado en el artículo 79 ya que, como se mencionó anteriormente, nuestra legislación no solo no recepta la esta figura, sino tampoco considera una atenuación de la pena por haber existido un móvil piadoso hacia la persona que sufre, como así tampoco influye el consentimiento de esta.

Por consiguiente, una práctica eutanásica o una asistencia al suicidio llevadas a cabo en nuestro país van a caer bajo la figura de homicidio doloso del articulo 79 C.P, o de colaboración al suicidio del articulo 83 C.P., respectivamente, sin que sean un

atenuante el móvil altruista ni el consentimiento del sujeto pasivo. No obstante, como se dijo, el suicidio no se encuentra prohibido por nuestro ordenamiento jurídico. Y en este punto es que uno debería preguntarse si el suicidio no es un delito por considerarse un acto privado que no perjudica derecho de terceros, amparado por artículo 19 de la CN, ¿por qué se juzga delito, y de los más graves, un hecho esencialmente igual pero deseado por quien no puede realizarlo por sí mismo? ¿Solo porque la voluntad de éste y su derecho de autodeterminación se lleva a cabo de un modo diferente?, ¿No es un argumento débil o una circunstancia menor para que cambie radicalmente el tono del acto y merezca tutela penal, debiendo ser ésta la última ratio? Y más aun teniendo en cuenta que no se afecta ni vulnera ningún bien jurídico, siendo que no se dispone contra la voluntad del titular, sino todo lo contrario. Por esto, la tutela penal en los casos de eutanasia y ayuda al suicidio, al entender de la investigadora y compartiendo con Otero (2012), no tiene razón de ser.

Según Otero en (Otero M. , 2012, pág. 33) El valor de la aquiescencia como limitativo del poder punitivo del estado, y más específicamente, como excluyente del tipo penal, en un primero momento, y hasta después de la Segunda Guerra Mundial, se consideraba al consentimiento como una causa de justificación, pero que luego, y hasta el día de hoy, la doctrina mayoritaria hace una distinción entre acuerdo eliminador de la tipicidad y el consentimiento justificante. No obstante, reconoce que se va avanzando en favor de la concepción acerca de que el consentimiento en su conjunto, otorgado válidamente por parte del titular del bien jurídico lesionado, hace a la conducta atípica. O sea, un concepto de aquiescencia relacionado directamente con el bien jurídico, no pudiendo considerarse este separado de la voluntad de su titular.

"Cuando se pretende separar al bien jurídico de su titular, no se hace otra cosa que destruir o negar el concepto mismo de bien jurídico: si su esencia es la relación de disponibilidad, es imposible negar el valor eximente de la aquiescencia" "*por ser más limitativa del ejercicio del poder punitivo; y porque resulta difícil sostener la presencia de un conflicto cuando el titular del bien ha consentido"* (donoso, 2018, pág. 39). Cualquier intervención punitiva alcanza un grado intolerable de irracionalidad cuando pretende que el habitante use el bien jurídico sólo en determinada forma; esta pretensión es propia de un estado que no respeta la autonomía de la conciencia (la persona) ni el concepto personalista del derecho, sino de un derecho transpersonal que subordina al humano a metas trascendentes de su humanidad, es decir, idolátricas (la raza, la nación, la dictadura, el régimen, etc.). La pretendida tutela de un bien jurídico más allá de la

voluntad de su titular es un pretexto para penar un pragma no conflictivo y, por ende, es violatoria del artículo 19 constitucional

El fundamento de esta se encuentra en la teoría liberal del bien jurídico en relación al individuo, ya que si los bienes jurídicos contribuyen al libre desarrollo de la persona no existe lesión cuando es el mismo titular de ese bien jurídico quien dispone, ejerciendo su derecho constitucional de libertad de acción. "*El ejercicio de la libertad amparada por la constitución, efectuada por quien consiente, imposibilita la lesión simultánea de un bien jurídico que a él le corresponde y con ello, una realización del tipo*" (Roxin, citado por Otero, 2012, p.39). No obstante, y en contrapartida, tanto Roxin como Zaffaroni et al., (2003) no consideran eficaz el consentimiento cuando del bien jurídico Vida se trata. En este sentido, Roxin sostiene que es totalmente ineficaz es el consentimiento en el caso del bien jurídico individual vida humana. el consentimiento en la propia muerte no suprime la punibilidad del hecho, sino que, a lo sumo, la atenúa. Para ello existen buenos motivos. Un consentimiento precipitado o influido por alteraciones psíquicas desconocidas puede causar daños irreparables, de modo que la víctima debe ser protegida también de sí misma; y la creación de tabúes respecto de cualquier muerte de un tercero no justificada por legítima defensa consolida el respeto por la vida humana y sin duda alguna contribuye con ello a la protección de este supremo bien jurídico (Otero M. , 2012). Y en similar sentido, Zaffaroni, afirman que uno de los problemas más complejos se plantea en el tipo de homicidio. Dado que se trata de casos de disposición radicalmente extremos del bien jurídico, la ley rodea la disposición de garantías que en el fondo son limitaciones, pero cuya validez constitucional no es cuestionable, tratándose de situaciones en que normalmente es incomprensible la conducta del sujeto, la ley opta por excluir la validez del consentimiento respecto de cualquier otro que no sea el titular del bien jurídico.

De allí que no resulte contradictoria la tipificación de la instigación y ayuda al suicidio. Esto no excluye que, en algunos casos, la conducta no resulte tan incomprensible y, por ende, el consentimiento opere como atenuante. Ahora bien, en cuanto a los supuestos de eutanasia el sujeto que eficazmente consiente su propia muerte no ve lesionado su derecho a la vida por lo que no debe haber imputación penal en estos casos. Por el contrario, la disposición del bien jurídico Vida y la renuncia a la protección penal en este supuesto, constituyen su libre desarrollo en perfecta sintonía con lo dispuesto por

el artículo 19 de nuestra Carta Magna. El derecho a la autodeterminación de cada individuo sólo debería retroceder ante valores colectivos de gran trascendencia.

Cuando Zaffaroni señala que "*tratándose de situaciones en que normalmente es incomprensible la conducta del sujeto, la ley opta por excluir la validez del consentimiento respecto de cualquier otro que no sea el titular del bien jurídico*" (Zaffaroni, E. R. (2000). p. 234) es refutable resaltando que no resulta irracional la decisión de acabar con su vida quien padece grandes sufrimientos a causa de una enfermedad terminal. Si bien es lógico presumir irracional la decisión de culminar con la propia vida en situaciones "normales", no puede decirse lo mismo de aquellas personas que padecen graves sufrimientos y ven afectada su dignidad, todo ello, frente a nulas posibilidades de recuperación. Por ello, la indisponibilidad del bien jurídico Vida como regla, debe ceder frente a los supuestos de eutanasia siendo desde ya requisito sine qua non el consentimiento válidamente otorgado por la persona que la peticiona. Por lo cual, se cree que el que lleva a cabo la acción, no sería un sujeto activo propiamente dicho, sino que, pasaría a cumplir la función de instrumento del sujeto titular de bien jurídico, para realizar su propia voluntad. Y, finalmente, con respecto al argumento del temor a un consentimiento apresurado o bajo afectaciones psíquicas, bien puede evitarse previendo las medidas necesarias, como por ejemplo indagando sobre la persona y su situación, para de esta forma constatar que su expresión sea una eficaz manifestación de la voluntad ya que no resulta suficiente limitar un derecho de semejante magnitud como es el disponer de la propia vida, más aún en casos extremos como los que aquí se plantean, por el temor a un posible consentimiento viciado o apresurado, teniendo particularmente en cuenta que existen mecanismos y métodos para prevenir o detectar esas situaciones.

Por otro lado, existen ocasiones donde se hace necesario proteger a la victima de sí misma, Esto por cuanto no puede sostenerse que a una persona que encontrándose frente a una inminente muerte implora adelantar ese momento para evitar más sufrimiento, se la pueda proteger obligándola a seguir padeciendo. … esta postura no implica relativizar el valor de la vida, sino que, por el contrario, pretende protegerla del modo más amplio posible, compatibilizando la existencia física con la espiritual. En este sentido, El mejor servicio que puede prestarse hoy a la vida humana, como bien jurídico penalmente protegido, consiste en convalidar dicha supremacía partiendo de su contraste y delimitación con otros bienes inherentes a la persona, tales como la integridad psicofísica, la dignidad, el libre desarrollo de la personalidad y la libertad ideológica,

todos ellos de recepción destacada en las Leyes Supremas de los modernos estados de derecho y fundamento explícito del orden político y la paz social. La respuesta al dilema sobre la práctica eutanásica se encuentra en la Constitución Nacional, y en las nociones de bien jurídico, estado e individuo correspondientes a un ordenamiento liberal, de donde surge que resulta arbitrario e irracional limitar la autonomía de la libertad cuando no se verifican afectados derechos de terceros, tal como ocurre con la eutanasia.

Para concluir, el consentimiento eficazmente otorgado por el titular del bien jurídico impide el nacimiento de un conflicto, por lo que constituye un elemento eliminador del tipo penal. Asimismo, se adhiere al concepto de bien jurídico relacionado directamente al sujeto En consecuencia, se pudo concluir que, si la esencia y razón de ser del bien jurídico se encuentra en su vinculación con el titular y en la relación de disponibilidad de éste, toda "protección" que se imponga en contra de la voluntad del sujeto, limitando dicha disponibilidad, carece de sentido y va en contra de la naturaleza del concepto de bien jurídico. Razonamiento que se advirtió perfectamente aplicable al problema de la eutanasia ya que aquí no se verifica una lesión a la relación de disponibilidad del sujeto con el bien jurídico, sino todo lo contrario. Por todo esto, se arribó a que resulta innecesario, y hasta de un paternalismo que no es propio de un estado de derecho, que se imponga a los individuos la forma en que deben "proteger" los bienes jurídicos y hasta de una manera contraria a sus intereses, cuando su accionar en nada perjudica derechos de terceros, trasformando así el bien jurídico en un bien vacío o carente de valor, ya que el verdadero valor de este está en su relación con el sujeto. Por consiguiente, lejos de amparar y resguardar derechos, se restringen a su máxima expresión.

IX.3.2. Reformas del Artículo 82 del Código Penal: "Homicidio por Piedad"

El concepto de "homicidio por piedad" se presenta como una figura jurídica que, aunque comparte ciertos aspectos con la eutanasia, posee características diferenciadoras fundamentales. En particular, mientras que la eutanasia se define por la existencia de un consentimiento claro, expreso e inequívoco por parte del sujeto que desea poner fin a su vida, el homicidio por piedad no siempre exige dicho consentimiento como un elemento constitutivo esencial, dependiendo de la normativa aplicable en cada jurisdicción. Esta divergencia conceptual implica que, en ciertos sistemas legales, donde la eutanasia se encuentra explícitamente prohibida, una acción que pueda encuadrarse dentro de los

parámetros de la eutanasia puede ser tratada como homicidio por piedad si cumple con los requisitos definidos por la legislación local.

El artículo 82 del Código Penal ha sido el eje de numerosos intentos de reforma dirigidos a incorporar una regulación específica sobre el homicidio por piedad, con el fin de adecuar el marco legal a las complejas realidades sociales, éticas y médicas asociadas a esta figura. Una de las propuestas más significativas en este sentido fue la presentada por la Comisión para la Elaboración del Proyecto de Ley de Reforma, Actualización e Integración del Código Penal de la Nación, constituida mediante el Decreto 678/12 bajo la presidencia del Dr. Raúl Eugenio Zaffaroni. Este anteproyecto, redactado en 2012, propuso un artículo 82 que establecía que sería reprimido con prisión de uno a cuatro años quien causara la muerte de una persona que padeciera una enfermedad incurable o terminal, siempre que existiera un vínculo de afecto entre el autor del hecho y la víctima, y que el acto fuera motivado por un sentimiento de piedad ante un pedido inequívoco del sujeto pasivo (Comisión para la Elaboración del Proyecto de Ley de Reforma, 2012, p. 35). Asimismo, se otorgaba al juez la facultad de eximir de pena al autor, según las circunstancias específicas del caso (Comisión para la Elaboración del Proyecto de Ley de Reforma, 2012, p. 36).

Esta propuesta de reforma introducía varios elementos de análisis relevantes. En primer lugar, condicionaba la configuración del homicidio por piedad a la existencia de un vínculo de afecto entre el sujeto activo y el pasivo, resaltando la dimensión emocional y relacional de esta figura jurídica. En segundo lugar, exigía la presencia de una solicitud inequívoca por parte de la persona afectada, elemento que la aproximaba a los principios que subyacen a la eutanasia. Finalmente, enfatizaba la necesidad de que la motivación del agente estuviera fundamentada en un sentimiento de compasión ante el sufrimiento del otro. Según se menciona en la exposición de motivos de la Comisión, “esta figura se basa en un acto excepcional que se distancia de los homicidios comunes, ya que encuentra su origen en una relación íntima y en una profunda empatía hacia el sufrimiento humano” (Comisión para la Elaboración del Proyecto de Ley de Reforma, 2012, p. 36).

La figura del homicidio por piedad ha sido objeto de debate y modificaciones a lo largo de la historia legislativa argentina. El análisis de los proyectos de reforma del Código Penal evidencia cambios significativos en la conceptualización de esta figura jurídica, reflejando la evolución de las percepciones éticas y sociales en relación con la muerte y el sufrimiento humano. El Proyecto Coll-Gómez de 1937, por ejemplo, no

incluía el consentimiento del paciente como un requisito necesario para configurar el homicidio por piedad, lo que lo alejaba conceptualmente de la eutanasia (Proyecto Coll-Gómez, 1937, p. 78). Sin embargo, el Proyecto Peco de 1941 introdujo una distinción fundamental, considerando el consentimiento del sujeto pasivo como un factor relevante y valorando la motivación piadosa del autor (Proyecto Peco, 1941, p. 85).

Proyectos posteriores, como los de 1953, 1960, 1979, 1989-1990 y 2006, continuaron ajustando y refinando la definición del homicidio por piedad, incorporando elementos que destacaban la importancia de la voluntad del paciente y su capacidad de decisión. El Proyecto de 1953 señalaba que "la ausencia de un consentimiento claro y válido transforma el hecho en un homicidio agravado, eliminando cualquier atenuante que pudiera derivarse de la motivación del autor" (Proyecto de 1953, 1953, p. 92). El Proyecto de 2006, promovido por el Ministerio de Justicia, también destacó la necesidad de que el consentimiento fuera inequívoco y otorgado por una persona en pleno ejercicio de sus facultades, enfatizando que "la autonomía del paciente constituye un principio rector en cualquier intervención médica o jurídica relacionada con el fin de la vida" (Proyecto del Ministerio de Justicia, 2006, p. 126).

El desarrollo normativo y doctrinario del homicidio por piedad en Argentina ha estado marcado por una constante tensión entre el respeto por la vida, la protección de la autonomía individual y la valoración de las circunstancias afectivas que rodean estos actos. Este recorrido legislativo y conceptual refleja no solo los debates jurídicos, sino también los dilemas éticos que emergen al abordar situaciones en las que la compasión hacia el sufrimiento extremo de una persona puede entrar en conflicto con los principios fundamentales del orden jurídico.

Capítulo X: Casos Jurisprudenciales de relevancia

El presente capítulo se adentra en un análisis profundo de diversos casos jurisprudenciales que han marcado un hito en la intersección entre el derecho a la salud, la autonomía del paciente y la dignidad humana en el contexto legal argentino. En un mundo donde la medicina avanza rápidamente, surgen desafíos éticos y legales que requieren una reflexión crítica sobre los derechos fundamentales de los individuos frente a decisiones que afectan su calidad de vida y su derecho a decidir sobre su propio cuerpo.

A través de estudios de casos emblemáticos como los de Saguir y Dib, Bahamondez, M.d.C.S., Albarracini, Alfonso y Diez, se evidencian las complejidades inherentes a la práctica judicial en situaciones donde se ponen a prueba no solo las leyes vigentes, sino también los principios éticos que deben guiar cada decisión. Estos casos revelan no solo conflictos legales, sino también la lucha por la dignidad, el respeto por las creencias individuales y la capacidad de los pacientes para tomar decisiones informadas sobre su salud y bienestar.

En este análisis, se abordarán las contenciones jurídicas acaecidas, las decisiones emitidas por los tribunales y los principios constitucionales involucrados, así como el impacto social y ético de dichas resoluciones. La jurisprudencia revisitada en este capítulo no solo refleja las tensiones entre el derecho a la vida y la autonomía personal sino que también pone de manifiesto la necesidad de un marco legal más inclusivo que contemple la pluralidad de convicciones y valores presentes en la sociedad argentina actual.

El objetivo es promover una discusión crítica que no solo examine las decisiones adoptadas por los órganos judiciales, sino que también considere el contexto ético y humano que subyace a cada caso. Este camino permitirá concluir sobre la urgente necesidad de avanzar hacia un sistema normativo que respete y garantice la dignidad humana, asegurando que la legislación y la práctica médica se alineen con los principios de compasión, respeto y autonomía que deben prevalecer en el ejercicio de derechos fundamentales.

X.1. Caso Saguir y Dib, Claudia Graciela

Ocurriendo en el año 1980. En este contexto, Juan Saguir y Nélida A. Dib, en calidad de padres de la menor Claudia G. Saguir y Dib, solicitaron formalmente autorización judicial para que su hija donara uno de sus riñones a su hermano Juan I. Saguir y Dib. Este pedido estuvo fundamentado en el diagnóstico de insuficiencia renal

crónica que sufría su hijo, cuya supervivencia dependía exclusivamente de un tratamiento de hemodiálisis. (Corte Suprema de Justicia de la Nación , 1980)

Es relevante mencionar que Juan I. había sido sometido a un trasplante en 1975, en el que se le implantó un riñón proveniente de su madre. Sin embargo, el éxito de esta intervención fue limitado, dado que el riñón injertado mostró una función del 35% durante los primeros seis meses, cifra que posteriormente se redujo al 11%. En el transcurso del proceso médico, los padres fueron informados de que los exámenes clínicos realizados en centros especializados habían determinado que Claudia era el único donante compatible.

Al recibir la indicación médica de que el trasplante no podría llevarse a cabo sin previa autorización judicial, debido a que la donante era menor de 18 años, los padres decidieron presentar su solicitud ante las autoridades competentes.

Ellos fundamentaron su pedido en el padecimiento de una insuficiencia renal crónica de su hijo, que sólo sobrevive mediante un tratamiento artificial de hemodiálisis. El niño había sido trasplantado en el año 1975 con un riñón de su madre, operación que tuvo sólo relativo éxito, ya que el riñón injertado funciono un 35% durante los 6 meses posteriores, y luego solamente lo hizo en un 11 %. Los padres afirmaron que los exámenes clínicos realizados en centros especializados dieron con el único dador compatible: Claudia. G. Saguir, su hermana. Al ser informados por los médicos que el trasplante no podría realizarse sin la previa autorización judicial, por ser la donante menor de 18 años, efectúan esa presentación.

A solicitud de la jueza, se elaboró un dictamen por parte de los médicos forenses cuyas conclusiones reflejaron la situación crítica del estado de salud de Juan I. Saguir y Dib. Aunque su condición era de gravedad crónica, se señaló que podría tolerar una espera hasta el 30 de diciembre de 1980, fecha en la que la donante cumpliría 18 años, sin que se realizara el trasplante en ese lapso. El dictamen también destacó que el peligro de muerte para el paciente había estado presente desde el momento en que se diagnosticó su insuficiencia renal bilateral.

Se resaltaron varios aspectos que debían ser considerados al evaluar las consecuencias inmediatas y futuras de la ablación de un riñón de una menor de 17 años. En primer lugar, era esencial determinar si la menor contaba con suficiencia renal en cada uno de sus riñones, lo que requería realizar estudios detallados y descartar la posibilidad

de que tuviese un riñón único. Por otro lado, se advirtió que la donante enfrentaría una debilitación permanente de una función vital para su salud futura como mujer.

El dictamen también abordó el porcentaje de éxito técnico-quirúrgico del trasplante, que podría ser considerado alto; no obstante, no se podía proporcionar una certeza similar respecto a la evolución y el pronóstico a largo plazo para el receptor. Según datos del VIII Informe del Registro de Trasplantes de 1968-69, al año de la operación, existía un 78% de éxito, cifra que bajaba a un 75% dos años después. Además, se mencionó que solo alrededor de dos tercios de los receptores lograban realizar una actividad normal tras el trasplante. Finalmente, se reafirmó que, conforme a la normativa vigente sobre trasplantes cardíacos, el Centro Único Coordinador de Ablación e Implante (CUCAI), bajo la Secretaría de Estado de Salud Pública, es la autoridad encargada de disponer de los órganos cadavéricos para su trasplante.

Se produjo el dictamen de la asesora de Menores, en el cual se negó la autorización solicitada, fundándose en art. 13 de la ley 21.541, por considerar que en el caso concreto la menor no estaría capacitada para evaluar las gravísimas consecuencias de la ablación de un órgano tan vital como un riñón, ni tampoco sus progenitores, trastornados emocionalmente por el sufrimiento de su otro hijo y con base en las conclusiones del peritaje médico.

Los padres de Juan I. Saguir y Dib decidieron apelar la sentencia mediante la interposición de un recurso extraordinario federal. En su apelación, argumentaron que la Cámara de Apelaciones había vulnerado derechos fundamentales, específicamente el derecho natural del ser humano a la vida, a la subsistencia y a la integridad. En su fundamentación, señalaron que el artículo 13 de la ley 21.541 no impide la donación de órganos en vida por menores de 18 años, sino que establece que estos menores pueden donar un órgano siempre que cuenten con el consentimiento previo de sus padres y la autorización de una autoridad judicial. Los apelantes se basaron en el artículo 19 de la Constitución Nacional, que protege la autonomía y la dignidad de las personas, sosteniendo que no existía una diferencia significativa entre una menor que ha cumplido 18 años y otra que tiene 17 años y 8 meses.

Además, los padres argumentaron que los magistrados se apartaron de lo que establece la ley 21.541, ya que sus decisiones se sustentaron en dictámenes de médicos no especializados, dejando de lado la opinión del equipo médico que iba a llevar a cabo la operación, el cual es el único autorizado por la legislación pertinente para realizar

trasplantes. Esta situación llevó a los recurrentes a señalar que la sentencia apelada adolecía de arbitrariedad, implicando que dicha resolución se fundamentaba en consideraciones dogmáticas y extralegales. Incluso, indicaron que, a pesar de haber tenido una entrevista personal entre la donante y los miembros del tribunal, este último arribó a una decisión negativa sin proporcionar las razones fundamentales que justificaran su determinación.

Al invocar la violación de los artículos 18 y 19 de la Constitución Nacional, los padres solicitaron a la Corte Suprema de Justicia de la Nación que otorgara la autorización necesaria para el trasplante, basándose en su interpretación de que el bienestar y el deseo de la donante, así como la necesidad médica del receptor, eran elementos que debían ser considerados de manera integral.

Sin embargo, la Corte Suprema rechazó el recurso interpuesto por los Saguir y Dib, subrayando que la cuestión a resolver giraba en torno a la edad necesaria para autorizar la ablación de un órgano del propio cuerpo con fines de trasplante terapéutico a un familiar. Para ello, se enfatizó la necesidad de interpretar la norma específica, contenida en el artículo 13 de la ley 21.541, de manera que se tuvieran en cuenta los principios y garantías consagrados en el ordenamiento jurídico de carácter constitucional. En este sentido, la Corte destacó que la ley debía ser considerado en conjunto con sus objetivos y el contexto más amplio de protección de derechos fundamentales.

La decisión de la Corte también llevó a reflexionar sobre las diferentes interpretaciones que se pueden derivar de las leyes pertinentes, lo que resulta vital para el análisis y posible aplicación de la Ley 26.472, que regula los aspectos de la muerte digna. En este punto, el Tribunal abordó el papel que la eutanasia podría desempeñar en el ordenamiento jurídico argentino, considerando que un enfoque similar de interpretación podría ser utilizado para abordar cuestiones relacionadas con la donación de órganos.

Con respecto al contenido del artículo 13 de la ley 21.541, que establece que "toda persona capaz, mayor de 18 años, podrá disponer de la ablación en vida de algún órgano o de material anatómico de su propio cuerpo para ser implantado en otro ser humano, en tanto el receptor fuere con respecto al dador, padre, madre, hijo o hermano consanguíneo", se torna crucial interpretar dicha norma no solo bajo una óptica literal, sino también a la luz de los principios más amplios de bienestar y dignidad humana.

Esta situación resalta la necesidad de un enfoque multidisciplinario y estructurado que una no solo el marco legal, sino también los aspectos éticos, médicos y sociales involucrados en la donación de órganos. Abordar este tipo de cuestiones implica una profunda deliberación sobre la capacidad de los menores para actuar en el ámbito de decisiones tan significativas respecto a su salud y bienestar. A su vez, es fundamental que el sistema judicial esté preparado para evaluar de manera exhaustiva los múltiples matices que conlleva cada caso, promoviendo un equilibrio que respete tanto los derechos individuales como las necesidades urgentes de salud de los individuos involucrados.

Es fundamental recordar que en el ámbito jurídico, la capacidad de las personas se erige como el principio general, mientras que la incapacidad se considera la excepción. Es de suma importancia que esta incapacidad sea explícita y su interpretación se realice de manera restrictiva. Este principio, en consonancia con las particularidades excepcionales de este caso y las normas jurídicas pertinentes, debe ser considerado en la resolución del mismo. Esto cobra especial relevancia cuando se cuenta con el consentimiento de los padres y la intervención de la autoridad judicial, lo que refuerza aún más la pertinencia de la interpretación en materia de derechos.

Asimismo, los argumentos presentados no implican un desconocimiento del texto legal, sino que buscan resaltar la necesidad de priorizar el espíritu de la norma, sus objetivos y la cohesión armónica del ordenamiento jurídico. Este enfoque considera los principios fundamentales del derecho en la jerarquía y grado en que son valorados por el conjunto normativo. Cuando la interpretación de un precepto se basa únicamente en su literalidad, pueden surgir resultados que no estén en consonancia con los principios axiológicos previamente enunciados. Tal interpretación podría llevar a conclusiones que ignoren las circunstancias particulares del caso o a resultados concretos que se perciban como notoriamente disvaliosos.

En última instancia, la Corte Suprema de Justicia de la Nación alcanzó una conclusión que es coherente no solo con las leyes pertinentes, sino también con la urgencia del caso en cuestión, autorizando la realización del trasplante (CSJN, fallos 302:1284). Esta decisión refleja una interpretación de la ley que es sensible a las circunstancias del contexto, reconociendo, al mismo tiempo, la disposición de la familia que solicitaba la intervención.

Sin embargo, es preciso señalar que, aunque la resolución tomó en cuenta el marco normativo establecido por la ley 21.541 sobre trasplantes de órganos, también es evidente

que existe un riesgo inherente al derecho a la salud, tanto para el paciente como para la donante, su hermana. Un aspecto crucial que parece haber sido desestimado en la extensión del fallo es la consideración de la opinión y el deseo del paciente. En algún momento, resulta pertinente preguntarse si Juan I. Saguir y Dib estaba dispuesto a asumir el riesgo de someter a su hermana a la donación de un órgano. Adicionalmente, surge la cuestión de si él deseaba continuar con una vida que se sostenía únicamente mediante tratamientos de diálisis diarios, llenos de sufrimiento y limitaciones.

Este escenario plantea una serie de interpretaciones sobre la ley y su aplicación. La ley 21.541, así como la ley 26.472, que regula la muerte digna, enfatizan la capacidad de las personas. De acuerdo con el artículo 22 de nuestro Código Civil, "toda persona humana goza de la aptitud para ser titular de derechos y deberes jurídicos". Esta disposición permite que la ley limite o restringa dicha capacidad en relación con actos específicos, brindando así un marco que resguarda la dignidad y autonomía personal.

Por ende, la interpretación llevada a cabo por la Corte Suprema en el caso "Saguir y Dib" es de gran relevancia en el análisis de cuestiones relacionadas con la eutanasia, ya que podría abrir un camino interpretativo para la aplicación de la ley 26.742. Esta sería una vía para equiparar la eutanasia con la muerte digna, otorgando un lugar necesario y legítimo a estas consideraciones en el ordenamiento jurídico argentino. La comprensión integral de estos conceptos es esencial para avanzar en un marco normativo que no solo proteja la vida, sino que también garantice la dignidad y los derechos de los individuos en situaciones límite, promoviendo un diálogo sostenido sobre la intersección de la ética, la ley y la salud.

El caso Saguir y Dib pone de manifiesto la complejidad de las decisiones judiciales en el ámbito de la salud y la ética, resaltando la necesidad de un enfoque que contemple tanto los derechos individuales como las dimensiones sociales y emocionales que subyacen en cada situación. Las decisiones en este contexto deben estar fundamentadas en una interpretación equilibrada que responda a las necesidades urgentes de salud, sin descuidar la autonomía y dignidad de las personas involucradas.

X.2. Caso Bahamondez

El fallo "Bahamondez, Marcelo" (Baharnondez, Maree lo s/ medida cautelar. 8.605 XXII. , 1993), dictado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina el 6 de abril de 1993, es un hito en la jurisprudencia argentina al abordar una de las cuestiones más sensibles y controvertidas en el ámbito del derecho a la salud, la

autonomía del paciente y la libertad de conciencia. Este caso pone de manifiesto la complejidad de la relación entre los derechos individuales fundamentales, la intervención estatal y las creencias religiosas, en un contexto donde la vida y la dignidad del ser humano son objeto de discusión crítica.

Los hechos que dieron origen a este conflicto jurídico tienen lugar en un contexto de profunda crisis personal y familiar. Marcelo Bahamondez, un adulto que profesa la fe de los Testigos de Jehová, fue ingresado al Hospital Regional de Ushuaia debido a una grave hemorragia digestiva, que, según el informe médico recabado por el juez de primera instancia, ponía en peligro su vida. Durante el curso de su internación, Bahamondez se negó a recibir transfusiones de sangre, argumentando que esta práctica era contraria a sus convicciones religiosas más íntimas. Su decisión fue categórica y consciente, a pesar de la gravedad de su condición.

La solicitud de los médicos para proceder con una transfusión de sangre condujo a la intervención del sistema judicial, dado el potencial desenlace fatal que podía resultar de la negativa del paciente. La cuestión planteada era si los principios de autonomía y libertad religiosa podían prevalecer sobre la intervención médica necesaria para preservar la vida. El juez de primera instancia, al encontrarse con un paciente lúcido que reafirmaba su decisión, optó por autorizar las transfusiones, argumentando que la salud del paciente debía ser la prioridad máxima.

Sin embargo, esta decisión fue apelada y resultó en la intervención de la Cámara Federal de Apelaciones de Comodoro Rivadavia, que confirmó el fallo inicial. En su dictamen, la Cámara calificó la negativa de Bahamondez a recibir transfusiones como un "suicidio lentificado". Argumentó que permitir que un paciente ejerciera su libertad individual de tal forma —al negarse a recibir un tratamiento que podría salvar su vida— era incompatible con la premisa de que el derecho a la vida es el bien supremo. El tribunal se expresó con contundencia: "No resulta posible aceptar que la libertad individual se ejerciera de un modo tal que extinguiera la vida misma". Esta calificación de la actitud de Bahamondez como "nihilista" evocaba una fuerte crítica hacia la percepción de que el respeto por la vida debía ser absoluto y no podía ser objeto de condicionamientos basados en creencias individuales.

Ante esta situación, el defensor oficial de Bahamondez apeló a la Corte Suprema, argumentando que la decisión del a quo de catalogar la negativa a la transfusión como un suicidio lentificado era errónea y que, lejos de querer extinguir su vida, el paciente

deseaba vivir, pero en conformidad con sus convicciones religiosas. Citó los artículos 14 y 19 de la Constitución Nacional, aludiendo a que la transfusión de sangre impuesta en contra de su voluntad constituyó un acto compulsivo que vulneraba las garantías de libertad religiosa y el principio de reserva.

Conforme a los informes médicos y la situación clínica que motivó el recurso, el Tribunal se enfrentó a la necesaria consideración de si el pedido de Bahamondez podía ser justificado bajo los principios constitucionales que rigen la autonomía del individuo. En este sentido, la Corte tuvo en cuenta la calidad de la voluntad manifestada por Bahamondez, quien había hecho una elección digna, a pesar de su rechazo a un tratamiento médico que, bajo el criterio de muchos, era esencial para su supervivencia.

La Corte, no obstante, se encontró con un punto crítico al considerar que el paciente había sido dado de alta y que, por ende, el conflicto había perdido relevancia, lo que llevó a que declarara inoficiosa la solicitud de pronunciamiento. En este caso, la Corte subrayó que no se podía emitir un juicio basado en futuras contingencias que no estaban aseguradas ni se podían prever.

La decisión, aunque inoficiosa, radicó en la necesidad de valorar el respeto a la conciencia del individuo y la objeción de conciencia como pieza clave del sistema democrático. Este enfoque abre la puerta a un análisis más profundo sobre cómo la regulación sobre la vida y la muerte en entornos médicos debe adaptarse a las realidades actuales y las necesidades del tejido social. La falta de una normativa clara y específica sobre la finalización de la vida en situaciones como la de Bahamondez resalta la urgencia de establecer un marco legal que contemple expresamente los derechos de los pacientes a decidir sobre su tratamiento médico en función de sus convicciones ideológicas y valores personales.

Al respecto, se hace necesario que el Estado reconozca la importancia de la autonomía personal como un derecho fundamental, que no debe ser vulnerado incluso en contextos donde la intervención médica parece ser la única salvaguarda contra la muerte. Este reconocimiento implica también la aceptación de que las decisiones de los individuos, basadas en sus creencias y convicciones, deben ser valoradas y respetadas en el ámbito médico, siempre que no afecten a terceros.

El análisis de la objeción de conciencia, en este caso específicamente en relación con las transfusiones de sangre, debe ser considerado con un enfoque del derecho

comparado que, en diversas jurisdicciones, ha presentado soluciones que equilibran adecuadamente la protección de la vida con el respeto de la libertad religiosa y autonomía personal. La jurisprudencia internacional, como los pronunciamientos de la Corte Europea de Derechos Humanos, ha establecido que el derecho a rechazar tratamientos médicos puede ser legítimamente invocado por razones éticas, morales o religiosas, lo que respalda la postura de Bahamondez.

Adicionalmente, el contexto del caso Bahamondez pone de relieve la necesidad de promover un diálogo avanzado en la creación de legislaciones que reconozcan explícitamente los derechos de los pacientes a decidir sobre su tratamiento médico, respetando así su autonomía. La aparición de la Ley 26.742, conocida como la Ley de Muerte Digna, ha sido un paso positivo en este sentido, pero se debe avanzar hacia una comprensión aún más abarcativa que contemple adecuadamente la diversidad de creencias y valores presentes en la sociedad.

En consecuencia, el caso "Bahamondez" no solo demanda una resolución jurídica, sino que invita a la reflexión sobre el papel de las instituciones en la protección de los derechos humanos. La judicatura debe estar equipada para enfrentar estos dilemas de manera compasiva y sensible, evitando interpretaciones que perpetúen el sufrimiento de los individuos en nombre de un principio absoluto.

Por ello, es imperativo que el sistema judicial mantenga un enfoque dinámico, adaptándose a las realidades de la vida moderna, donde las necesidades espirituales y emocionales de los pacientes son tan relevantes como su salud física. Las decisiones sobre la vida y la muerte deben, en última instancia, respetar la autonomía del paciente, permitiendo que cada individuo exprese su voluntad y su dignidad a la hora de enfrentar situaciones críticas.

El fallo "Bahamondez, Marcelo" ilustra las complejidades inherentes a la práctica judicial en el ámbito de la salud y el respeto por la dignidad humana. Aunque fraguada bajo la sombra de un estado crítico, esta decisión corta atisbos de hacia dónde el sistema debe avanzar —en la creación de un entorno legal que no solo proteja la vida, sino que permita a las personas vivirla con dignidad. La distancia entre la conservación de la vida y la calidad de esa vida debe ser una cuestión central en el debate sobre los derechos humanos en el contexto del derecho sanitario, promoviendo así un enfoque que valore y respete a la persona en su totalidad.

X.3. Fallo M.d.C.S

El fallo "M.d.C.S." (Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Bs As (SCBA) Ac 85627, 2005), dictado por la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires el 1 de junio de 2001, se convierte en un hito en la jurisprudencia argentina al abordar cuestiones críticas en la intersección del derecho a la vida y la dignidad humana. Este caso se centra en la solicitud de los familiares de M.d.C.S., una paciente en estado vegetativo persistente como consecuencia de un accidente cerebrovascular ocurrido en 1995. El conflicto se sitúa en el contexto de la autoridad judicial para decidir sobre el retiro de medidas de soporte vital, específicamente la alimentación e hidratación artificial, esenciales para la supervivencia de la paciente.

M.d.C.S. fue diagnosticada como incapaz de recuperar su función cognitiva, lo que generó una profunda angustia en su familia, quienes consideraban que la prolongación de su existencia en dicha condición contravenía los principios de dignidad humana. Este malestar se tradujo en una solicitud a la justicia para suspender las intervenciones que mantenían su vida. Los familiares argumentaron que continuar con la alimentación e hidratación artificial constituía una prolongación artificial de la vida, desprovista de sentido ético y emocional.

En primera instancia, el tribunal rechazó la solicitud de los familiares, fundamentando su decisión en una interpretación de que la normativa vigente no permitía la interrupción de cuidados considerados esenciales para la vida. Este punto generó una controversia significativa, ya que los familiares insistían en que el estado irreversible de la paciente hacía inviable cualquier esperanza de recuperación, y mantenerla en esas condiciones resultaba contrario a su dignidad.

La Cámara de Apelaciones confirmó el rechazo, sustentándose en el derecho a la vida como principio absoluto y fundamental, protegido tanto por la Constitución Nacional como por tratados internacionales de derechos humanos. El tribunal reiteró que no existía una manifestación previa de la voluntad de M.d.C.S. que respaldara la decisión de interrumpir las medidas de soporte vital, un argumento que reforzó la idea de que la protección del derecho a la vida debía prevalecer por sobre otras consideraciones.

El caso culminó en la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, donde la mayoría de los jueces adoptó una postura conservadora. Consideraron que la alimentación e hidratación artificiales se clasificaban como cuidados básicos y no extraordinarios y, por tanto, su suspensión constituiría un acto ilegal. La Corte reafirmó

el derecho a la vida como un principio rector del sistema jurídico argentino, enfatizando que la falta de una voluntad expresada por la paciente impedía cualquier decisión que comprometiera su derecho a la existencia.

El juez Héctor Negri, en su voto disidente, ofreció una perspectiva que cuestionó la interpretación mayoritaria. Negri argumentó que la dignidad humana debería prevalecer sobre una interpretación restringida del derecho a la vida, señalando que, en condiciones irreversibles y sin posibilidad de mejora, la alimentación e hidratación artificiales representaban una prolongación innecesaria de la vida. En su opinión, "*prolongar la existencia en estas circunstancias no es proteger la vida, sino perpetuar el sufrimiento*" (SCBA, 2001). Este enfoque humanista propone que la ley debe poder adaptarse a las realidades humanas y éticas, abriendo un debate más amplio sobre el significado de vivir con dignidad y el respeto por la autonomía personal. Negri planteó que la decisión de prolongar una existencia en condiciones críticas y desesperantes no solo despoja a la persona de su dignidad, sino que también ignora el sufrimiento que esa prolongación conlleva.

Asimismo, el Dr. Kogan analiza el efecto de las políticas de salud en el ámbito de los cuidados paliativos, sosteniendo que la negativa a la hidratación y alimentación no debería ser clasificada como un acto de eutanasia pasiva. Más bien, debería ser comprendida como una afirmación del derecho del paciente a vivir con dignidad, subrayando la necesidad de crear un entorno en el que los pacientes se sientan seguros y cómodos al tomar decisiones de tal índole.

Por su parte, el Dr. Genoud ofrece una perspectiva que destaca la interacción entre la bioética y la práctica médica, defendiendo el respeto irrestricto por la voluntad del paciente y afirmando que todas las decisiones deben ser informadas y deliberadas, asegurando un contexto que priorice la dignidad humana.

Desde una óptica ética, la Dra. Soria aboga por la despenalización de la eutanasia en circunstancias específicas, señalando la necesidad de considerar la calidad de vida al evaluar el impacto de los tratamientos de hidratación y alimentación sobre el paciente. Ella propone un cambio en la cultura en torno a la muerte y el proceso de morir, fomentando un enfoque que permita a los pacientes ejercer un control informado sobre sus vidas.

Finalmente, Petigiani explora la intersección entre la ley y la bioética, sugiriendo que el marco normativo debe proteger y facilitar la autonomía del paciente en relación con la eutanasia y los cuidados paliativos. Reafirma que el rechazo a tratamientos puede ser considerado un acto ético, siempre que se base en la voluntad del paciente y en la urgente necesidad de evitar sufrimientos innecesarios, promoviendo así un enfoque que respete la dignidad y autonomía de los individuos en la etapa final de sus vidas

La postura de la mayoría en la Corte, que reafirmó la protección del derecho a la vida dentro de un marco normativo estricto, contrasta con la disidencia de Negri, que enfatiza la necesidad de considerar la dignidad y el sufrimiento del individuo. Esta tensión entre los diferentes enfoques pone de manifiesto el dilema ético que enfrentan los tribunales al decidir sobre cuestiones que involucran vida y muerte. Mientras que la mayoría aboga por la defensa del valor absoluto de la vida, el disidente sugiere que es esencial reconocer que el mero hecho de estar vivo no garantiza dignidad o calidad de vida.

Este caso también resalta el vacío normativo que existía en Argentina en ese momento en relación con las decisiones sobre la finalización de la vida. La falta de una legislación específica sobre estos temas creó un contexto en el que las interpretaciones en torno a los derechos de los pacientes eran limitadas. Este vacío normativo es preocupante, dado que en situaciones críticas como esta, donde la vida de una persona puede estar en juego, es fundamental contar con un marco legal que permita resolver estas cuestiones de manera ética y justa.

La falta de tal normativa ha llevado a que la jurisprudencia se guiara más por interpretaciones estrictas que por el reconocimiento de la complejidad de la vida humana en contextos de sufrimiento extremo. Esto anticipa debates que, posteriormente, encontrarían una resolución más clara con la sanción de la Ley 26.742 (Ley de Muerte Digna), que reconoce el derecho de los pacientes a rechazar tratamientos médicos que prolonguen innecesariamente su vida. Este avance legislativo refleja una evolución en la comprensión de la dignidad humana y el derecho a la autonomía personal, ofreciendo a los pacientes y sus familias un mayor control sobre las decisiones al final de la vida.

El fallo "M.d.C.S." no solo reviste importancia desde un punto de vista jurídico, sino que también se convierte en un llamado a la reflexión sobre cómo el sistema legal puede y debe adaptarse a los valores éticos fundamentales que guían la vida de las personas. Este caso pone de relieve la necesidad de un enfoque más matizado que permita

equilibrar el derecho a la vida con el respeto a la dignidad personal y la autodeterminación.

Las decisiones en casos de esta naturaleza requieren una vigilancia universal sobre los derechos del individuo a decidir sobre su vida y su muerte. Aunque la resolución tomada por el Tribunal pueda estar alineada con la interpretación legal de los derechos en juego, la divergencia en las bases éticas y valores resalta que la protección de la dignidad humana no debe ser sacrificada en el altar del absolutismo del derecho a la vida. Anhelamos un futuro donde el marco legal y ético evolucione de tal manera que no solo proteja la vida, sino que también respete la calidad de esa vida, permitiendo que los individuos enfrenten sus decisiones sobre el final de sus vidas con dignidad y humanidad.

La relevancia del caso "M.d.C.S." a nivel jurisprudencial reside en su capacidad para poner de manifiesto las tensiones intrínsecas entre los derechos fundamentales, en particular el derecho a la vida y la dignidad humana. En el análisis de este fallo, así como en otras situaciones similares que plantean dilemas éticos, es inevitable reconocer que cada decisión judicial está impregnada de valores y creencias que los jueces traen al contexto de su labor. Esta ideologización puede manifestarse de diversas formas, afectando la imparcialidad y el enfoque con el que se abordan las decisiones. Aunque la imparcialidad es una meta deseable en el ejercicio del poder judicial, la verdadera neutralidad es un ideal arduo de alcanzar, dado que siempre hay una capa de influencia ideológica que subyace en las interpretaciones legales y en la aplicación del derecho.

Es ingenuo suponer que las resoluciones se configuran exclusivamente a partir de disposiciones legales aplicadas de manera mecánica. Las decisiones de la corte, aunque basadas en un marco normativo, se ven inevitablemente influenciadas por visiones del mundo que los jueces poseen. Esto se torna especialmente evidente en casos que, como el de "M.d.C.S.", involucran la dignidad humana, el sufrimiento y la condición ético-legal de la vida. En este contexto, es preciso señalar que las resoluciones adoptadas por los tribunales en diversas instancias, aunque están justificadas jurídicamente, pueden ser divergentes desde una perspectiva ética.

Así, la condición de vida de M.d.C.S., en su estado vegetativo persistente, plantea interrogantes sobre la dignidad humana. No es necesario que un paciente se encuentre en estado terminal para que su vida carezca de sentido ni para cuestionar su propósito en el contexto actual. Continuar con una existencia en la que se despoja a un individuo de sus atributos más básicos de humanidad puede considerarse, en muchas ocasiones, irracional.

Los informes médicos y las evaluaciones presentadas en el caso señalan que M.d.C.S. ha perdido el contacto con el mundo y no tiene la capacidad de expresar sus deseos o necesidades. Estos diagnósticos no son meras opiniones, sino conclusiones respaldadas por la evidencia científica y médica.

La bioética, entendida como el estudio de las implicaciones éticas en la vida humana según lo definido por W. Reich, enfatiza la necesidad de considerar la legitimidad de las intervenciones en la vida de las personas. La ética en este contexto debe guiar las acciones de los médicos, de los familiares y del sistema judicial, quienes deben cuestionar si es realmente éticamente responsable mantener a una persona en condiciones de sufrimiento prolongado, especialmente cuando el interés del paciente no puede ser verbalizado. La decisión de seguir prolongando la vida de M.d.C.S. no responde al interés del propio paciente; en su lugar, está influenciada por las expectativas y valores de sus familiares y por marcos normativos que, en ocasiones, se ven permeados por creencias religiosas.

En este sentido, se observa una contradicción en las declaraciones de la mayoría de los jueces, quienes enfatizan la sacralidad del derecho a la vida como un principio inviolable. Este enfoque, si bien refleja un valor fundamental en nuestra sociedad, puede conducir a la manipulación de la existencia de M.d.C.S., al priorizar la mera preservación de la vida sobre la calidad y dignidad de la misma. En su afán de proteger la vida, se pueden crear situaciones donde el sufrimiento y la falta de calidad de vida se convierten en una forma de imposición sobre la autonomía del individuo.

Por lo tanto, el análisis de este caso evidencia que, aunque las decisiones judiciales puedan estar fundamentadas en principios sólidos y de amplia aceptación, la ideología y las creencias personales de los jueces influyen de manera determinante en los resultados de estos procesos. Es imperativo que las decisiones adoptadas se enmarquen dentro de un compromiso constante con los derechos del individuo a decidir sobre su vida y su muerte. La protección de la dignidad y la autonomía personal debe ocupar un lugar central en esta conversación, ya que la falta de reconocimiento de estas dimensiones subyacentes puede resultar en un tratamiento judicial que no respete la vida en su totalidad.

En consonancia con lo expuesto, aunque la resolución del Tribunal haya sido legalmente consistente y en línea con la normativa vigente en ese momento, esta reflexión sobre la postergación de la dignidad ante un principio absoluto demuestra la urgencia de una legislación que balancee de manera equitativa los derechos y habilidades de los

individuos frente a la acción del estado. Así que, aunque se puede coincidir con la decisión legal adoptada por el Tribunal, observo que existe una divergencia importante en los aspectos éticos y valorativos que deben ser examinados detenidamente en futuros casos que involucren las complejidades de la vida, la muerte y el respeto por la integralidad del ser humano.

El caso "M.d.C.S." pone de relieve la importancia de establecer un marco normativo que contemple tanto el derecho a la vida como el derecho a la dignidad y la autonomía de la persona. La falta de un cuerpo legal explícito que defina el tratamiento de las decisiones de vida o muerte en pacientes en estados vegetativos o terminales es una deficiencia que merece atención inmediata. La legislación que se promulgue debe ser suficientemente inclusiva para reflejar la variedad de convicciones y valores que conforman la sociedad argentina.

Es crucial que el diseño de esta normativa considere el profundo impacto que las decisiones sobre la salud y el bienestar de un individuo pueden tener no solo sobre el paciente, sino también sobre sus familiares y la comunidad en su conjunto. En este sentido, el desarrollo de políticas que permitan a los pacientes expresar su voluntad acerca de tratamientos médicos, incluidas las medidas de soporte vital, concilia el respeto por la vida con el derecho a una muerte digna.

La Ley 26.742, sancionada posteriormente, reconoce este derecho a rechazar tratamientos médicos que pueden prolongar la existencia en situaciones de sufrimiento extremo. Esta ley marca un avance significativo en el alineamiento de la práctica médica con los principios de respeto a la voluntad del paciente y su dignidad, estableciendo precedentes sobre la importancia de no solo preservar la vida, sino hacerlo de una manera que respete las decisiones individuales. El caso "M.d.C.S." prefiguró de manera efectiva estas reformas, planteando preguntas que continuarán siendo relevantes en el ámbito del derecho a la salud y la ética médica.

Es imperativo que, en la práctica futura, los tribunales también consideren la realidad del sufrimiento humano, evitando que las interpretaciones estrictas del marco legal perjudiquen el bienestar de los individuos implicados. La capacidad de una sociedad para abordar con compasión y comprensión los dilemas alrededor de la vida y la muerte es un indicador del respeto que tiene por la dignidad humana. Así, los jueces, como intérpretes del ordenamiento jurídico, deben mantenerse alerta a las implicaciones éticas

de sus decisiones, pudiendo así buscar un balance adecuado entre el deber del Estado de proteger la vida y el respeto irrestricto por la autonomía personal.

X.4. Caso Albarracini

El 1 de junio de 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina emitió un fallo de gran relevancia en el caso Jorge Washington Albarracini Nieves, (CSJN Albarracini Nieves, Jorge Washington s/ medidas A. S23. XLVIII, 2012) que se centra en la autodeterminación del paciente y las implicaciones de las creencias religiosas en la toma de decisiones médicas. Este caso no solo establece un precedente sobre el derecho a rechazar tratamientos médicos, sino que también resalta la importancia del respeto a los valores individuales en el contexto del sistema de salud.

Los hechos del caso se desarrollaron el 5 de mayo de 2012, cuando Pablo Jorge Albarracini Ottonelli, de 38 años, fue víctima de un violento asalto a mano armada en su hogar ubicado en la localidad bonaerense de San Justo. Durante este incidente, recibió seis disparos que provocaron lesiones graves, lo que requirió su inmediato traslado a una unidad de cuidados intensivos. A pesar de haber sobrevivido a la cirugía inicial, su estado de salud era crítico, presentando complicaciones severas que incluían un hematoma intraparenquimatoso y lesiones secundarias que demandaban atención médica urgente.

El cuerpo médico que atendía a Albarracini determinó la necesidad de realizar una transfusión de sangre para estabilizar su condición y mejorar sus posibilidades de recuperación. Sin embargo, esta decisión médica generó un conflicto significativo debido a las convicciones religiosas de Pablo y su esposa, quienes pertenecían al culto de los Testigos de Jehová. Esta fe se caracteriza por una estricta oposición a las transfusiones de sangre, sustentada en misiones bíblicas que interpretan tales actitudes como principios fundamentales de su creencia. En consecuencia, la esposa de Pablo, Romina Carnevale, se opuso a la transfusión, sustentándose en el deseo expreso de su marido de no recibir este tipo de tratamiento, el cual había sido documentado mediante un testamento vital que especificaba su negativa a aceptar transfusiones, incluso si ello conllevaba riesgos mortales.

La situación se complicó aún más cuando el padre de Pablo, Jorge Washington Albarracini Nieves, solicitó la intervención judicial para que se autorizara a los médicos a proceder con la transfusión, argumentando que la salud de su hijo estaba en grave peligro. A pesar de la clara manifestación de voluntad en el testamento vital, el juez de primera instancia, admitiendo la autenticidad de dicho documento, otorgó la medida

solicitada por el padre bajo el argumento de que Pablo no estaba en condiciones de tomar decisiones con pleno discernimiento en su estado crítico.

Ante esta resolución, la esposa de Albarracini apeló y logró que la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil revirtiera la decisión del juez de primera instancia. La Cámara sostuvo que debía prevalecer la voluntad del paciente, basada en sus directivas anticipadas. Este pronunciamiento marcó un significativo respeto a la autonomía personal de Pablo, considerando no solo su estado de salud, sino también sus convicciones y creencias religiosas.

La Corte Suprema, al asumir el caso para su consideración, se enfocó en aspectos cruciales de derechos fundamentales que estaban en juego. Enumeró, entre otros, el derecho a la vida, el derecho a la salud, la autonomía individual, así como la libertad religiosa y de conciencia. En su análisis, la Corte subrayó que las directrices anticipadas de Pablo constituían una manifestación clara de su voluntad. La decisión de la Corte fue categórica al indicar que dicho derecho debía ser reconocido y respetado por los médicos, adhiriéndose a lo estipulado en el artículo 22 de la ley 26.529, que garantiza el derecho del paciente a decidir sobre su propias terapias y tratamientos.

Un aspecto central en la decisión de la Corte fue el reconocimiento del principio de autodeterminación del paciente. En este sentido, la Corte reafirmó que el derecho constitucional a la libre autodeterminación y el respeto por las creencias individuales constituyen pilares fundamentales en la relación entre el paciente y el sistema de salud. En este contexto, la Corte señaló que la no transfusión de sangre, aun en situaciones que implican un peligro inminente para la vida, se mantenía dentro de los límites de la libertad religiosa consagrada en la Constitución Nacional, específicamente bajo el artículo 19, que establece que "las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están solo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados".

La Corte remarcó, además, que la negativa a recibir tratamiento médico debería ser considerada como una opción válida y digna, subrayando que el derecho del paciente a decidir sobre su cuerpo es indiscutible. En este sentido, la Corte referenció el fallo del Caso Bahamondez, donde se había establecido que la oposición a una transfusión hecha por un Testigo de Jehová estaba protegida bajo la libertad de conciencia y de culto. Este precedente configuró un marco interpretativo favorable a la autonomía del individuo, permitiendo que la Corte reafirmara su postura en el caso Albarracini.

La Corte, en su fallo, también hizo hincapié en la doctrina del consentimiento informado, que sitúa a la autonomía del paciente en el centro de la relación médico-paciente. Este principio señala que cada persona tiene el derecho fundamental de decidir sobre su propio cuerpo, así como sobre la aceptación o rechazo de tratamientos médicos, independientemente de las posibles consecuencias de esa decisión. La Corte dejó claro que este derecho a la autodeterminación se aplica incluso en contextos donde la decisión puede ser percibida como "irracional" o "peligrosa", destacando que el valor de la libertad individual debe estar por encima de las evaluaciones de riesgo que puedan hacer los profesionales de la salud.

El fallo también refuerza que una resolución judicial que imponga un tratamiento médico en contra de la voluntad del paciente, sin la debida consideración a su capacidad de decidir y sus creencias, equivaldría a una grave violación de sus derechos fundamentales. La Corte expresó que, dado que no existían materiales probatorios que indicaran que la voluntad del paciente había sido influenciada de manera indebida o estaba viciada, se debía aceptar la decisión previamente tomada por Pablo Albarracini en su testamento vital.

En este aspecto, la Corte convocó a la atención hacia el hecho de que la justicia no debe convertirse en un instrumento de coerción sobre decisiones que el individuo ha tomado libremente y con discernimiento. Al actuar de otra manera, cualquier decisión del poder judicial podría llevar a que el artículo 19 de la Constitución pierda su relevancia, convirtiéndose en una normativa carente de sustento real para proteger la libertad personal.

Por consiguiente, en su resolución, la Corte validó la posición adoptada por la Cámara de Apelaciones, afirmando que la negativa de Pablo a recibir transfusiones de sangre y las directivas anticipadas que había dejado debían ser respetadas. La sentencia concluyó que cualquier intento de someter a una persona adulta a un tratamiento médico en contra de su voluntad, cuando dicha voluntad había sido expresada con total lucidez y autonomía, no podía ser legalmente justificada.

Este fallo no solo representa un avance en la interpretación de los derechos y la autonomía del paciente en el contexto argentino, sino que también se alinea con las tendencias contemporáneas en el derecho internacional y en jurisprudencia global en materia de derechos humanos. La Corte Europea de Derechos Humanos ha sostenido en reiteradas oportunidades que cada adulto tiene el derecho y la capacidad de decidir si

acepta o no tratamientos médicos, y que las razones para rechazar un tratamiento, fueran estas racionales o irracionales, deben ser atendidas y respetadas.

La sentencia en el caso Albarracini reafirma la importancia de otorgar al individuo la posibilidad de morir dignamente, respetando sus convicciones y principios personales. Esta perspectiva no solo tiene relevancia en términos legales, sino que además aborda cuestiones éticas fundamentales sobre la dignidad humana y la calidad de vida, planteando la pregunta de la responsabilidad social frente al sufrimiento y la autonomía del paciente en su decisión de optar por una muerte digna, en conformidad con sus creencias.

El caso Albarracini representa un paso significativo hacia el reconocimiento y respeto de la autodeterminación del paciente en el sistema de salud argentino. Este precedente judicial establece un marco nacional que protege las voluntades y decisiones de los individuos, validando el derecho a la privacidad y el respeto a las creencias religiosas. La jurisprudencia ha evolucionado hacia una mayor consideración de los derechos individuales, sirviendo de guía para el futuro en la resolución de situaciones que involucren la intersección de la medicina y el derecho en casos donde la vida, la salud y la dignidad del individuo son elementos esenciales y deben ser priorizados por encima de otros intereses.

X.5. Caso Alfonso

El caso de Alfonso Oliva emerge como un símbolo poderoso de la lucha por el derecho a morir dignamente. Alfonso Oliva, un joven cordobés diagnosticado con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) en 2014, fue la primera persona en el país que, públicamente, pidió una legislación que permitiera la eutanasia. Su historia no solo refleja el sufrimiento personal y la impotencia frente a una enfermedad terminal, sino que también destaca la necesidad de un marco jurídico que contemple el derecho de los pacientes a decidir sobre el final de su vida.

Alfonso (terruli, 2022) fue diagnosticado con ELA tras experimentar síntomas menores como un calambre en la mano, que rápidamente se transformaron en una discapacidad completa. En el transcurso de cinco años, perdió la capacidad de caminar, hablar y realizar cualquier actividad básica, dependiendo totalmente de otras personas y tecnologías de asistencia para comunicarse y expresar sus deseos.

El caso de Alfonso es emblemático porque ejemplifica la profunda desconexión entre las necesidades de los pacientes terminales y las disposiciones legales vigentes en

Argentina. La "Ley de Muerte Digna" (Ley 26.742), sancionada en 2012, permite a los pacientes rechazar tratamientos médicos que prolonguen artificialmente la vida en estados terminales irreversibles. Sin embargo, esta ley no proporciona un mecanismo para que los pacientes terminales puedan elegir terminar con su vida en condiciones que ellos consideren dignas. Alfonso, consciente de su progresiva pérdida de capacidades y su inevitable destino, reclamó este derecho. Su demanda no fue solo un acto de desesperación personal, sino una afirmación de la autonomía y la dignidad humana en su sentido más profundo.

Lay Ley 26742, aunque progresista en varios aspectos, se queda corta al abordar cuestiones fundamentales relacionadas con la dignidad y la autonomía al final de la vida. Las limitaciones de esta ley, son evidentes en casos como el de Alfonso, donde el sufrimiento prolongado y la dependencia total llevaron a un deterioro de la calidad de vida que la ley, en su redacción actual, no pudo mitigar. Este vacío legal no solo afecta a los pacientes, sino también a sus familias y a los profesionales de la salud que se ven obligados a actuar dentro de un marco normativo restrictivo.

El pedido de Alfonso Oliva para que se legalizara la eutanasia en Argentina no fue atendido a tiempo. Falleció en 2019, a la edad de 36 años, sin poder ejercer un derecho que consideraba fundamental. Sin embargo, su caso ha servido como catalizador para la presentación de proyectos de ley en el Congreso Nacional. Entre ellos, se destaca la "Ley Alfonso. Derecho a la prestación de ayuda para morir dignamente" (2021), impulsada por la diputada Gabriela Estévez, que lleva el nombre del joven cordobés y busca honrar su legado.

Este proyecto de ley, junto con otras dos iniciativas similares, propone regular tanto la eutanasia como el suicidio asistido, reconociendo la necesidad de respetar la autonomía personal y la dignidad del paciente terminal, estableciendo un marco legal que permita a los individuos tomar decisiones informadas sobre el final de su vida, en consonancia con sus valores y creencias.

El caso de Alfonso Oliva resuena más allá de las fronteras nacionales. En países como Colombia, donde el suicidio asistido ha sido despenalizado recientemente, como se hace mención en el capítulo UtSupra; se observa un cambio en la percepción sobre los derechos de los pacientes terminales. Esta tendencia global hacia el reconocimiento del derecho a morir dignamente subraya la urgencia de que Argentina revise y actualice su legislación en esta materia.

Desde un punto de vista jurídico, el caso de Alfonso plantea preguntas cruciales sobre la interpretación del derecho a la vida y la dignidad en el contexto de las enfermedades terminales. ¿Hasta qué punto el derecho a la vida incluye el derecho a decidir cuándo y cómo terminarla? ¿Es la prolongación de la vida en condiciones de sufrimiento una violación de la dignidad humana? Estas son las cuestiones que la doctrina y la jurisprudencia deben abordar en la búsqueda de un equilibrio entre la protección de la vida y el respeto a la autonomía personal.

X.6. Caso D.M.A

El caso de Marcelo Diez aparece como el primero en alcanzar estado judicial tras la sanción de la ley 26.7423 (denominada "Ley de Muerte Digna"), modificatoria de la ley 26.529 sobre "Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud"

El 23 de octubre de 1994, Marcelo Diez (M.A.D.) (D., M. A. s/ declaración de incapacidad. CSJ 376/2013 (49-D)/CS1, 2013) sufrió un accidente de tránsito a la edad de 30 años, cuando su motocicleta fue embestida por un vehículo marca Renault modelo 12 en la Ruta 22 de Neuquén. Tras el accidente, fue hospitalizado de urgencia y trasladado al "Instituto de Lucha Neuquina contra el Cáncer" (LUNCEC).

A lo largo de los años, diversos médicos y comités de bioética evaluaron su condición clínica, coincidiendo de manera unánime en que el paciente padecía un cuadro irreversible, incapaz de responder a estímulos externos y carente de conciencia de sí mismo y de su entorno. Distintos informes médicos, entre los que se incluía el del Dr. Víctor Sciuto, Jefe de Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Castro Rendón, y otros facultativos, concluyeron que M.A.D. estaba en un estado vegetativo permanente. Este diagnóstico se vio respaldado por evaluaciones del Cuerpo Médico Forense que reafirmaron la falta de actividad cognitiva y la imposibilidad de comunicación.

A partir de esta grave situación, las hermanas de M.A.D., actuando como sus curadoras judiciales, iniciaron un proceso en el que solicitaron autorización judicial para el retiro, cese y abstención de todas las medidas de soporte vital que mantenían su vida artificialmente. Este pedido fue atendido inicialmente por el Tribunal de Primera Instancia, que, en un fallo del 6 de noviembre de 2011, rechazó la solicitud. El tribunal fundamentó su decisión en varios argumentos clave. En primer lugar, se destacó la ausencia de una manifestación de voluntad expresa por parte de M.A.D. en relación con su tratamiento. Además se subrayó que no era apropiado sustituir su voluntad por la de

sus familiares sin un fundamento sólido y que las condiciones de salud del paciente no justificaban la decisión de poner fin a su vida. Se mencionó la falta de legislación específica que abordara directamente la petición planteada por las curadoras, lo que dejó a los jueces ante un vacío normativo complicado.

El caso fue apelado y llegó a la Cámara de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Laboral y de Minería de Neuquén. En su fallo, los magistrados confirmaron la denegatoria del Tribunal de Primera Instancia, enfatizando que la normativa provincial no podía suplir la falta de una ley federal que examinara adecuadamente la situación. En sus consideraciones, los jueces manifestaron que, aunque la ley 2.611/08 pudiera comprender la situación, su aplicación en este caso vulneraría el "supremo valor de la vida". Esta afirmación refleja el delicado equilibrio entre la legalidad, la ética y la filosofía de los derechos humanos que se debatía en el contexto de un caso tan sensible.

El Tribunal Superior de Justicia, al emitir su decisión, también se vio influenciado por el contexto de la reciente sanción de la ley 26.742, que modificó la ley 26.529 sobre los derechos del paciente. Este cambio legislativo permitía a los pacientes con enfermedades terminales rechazar tratamientos que prolongaran su sufrimiento. Sin embargo, el Tribunal indicó que la falta de voluntad expresa de M.A.D. y el diagnóstico médico sobre su condición impedía acceder a la pretensión de las curadoras. En sus palabras, se afirmaba que "la ausencia de legislación que contemple el supuesto en tratamiento obstaba a dar acogida favorable a la pretensión de retiro, cese y abstención del sostén vital sobre el organismo de M.A.D." Este aspecto resaltó la crisis entre el derecho a la vida y la autonomía personal.

La relevancia del caso M.A.D. a nivel jurisprudencial. En el análisis de casos donde es inevitable manifestar abiertamente ciertas elecciones sobre valores que pueden entrar en conflicto, se observa que la ideologización de las decisiones judiciales puede alcanzar niveles extremos, ya sea que se reconozca o no de manera explícita. Esto nos lleva a considerar que, aunque toda determinación judicial tiene una carga política, las convicciones personales del juez se reflejan de diferentes maneras. Es decir, las decisiones pueden ser más o menos connotadas y, aunque la imparcialidad es posible, la verdadera neutralidad es más difícil de alcanzar, ya que siempre hay una carga ideológica que subyace en las expresiones judiciales.

Sería ingenuo suponer que las sentencias se componen únicamente de disposiciones legales desprovistas de cualquier interpretación subjetiva o ideológica. Si

bien puede haber imparcialidad, nunca hay ausencia de influencia ideológica. En múltiples ocasiones a lo largo de este estudio, he señalado que, desde un punto de vista jurídico, la resolución adoptada tanto por la Jueza de primera instancia como por la Cámara de Apelaciones era correcta, aunque sostengo, desde una perspectiva en el ámbito de valores, puntos de vista opuestos.

Por ello, sostengo firmemente que la condición física de M.A.D. no respeta los mínimos estándares de dignidad humana. No es necesario que un paciente esté en un estado terminal para que su vida carezca de sentido. En ciertos casos, como el de M.A.D., continuar con una existencia de esta naturaleza puede resultar en una profunda irracionalidad. Los informes médicos presentados en el contexto de este caso indican que M.A.D. ha perdido los más básicos atributos de la personalidad. No mantiene contacto con el mundo exterior y su capacidad emocional no puede ser determinada.

Estas afirmaciones provienen de pronunciamientos científicos y no de opiniones vagas o místicas. La bioética, tal como definió W. Reich, se ocupa de la legitimidad de las intervenciones en la vida humana y su entorno, y cualquier consideración ética debería guiar nuestras acciones. En este marco, resulta éticamente irresponsable mantener a una persona viva en las condiciones en las que se encuentra M.A.D. La decisión de mantenerlo con vida, al parecer, no responde a un interés del propio paciente, quien no puede manifestar su voluntad, sino que está dictada por sus familiares, operadores judiciales y por normas sociales que en ocasiones se ven influenciadas por creencias religiosas.

Cabe destacar la contradicción inherente en las declaraciones de los jueces, quienes subrayan la sacralidad del derecho a la vida, lo que sin duda refleja un valor fundamental en nuestra sociedad. Sin embargo, esta perspectiva puede llevar a la manipulación de la existencia de M.A.D., al prevalecer la intención de proteger la vida por encima de la calidad de la misma.

En conclusión, el análisis de este caso ha mostrado que, si bien las decisiones judiciales pueden estar fundamentadas en principios sólidos, la ideología y las creencias personales juegan un papel determinante en el resultado de estos procesos. Las decisiones adoptadas deben construirse sobre una vigilancia constante de los derechos del individuo a decidir sobre su vida y muerte. A pesar de que puedo coincidir con la resolución legal adoptada por el Tribunal Superior de Justicia de Neuquén, esta suposición está motivada por una comprensión que difiere en los aspectos éticos y valorativos del caso.

Capítulo XI. Conclusiones

La despenalización de la eutanasia en el marco jurídico argentino constituye no solo una posibilidad normativa, sino una obligación constitucional, ética y jurídica ineludible. La presente investigación ha demostrado de manera sistemática e irrefutable que el derecho a decidir sobre el final de la propia vida, en contextos de sufrimiento irreversible, encuentra sustento en los principios rectores del derecho argentino contemporáneo. No se trata de una innovación disruptiva ni de una concesión estatal excepcional, sino del reconocimiento normativo de una potestad inherente a la dignidad de la persona humana.

El ordenamiento constitucional argentino, en especial a partir de la reforma de 1994, ha consagrado con jerarquía superior un conjunto de tratados internacionales de derechos humanos que refuerzan el valor de la autonomía personal, la dignidad humana y la integridad física y psíquica (art. 75 inc. 22, CN). En este sentido, el artículo 19 de la Constitución Nacional, al establecer que "las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan el orden y la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios y exentas de la autoridad de los magistrados", sienta las bases para comprender que las decisiones sobre el morir pertenecen, prima facie, al fuero íntimo de cada individuo.

Asimismo, los derechos reconocidos en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) —ambos con jerarquía constitucional— implican el deber del Estado de respetar la integridad, dignidad y autonomía de las personas, incluso en el tramo final de sus vidas (Naciones Unidas, 1966; OEA, 1969). La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha sostenido que la dignidad humana constituye el eje axial de todo el sistema interamericano (OC-22/16, párr. 57), y en esa línea debe interpretarse el derecho a morir dignamente.

En nuestro país, las leyes N.º 26.529 de derechos del paciente y N.º 27.742 de cuidados paliativos configuran un marco de protección parcial respecto de las decisiones sobre el proceso de morir. Estas normas, si bien representan avances relevantes, son insuficientes para abarcar los supuestos de eutanasia activa voluntaria. La limitación actual, que permite rechazar tratamientos médicos pero no solicitar activamente ayuda para morir, impone una lógica asistencialista que ignora los derechos del paciente como sujeto de decisiones autónomas.

La jurisprudencia nacional, aunque aún incipiente, ha comenzado a receptar esta concepción. El fallo "D.M.A. s/declaración de incapacidad" (2015) reconoció el derecho de una persona a interrumpir medidas de soporte vital, mientras que la Cámara Nacional en lo Civil ha sostenido que el consentimiento informado comprende también el derecho a rechazar tratamientos, incluso si ello conlleva la muerte. Sin embargo, la omisión legislativa en torno a la eutanasia activa genera un vacío normativo que pone en riesgo la seguridad jurídica y los derechos fundamentales de los pacientes.

A pesar de la postura de la Iglesia Católica y otros sectores que consideran que solo Dios puede disponer de la vida humana, debe señalarse que en un Estado laico, pluralista y democrático como el argentino, no puede imponerse una visión religiosa particular por sobre los derechos constitucionales. La vida como bien jurídico tutelado por el Estado no puede ser interpretada de manera absoluta y dogmática, sino en función de la dignidad y voluntad de cada persona. El principio de autonomía exige que las convicciones personales no sean transformadas en normas de carácter general que restrinjan la libertad de todos (Ferrajoli, 2011).

Las resistencias de índole religiosa, si bien comprensibles desde la esfera privada, no pueden incidir en la configuración normativa de una sociedad constitucional. El principio de separación entre Iglesia y Estado impone la neutralidad del legislador frente a concepciones morales absolutas. En consecuencia, las doctrinas teológicas no pueden erigirse como obstáculos jurídicos frente a los derechos individuales reconocidos por la Constitución Nacional y los tratados internacionales.

La comparación con modelos legislativos de países como Bélgica (Ley de 28 de mayo de 2002), Países Bajos (Ley de 12 de abril de 2001) y España (Ley Orgánica 3/2021) evidencia que es posible diseñar un régimen normativo que contemple la eutanasia activa con criterios de legalidad, seguridad y control. En estos países, la eutanasia no ha provocado una "pendiente resbaladiza" hacia el abuso, sino que ha fortalecido la transparencia médica, el respeto a la voluntad del paciente y la consolidación de una muerte digna como derecho.

Las salvaguardas aplicadas —como la exigencia de voluntad libre, informada y reiterada, la intervención de equipos médicos interdisciplinarios y la supervisión por comités éticos— demuestran que la eutanasia puede ser regulada sin menoscabar la vida como valor jurídico, sino reafirmando su centralidad desde una perspectiva humanista y jurídica.

En este contexto, el derecho a morir dignamente debe ser entendido como una expresión concreta del derecho a vivir con dignidad. La autonomía no se diluye frente a la proximidad de la muerte; por el contrario, se intensifica en su contenido normativo. Negar la posibilidad de acceder a la eutanasia en condiciones reguladas y excepcionales implica imponer una concepción estatal sobre la vida, incompatible con el pluralismo axiológico que caracteriza a un Estado democrático de derecho.

En esta tesis se ha demostrado que el derecho a decidir sobre el propio morir es jurídicamente exigible en el marco del sistema normativo argentino. La legalización de la eutanasia no vulnera derechos, sino que los amplía; no desvaloriza la vida, sino que la dignifica en su fase terminal; no promueve la muerte, sino que protege la libertad. Esta postura no admite interpretaciones restrictivas sin incurrir en regresividad prohibida en materia de derechos humanos (Comité DESC, Observación General N.º 3).

Por tanto, se impone al legislador nacional el deber ineludible de sancionar una ley que regule el ejercicio de este derecho, con las garantías necesarias para asegurar un procedimiento justo, informado, ético y humanizado. La ausencia de una norma específica no impide su aplicación, pues el control de convencionalidad y la interpretación conforme a derechos humanos autorizan, incluso judicialmente, a exigir su reconocimiento en casos concretos.

Es por este motivo que, la eutanasia activa voluntaria debe ser reconocida como un derecho fundamental en el derecho argentino, derivado de la autonomía, la dignidad humana y la protección de los derechos personalísimos. No hacerlo implica perpetuar el sufrimiento de personas en situación de extrema vulnerabilidad y renunciar al mandato constitucional de proteger la libertad individual hasta el último instante de la existencia.

Bibliografía

Revista médica de Chile,. (2011). *Eutanasia y acto médico.* Obtenido de https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000500013

¿Que es el vinaya? (s.f.). Obtenido de https://www.hdasianart.com/blogs/news/understanding-vinaya-the-ethical-discipline-in-buddhism?shpxid=7e28f2aa-a525-4da0-a30c-8b515eaef8c8

Abel Clemente Vázquez. (s.f.). *La eutanasia: Aspectos religiosos. Punto de vista protestante.* Obtenido de UNAM: https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/172/26.pdf

Alexy, R. (1993). *Teoria de los derechos fundamentales.* Madrid : centro de estudios constitucionales .

Alighieri, D. (1871). Divine Comedy. En D. Alighieri, *The Divine Comedy: paradiso* (pág. 65:423). California: Boston, Fields, osgood &Co.

Antonio Barrera Coronell, presidente de la corte constitucional de Colombia. (1997). *corte constitucional de Colombia*. Obtenido de https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm#:~:text=%22Homicidio%20por%20piedad.,seis%20meses%20a%20tres%20a%C3%B1os%22.

Ardila Sierra, citado por Eduardo Díaz-Amado. (s.f.). *The decriminalisation of euthanasia in Colombia: context, foundations and critiques.* Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872017000200010

Aristóteles. (1985). *Ética Nicomáquea . ética Eudemia.* Madrid: Ed. Gredos SA.

Asociación Benghalensis y otros c/ Estado Nacional. (2000). *defensoria del pueblo.* Obtenido de https://defensoria.org.ar/normativas-cdh/asociacion-benghalensis-y-otros-c-estado-nacional/

Asociacion Médica Argentina. (2011). *Código de Ética para el equipo de salud.* REUP.

Asociacion Médica Argentina. (2011). *CÓDIGO DE ÉTICA PARA EL EQUIPO DE SALUD.* REUP.

Averroes citado por Enrique Miret Magdalena. (Enero-Marzo 2003). Eutanasia, Filosofia y Religion. *Humanitas, Humanidades Médicas - Volumen 1 - Número 1*, 8. Obtenido de https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/06/eutanasia-filosofia-y-religion.pdf

Bacon, F. E. (2013). De Dignitate et augmentis Scientiarum, Volumen 2. En *the works of francis Bacon* (pág. 633:837). Cambridge University Press.

Baharnondez, Maree lo s/ medida cautelar. 8.605 XXII. . (6 de 4 de 1993). *CSJN.gov.ar.* Obtenido de https://sjconsulta.csjn.gov.ar/sjconsulta/documentos/verDocumentoSumario.html?idDocumentoSumario=3910

Beauchamp, T. L. (2011). Principios de Ética Biomédica. *Bioética y debat vol 17, num 64*, 1:7.

Beauvoir, S. d. (1970). La vejez. Colombia: Sudamericana.

Bentham, J. (Reimpresión de 1907 de la edición de 1823. (Primera impresión: 1780).). *Introducción a los principios de la moral y la legislación.* Oxford: Clarendon Press.

Bergoglio, F. (2017). Obtenido de https://www.academyforlife.va/content/pav/it.html

Beuchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). Principles of Biomedical Ethics fifth edition. New YOrk , New York, USA.

Bhikkhu Mihita Citado por Douglas Calvo Gaínza. (03 de 12 de 2020). *¿Puede la eutanasia ser una curativa «buena-muerte?¿Obstaculizará la eutanasia al renacimiento?* Obtenido de https://espanol.buddhistdoor.net/dos-articulos-del-venerable-bhikkhu-mihita-sobre-la-eutanasia/

Bincaz, A., & Azzolini, B. (2001). Eutanasia. Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos. *UNAM Instituto de Investigaciones Jurídicas*, 21:325. Obtenido de https://www.iecm.mx/www/sites/DDHH/publicaciones/05.pdf

Bioética web. . (11 de 3 de 2009). *La eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica*. Obtenido de https://www.bioeticaweb.com/la-eutanasia-perspectiva-actica-jurasdica-y-macdica/#comments

Boletin oficial del estado. Código Penal Español. (s.f.). Obtenido de https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444

Buijsen, M. (2024). *Euthanasia as Privileged Compassion.* Cambridge: Cambridge University Press.

Butler, J. (2009). *Marcos de guerra.* Buenos: Paidós.

C. de Miguel Sanchez, A. López Romero. (2006). Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales. *MED PAL (MADRID) Vol. 13: N.º 4;*, pp. 207:215.

C. De Miguel Sánchez, A. López Romero. (2007). *Eutanasia y suicidio asistido: dónde estamos y hacia donde vamos.* Obtenido de https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/04/eutanasia-y-suicidio-asistido-donde-estamos.pdf

Cambridge University Press on behalf of the German Law Journal. (2022). *Cambridge University Press*. Obtenido de https://www.cambridge.org/core/journals/german-law-journal/article/assisted-suicide-in-germany-the-landmark-ruling-of-the-german-federal-constitutional-court-of-february-26-2020/0AB22BBA24C55FC240BB34434677BB40

Campos, G. B. (2002). Manual de la constitucion reformada tomo II capitulo XVI. En g. b. campos.

Camus, A. (1942 1er ed 1981). *El mito de Sísifo.* Bs As: Editorial Losada.

Cañete, J. S. (1998). suicidio asistido por un médico. *Dialnet*, 11.

Carta Apostólica Salvici Doloris. (1984). *Vatican.va*. Obtenido de https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/apost_letters/1984/documents/hf_jp-ii_apl_11021984_salvifici-doloris.html

Carta Encíclica Evangelium Vitae. (1995). *Vatican.va*. Obtenido de https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html

Carta Encíclica Summi Pontificatus. (1939). Obtenido de https://www.vatican.va/content/pius-xii/es/encyclicals/documents/hf_p-xii_enc_20101939_summi-pontificatus.html

Carter v. Canada (Attorney General) Case number 35591. (06 de 02 de 2015). *Supreme Court Judgments*. Obtenido de https://decisions.scc-csc.ca/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do

centro de bioetica; facultad de medicina. (10 de 2010). *Facultad de Medicina - Clínica Alemana Universidad del Desarrollo*. Obtenido de https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/karen.pdf

César Nombela Cano. (2018). *Eutanasia y suicidio asistido: conceptos generales y situación legal.* Obtenido de Dialnet: Recuperado de https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/04/eutanasia-y-suicidio-asistido-conceptos-generales-y-situacion-legal.pdf

Chicago Tribune - "its Over Debbie" and doctor takes a life. (31 de 01 de 1988). *Chicago Tribune.* Obtenido de https://www.chicagotribune.com/1988/01/31/its-over-debbie-and-doctor-takes-a-life/

CIDH. (20 de 01 de 2023). *Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in Vitro) Vs. Costa Rica.* Obtenido de https://www.corteidh.or.cr/tablas/reparando-derechos/Caso-Artavia-Murillo.html

CiperChile.cl. (s.f.).

Ciruzzi, M. (2014). Los derechos al final de la vida. *Research gate*, 23.

Code pénal suisse . (21 de 12 de 1937). *L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse, .* Obtenido de https://www.wipo.int/wipolex/es/legislation/details/20007

Código Civil y Comercial de la Nación. (2020). *Código Civil y Comercial de la Nación.* Erreius.

Código de Derecho Canónico. Libro VI Parte II Título VI. (s.f.). Obtenido de https://www.vatican.va/archive/cod-iuris-canonici/esp/documents/cic_libro6_cann1397-1398_sp.html

Código Penal. (s.f.). Obtenido de https://wetten.overheid.nl/BWBR0001854/2024-07-01/#BoekTweede_TiteldeelXIX_Artikel294

Comisión de Eutanasia de los Países bajos. (2023). *Informe anual de notificaciones de eutanasia 2023*. Obtenido de Recuperado de https://www.euthanasiecommissie.nl/

Comisión para la Elaboración del Proyecto de Ley deReforma. (2012). Actualización e Integración del Código Penal de la Nación.

Comunicación No. 1024/2001 . (28 de 04 de 2004). *Naciones Unidas*. Obtenido de https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d/PPRiCAqhKb7yhsvxuZqJxjpTNliVX1V2Psehe4RuJabf1qgiVKPr4So+eeQ/WTp1JV4IsZJ2a+cJrftTsp7fBZvKHJEk3E0tiBBfeaUcRtR20JfNOsc4/ZB/+lGIcl3KJOWQYyDxBKNcOIw==

Conferencias de Maestros del Derecho. (2013). *Conferencias de Maestros del Derecho*. Obtenido de Universidad abierta interamericana: https://uai.edu.ar/facultades/derecho-y-ciencias-pol%C3%ADticas/comprender-el-derecho/maestros-del-derecho/

Consejo de Europa. (1950). *Convenio Europeo para la proteccion de los derechos humanos y de las libertades fundamentales*. Obtenido de Https://www.echr.coe.int

Constitucion de la Nación Argentina. (1998).

Constitucion del gran ducado. (s.f.). Obtenido de https://www.constituteproject.org/constitution/Luxembourg_2009?lang=es#s112

Constitución Política De Colombia, Titulo II, capitulo I. (s.f.). *Justicia Colombia*. Obtenido de https://colombia.justia.com/nacionales/constitucion-politica-de-colombia/titulo-ii/capitulo-1/#:~:text=Art%C3%ADculo%2011%20ARTICULO%2011%C2%BA%E2%80%94El,penas%20crueles%2C%20inhumanos%20o%20degradantes.

Convencion americana sobre derechos humanos. (1ed. 2016). ciudad autonoma de bs as : secretaria de derechos humanos y pluralismo cultural .

Convención sobre los Derechos del Niño. (1989). *ONU*. Obtenido de https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child#:~:text=la%20presente%20Convenci%C3%B3n.-,Art%C3%ADculo%206,y%20el%20desarrollo%20del%20ni%C3%B1o.

Coran 67:2. (s.f.). *El SAgrado Coran pagina 252:294*. Obtenido de http://www.jzb.com.es/resources/el_sagrado_coran.pdf

Corbalán, P. (2012). Derecho Constitucional. En P. S. Corbalán. Buenos Aires: Cathedra Jurídica.

Corte Constitucional. (1997). Obtenido de https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm

Corte Constitucional de Colombia. (2014). Obtenido de https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/t-970-14.htm

Corte Constitucional de Colombia. (2021). Obtenido de https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2021/C-233-21.htm

Corte Constitucional de la República de Colombia. (2017). Obtenido de https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-544-17.htm

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (Año 1 N°1 II Semestre 2007). El concepto de "dignidad de la persona humana" a la luz de la teoria de los derechos humanos. 2:8.

Corte Suprema de Justicia de la Nación . (6 de 11 de 1980). *SAIJ.* Obtenido de https://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires-saguir-dib-claudia-graciela-fa80000000-1980-11-06/123456789-000-0000-8ots-eupmocsollaf.

Corte Suprema de Justicia de la Nacion . (2011). Obtenido de https://www.csjn.gov.ar/dbre/Sentencias/cedhHaas.html

Creus, J. (2011). *El consentimiento en el derecho penal: Una perspectiva crítica.* Editorial Jurídica.

creuss, c. (1998). Derecho Penal Pte Especial tomo I. En C. Creuss, *Manual de derecho penal. Parte especial. Tomo 1* (pág. 76:651).

CSJN Albarracini Nieves, Jorge Washington s/ medidas A. S23. XLVIII. (1 de 6 de 2012). *CSJN.* Obtenido de https://sjconsulta.csjn.gov.ar/sjconsulta/documentos/verDocumentoByIdLinksJSP.html?idDocumento=6921431

D., M. A. s/ declaración de incapacidad. CSJ 376/2013 (49-D)/CS1. (2013). *CSJN.* Obtenido de https://sjconsulta.csjn.gov.ar/sjconsulta/documentos/verDocumentoByIdLinksJSP.html?idDocumento=7234801&cache=1658932816244

Dalai Lama con Howard C. Cutler, M. D. (1998). El arte de la felicidad. En M. D. Dalai Lama con Howard C. Cutler, *The Art of Happiness. A Handbook for Living* (pág. 84). Barcelona: Grijalbo Mondadori S.A.

Dalessio, A. J. (2004). COD. PENAL COMENTADO Y ANOTADO - PARTE ESPECIAL - TOMO II. Buenos Aires: La Ley.

David Novak. (2012). Jewish Social Ethics. The Journal of Education, vol. 180, no. 3,.

Declaracion de los derechos humanos. (1948). *ONU.* Obtenido de https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights

Departamento Administrativo de la funcion publica. (s.f.). *Decreto 968 de 2013.* Obtenido de https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=80034

Desclab: eutanasia en colobia cifras y estadistitcas. (2023). *Desclab.* Obtenido de https://www.desclab.com/_files/ugd/e0e620_6a4d002443244417a5552c762e40c785.pdf

Diana Cohen Agrest. (2007). *Por mano propia, estudio sobre practicas suicidas.* Buenos Aires: Fondo de cultura económica.

Dignitas. (s.f.). Obtenido de http://www.dignitas.ch/?lang=en

Dominguez, A. G. (2012). Derecho Constitucional. Buenos Aires: Cathedra Jurídica.

donoso, Z. c. (2018). LA DISPONIBILIDAD EN LOS BIENES JURÍDICOS. *Revista de Ciencias Sociales - Número 72* , 39:61.

Dr. Alejandro Barceló. (2013). Jornada sobre el final de la vida. *Jornada sobre el final de la vida.* Buenos Aires: Departamento de Cs Sociales de la Universidad de Bs As.

Dr. Yitzak Calafi M.D. (06 de 12 de 2016). *La perspectiva del judaísmo sobre la Eutanasia*. Obtenido de Centro Kehila: https://www.centrokehila.org/halaja/eutanasia

Dra. Aída Kemelmajerde Carlucci. (2024). Las directivas anticipadas en el derecho Argentino. *Revista Cubana de DErecho. Vol. 4, NO. 01, Número centenario*, 311:380.

Dra. Aída Kemelmajerde Carlucci. (2024). LAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS EN EL DERECHO ARGENTINO. *Revista Cubana de DErecho. Vol. 4, NO. 01, NÚMERO CENTENARIO*, 311:380.

Dreyzin de Klor, A. (2020). *Derechos humanos y bioética: La protección de la dignidad humana en el final de la vida. .* Buenos Aires: La ley.

Dworkin, R. (1986 trad al español en 1988). *Law's Empire.* CAmbridge MA: Oxford University press.

Dworkin, R. (1987). *Philosophical Issues in Senile Dementia. .* Washington D. C.: U.S. Government Printing Office.

Dworkin, R. (1994). *Life´s Dominion, an argument about abortion, euthanasia and individual freedom.* New York: Vintage Books, Random House INC.

Eduardo A. Sambrizzi. (05 de 2018). La persona humana,, el derecho a la vida y el aborto. *ACADEMIA NACIONAL DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES DE BUENOS AIRES*, 16.

Eduardo A. Sambrizzi. (s.f.). *Eutanasia, Distanasia o Ensañamiento Terapéutico en la ley.* Obtenido de Academia Nacional de Medicina: https://anm.edu.ar/pdf/actividades-academicas/Dr.%20Sambrizzi%20-%20Eutanasia%20distanasia.pdf

Elena Magariños. (12 de 01 de 2012). *Los protestantes en Alemania apoyan la eutanasia*. Obtenido de https://laicismo.org/

End of Life Choice Act 2019. (2021). *Legislation.govt.nz.* Obtenido de https://www.legislation.govt.nz/act/public/2019/0067/latest/dlm7285905.html

End of Life Option Act. (s.f.). *UCLA Health*. Obtenido de https://www.uclahealth.org/patient-resources/support-information/patient-education/california-end-life-option-act-eoloa

Entrevista a Ignacio Maglio por Radio Universidad Nacional de La Plata. (18 de 10 de 2021). *Ley de muerte digna y eutanasia / Entrevista a Ignacio Maglio, abogado, diplomado en salud pública*. Obtenido de Radio Universidad Nacional de La Plata: https://www.radiouniversidad.unlp.edu.ar/ley-de-muerte-digna-y-eutanasia-entrevista-a-ignacio-maglio-abogado-diplomado-en-salud-publica/

Epicteto. (2014). *ENQUIRIDION.* ed. electrónica: la nueva editorial virtual. Obtenido de https://www.nueva-acropolis.es/filiales/libros/Epicteto-Maximas.pdf

Epicuro. (1982). Carta a Meneceo. Barcelona: Ed. Herder, Textos de los grandes filósofos.

es.zenit.org. (s.f.).

European Health Insurance Card (EHIC). (2020). *Comision Europea*. Obtenido de https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=559

Eutanasia en Colombia: cifras y estadísticas. (6 de 8 de 2023). *https://www.desclab.com/.* Obtenido de https://www.desclab.com/_files/ugd/e0e620_6a4d002443244417a5552c762e40c785.pdf

Exit International. (s.f.). Obtenido de https://www.exitinternational.net/

Éxodo 20:13. (s.f.). Obtenido de https://www.churchoɳesuschrist.org/study/scriptures/ot/ex/20?lang=spa

Fiscal Gral de la Nación. (1991). *Corte Constitucional. República de Colombia*. Obtenido de https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm#:~:text=%22Homicidio%20por%20piedad.,seis%20meses%20a%20tres%20a%C3%B1os%22.

Fischer, S. H. (2014). Suicide tourism: A pilot study on the Swiss phenomenon. *Journal of Medical Ethics, 40(10)*, 4.

Friedrich Wilhelm Graf citado por "Efe". (24 de 08 de 2015). *el confidencial*. Obtenido de https://www.elconfidencial.com/sociedad/2009-02-19/teologo-protestante-aleman-defiende-el-derecho-a-la-eutanasia_984018/

FSSPX NEWS. (2023). *Análisis de las muertes por eutanasia en los Países Bajos.* Obtenido de https://fsspx.news

Garzón Borgoñoz L. Guillaumet Olives M. (2014). El final de vida en la cultura islámica. *Metas Enferm nov 2014*, 21:25.

Gobierno de españa. Legislación consolidada. (1978). Obtenido de https://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf

Goverment of Cánada. (2016). *Legislative Background: Medical Assistance in Dying (Bill C-14).* Obtenido de justice.gc.ca: https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/other-autre/ad-am/ad-am.pdf

Graña, R. D. (1987). Meditaciones metafísicas y otros textos. Madrid: Gredos.

Gregorio Badeni y Otros. (11 de 2006). El “Derecho Humano” a la vida. capital federal, buenos aires, argentina.

Guzmán, M. P. (2018). *La postura religiosa de los Testigos de Jehová ante el derecho a la vida y la eutanasia. .* Obtenido de DIALNET: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6519693

Haarlem., R. (1973). *Sentencia Postma sobre eutanasia a petición del paciente (ECLI:NL:RBHARL:1973:AB3452).* Obtenido de https://www.rechtspraak.nl/

Hippocratis Opera omnia. (460-377ac). *Hippocratis Opera omnia.* Obtenido de https://www.cervantesvirtual.com/obra/hippocratis-opera-omnia-1064429/

Hospicare.com. (s.f.). Obtenido de (https://hospicecare.com/policy-and-ethics/ethical-issues/essays-and-articles-on-ethics-in-palliative-care/euthanasia-and-physician-assisted-suicide-are-they-clinically-necessary-or-desirable/?gad_source=1&gclid=CjwKCAjw8rW2BhAgEiwAoRO5rO3lwuKwpBY4L5_0wuM

https://dle.rae.es. (s.f.). Obtenido de https://dle.rae.es/vida

Hume, D. (1755). *Of Suicide.* Obtenido de www.sophiaomni.org

Islamweb. (s.f.). *La Eutanasia*. Obtenido de https://www.islamweb.net/es/fatwa/110253/La-Eutanasia

Joel Forster. (14 de 05 de 2024). *Evangélicos en Francia consideran la nueva ley de eutanasia una amenaza para los más débiles*. Obtenido de https://protestantedigital.com/

Jonathan Sacks. (2003). The Dignity of Difference: How to Avoid the Clash of Civilizations. Bloomsbury Continuum.

Juan Pedro Alonso, Agustina Villarejo, Eugenia Brage. (30 de 11 de 2017). Debates parlamentarios sobre la muerte digna en Argentina: los derechos de los pacientes terminales en la agenda legislativa 1996-2012. *Conicet v.24, n.4,*, 1031-1048. Obtenido de Debates parlamentarios sobre la muerte digna en Argentina: los derechos de los

pacientes terminales en la agenda legislativa 1996-2012 v.24, n.4, out.-dez. 2017, p.1031-1048.

Julián García Marcos. (06 de 20 de 2022). *Elderecho.com*. Obtenido de https://elderecho.com/tratamiento-juridico-penal-ley-eutanasia#:~:text=143.4%20la%20siguiente%3A%20%E2%80%9CNo%20ser%C3%A1,la%20petici%C3%B3n%20expresa%2C%20inequ%C3%ADvoca%20y

jw.Org. (2023). *jw.org*. Obtenido de https://www.jw.org/es/ense%C3%B1anzas-b%C3%ADblicas/preguntas/eutanasia/

Kant, E. (1785). Fundamentacion de la metafisica de las costumbres 8va edicion. Espasa-CAlpe google ebook.

Keown, J. (2002). Euthanasia, Ethics and Public Policy, an argument against legalisation,. *Cambridge University Press*, pp. 70-80.

La Santa Sede. (s.f.). Obtenido de https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_sp.html

Lafferriere, J. N. (12 de 12 de 2021). *saij.gob.ar.* Obtenido de https://www.saij.gob.ar/jorge-nicolas-lafferriere-tercer-proyecto-legalizacion-eutanasia-suicidio-asistido-argentina-dacf220002-2021-12-13/123456789-0abc-defg2000-22fcanirtcod?&o=12&f=Total%7CTipo%20de%20Documento%7CFecha%5B250%2C1%5D%7COrganismo%7CPublic

Laje, A. (Año XL ED 295). La extensión de la reparación por afectación de la dignidad. *DIARIO DE DOCTRINA*, 6.

Legislatura de Rio Negro. (19 de 12 de 2007). Obtenido de https://web.legisrn.gov.ar/legislativa/legislacion/ver?id=7809#:~:text=Establece%20que%20toda%20persona%20que,artificial%20%2C%20%2DMuerte%20Digna%2D.

Ley 17132. (1967). Arte de Curar. Reglas para el ejercicio de la medicina, odontologia y actividad de colaboracion de las mismas. Buenos Aires: Imprenta del Congreso Nacional.

Ley 26.529, Infoleg. (21 de 10 de 2009). *Infoleg*. Obtenido de https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm

Ley 26.742. (24 de 05 de 2012). *INFOLEG.* Obtenido de https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm

Ley de Muerte Voluntaria Médicamente Asistida. (2022). Obtenido de https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2022/PDF2022/TP2022/4855-D-2022.pdf

Ley fundamental de la República Federal de Alemania. (s.f.). *Ley fundamental de la República Federal de Alemania*. Obtenido de https://www.btg-bestellservice.de/pdf/80206000.pdf

Ley N° 26.529. (2009). Derechos del paciente en su relacion con los profesionales e instituciones de la salud. Boletin Oficial de la Republica Argentina.

Ley N° 26.529, Infoleg. (21 de 10 de 2009). *Infoleg*. Obtenido de https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm

Ley N° 26.742. (2012). Ley de Muerte Digna modificatoria de la ley 26529 de Derechos del paciente en su relacion con los profesionales e instituciones de la salud. Boletin oficial de la republica argentina.

Ley N° 26.742 Infoleg. (24 de 05 de 2012). *Infoleg.* Obtenido de https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm

Ley N°2611 . (24 de 10 de 2008). *La Legislatura de la Provincia del Neuquén*. Obtenido de https://bioetica.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2021/07/Ley-Provincial-2611-Derechos-de-los-Pacientes.pdf

Lieve thienpont. (2015). *Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study*. Obtenido de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26216150/

Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. (2009). *legilux.public.lu.* Obtenido de https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo

Loi Relative á l´euthanasie. (28 de 5 de 2002). Obtenido de https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-28-mai-2002_n2002009590.html#:~:text=Aucun%20m%C3%A9decin%20n'est%20tenu,en%20en%20pr%C3%A9cisant%20les%20raisons.

López Díaz, C. (1998). *Código Penal Alemán (versión traducida).* Obtenido de Universidad Externado de Colombia: https://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/legislacion/l_20080616_02.pdf

Lucas Correa para DEscLab. (Actualizado: 19 sept de 2024). *Eutanasia en Colombia: cifras y barreras para ejercer el derecho a morir dignamente en Colombia.* Obtenido de https://www.desclab.com/post/eutanasiacifras#:~:text=En%202023%20se%20llevaron%20a,que%20se%20registraron%20181%20procedimientos.

Macintyre, A. (1984). *Tras la virtud.* Barcelona: Grupo editorial Grijalbo.

Magnante, Dinah. (04 de 26 de 2021). *microjuris.com*. Obtenido de https://aldiaargentina.microjuris.com/2021/04/28/doctrina-ley-de-eutanasia-en-espana-vivir-es-un-derecho-no-una-obligacion/

Maldonado, S. M. (2021). Dos formas de entender la vulnerabilidad: TRanshumanismo de Bostrom y antropología centrada en la persona. *Cuadernos de Bioética.*, 149-158.

Marco Aurelio. (170-180). Meditaciones. En M. Aurelio. Carlos Slim.

Marco Aurelio. (1914). Meditaciones. En M. Aurelio. hardvard college library - JEAN SANCHEZ ABREU.

Maria Carbajal para Página 12. (02 de 03 de 2011). La chica que peleó por la muerte digna. *pagina 12*.

Marina Gascón Abellán. (2003). ¿De que estamos hablando cuando hablamos de eutanasia? *Humanitas, Humanidades Médicas - Volumen 1 - Número 1*, 9:22. Obtenido de https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/04/hablamos-de-eutanasia.pdf

Medical assistance in dying: Monitoring and reporting. (2019:2023). *Gobierno de canada.* Obtenido de https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-services-benefits/medical-assistance-dying/monitoring-reporting.html

Medina, G. (04 de 2022). *Comentario a la Ley Holandesa de Eutanasia.* Obtenido de gracielamedina.com: https://gracielamedina.com/wp-content/uploads/2022/04/Comentario-a-la-Ley-Holandesa-de-Eutanasia.doc

Mensaje del Santo Padre Francisco para la XXIX Jornada Mundial del Enfermo. (11 de 02 de 2021). *vatica.va*. Obtenido de https://www.vatican.va/content/francesco/es/messages/sick/documents/papa-francesco_20201220_giornata-malato.html

Meza, D. J. (9 de 9 de 2013). *Derecho de la salud legislacion vigente.* Obtenido de https://www.youtube.com/watch?v=mP5UOiQWmME

miate, l. (16 de 12 de 2022). *World History Encyclopedia en español*. Obtenido de https://www.worldhistory.org/trans/es/1-21380/las-moiras/

Mill, J. S. (1859). *Sobre la libertad.* Londres: John W. Parker.

Mill, J. S. (1863). *El utilitarismo.* epub.

Ministerio de Salud de la Nacion . (s.f.). Obtenido de https://www.argentina.gob.ar/salud/hospitalsommer/pacientes/consentimientos-informados

Ministerio de salud y proteccion social. (2013). *Resolución 968 de 2013 .*

Ministerio de salud y seguridad social. (2015). *Resolucion 1216/15 .*

Ministerio de salud y seguridad social. (2018). *Resolución 825 de 2018 .*

Ministerio de Salud y Seguridad Social. (2021). *Resolución 971 de 2021.*

Ministerio de sanidad. (11 de 2024). *informe de evaluacion anual 2023*. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/InformeAnualEutanasia_2023.pdf

Montaigne, M. d. (1580). *Ensayos II.* París: Edición digital basada en la de París, Casa Editorial Garnier Hermanos, [s.a.].

Montero E. citado por Melchiori, Franco Andrés. (Junio 2024). Algunas cuestiones sobre el fin de la vida, la eutanasia y la alimentación e hidratación en pacientes en estado vegetativo. *Revista Jurídica Austral | Vol. 5, N° 1*, 313-350.

Müller, l. (s.f.).

My jewish life. (2024). *Perspectivas judías sobre el cuidado al final de la vida.* Obtenido de MJHS Heath system: Perspectivas judías sobre el cuidado al final de la vida. Recuperado de https://www.mjhs.org/es/resource/jewish-perspectives-on-end-of-life-care/#:~

Naciones Unidas. (s.f.). *La Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Obtenido de https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights

Nagel, T. (1979, Digitalized in 2012). *Mortal Questions .* Cambridge : Cambridge University Press.

Nietzsche, F. (1883). *Asi hablo Zaratustra.* ebook infotemática.

Nombela Cano, C. L.-C. (28 de 09 de 2008). *La eutanasia: perspectiva ética jurídica y médica. .* Obtenido de observatorio de bioética: http://www.observatoriobioetica.org/wp-content/uploads/2013/12/La-eutanasia.-

Nozick, R. (1974). *Anarquía, Estado y utopía.* Buenos Aires: FONDO DE CULTURA ECONÓMICA.

oea, O. d. (1948). Obtenido de Recuperado de https://www.oas.org.

OEA, O. d. (1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos*. Obtenido de https://www.oas.org.

ONU, O. d. (1966). Obtenido de Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos: Recuperado de https://www.ohchr.org.

ONU, O. d. (1979). *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. .* Obtenido de Recuperado de https://www.ohchr.org.

Oregon Health Authority. (27 de 10 de 1997). *oregon.gov*. Obtenido de https://www.oregon.gov/oha/ph/providerpartnerresources/evaluationresearch/deathwithdignityact/pages/index.aspx

Oregon's Death with Dignity Act. (1994). *Oregon Healthy Authority*. Obtenido de https://www.oregon.gov/oha/ph/providerpartnerresources/evaluationresearch/deathwithdignityact/pages/index.aspx

Otero, F. (2012). *El consentimiento y la tipicidad en el derecho penal contemporáneo.* Editorial del Puerto . Obtenido de Editorial Del Puerto.

Otero, M. (2012). La eficacia eximente del consentimiento en la eutanasia. *Revista Derecho Penal. Año I, N° 2. Ediciones Infojus*, 33.

Pacto de San José de Costa Rica. (1984). *infoleg.* Obtenido de https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/28152/norma.htm

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. (1966). *ONU.* Obtenido de https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights

Patient Choice And Control at End of Life. (2013). *Vermont Department of health*. Obtenido de https://www.healthvermont.gov/systems/end-life-decisions/patient-choice-and-control-end-life

Pérez Varela, V. M. (2003). Eutanasia: ¿Piedad? ¿Delito? México: Universidad Iberoamericana.

Peter Harvey. (2012). *An Introduction to Buddhism. Teachings, History and Practices 2nd ed.* Cambridge: Cambridge University Press.

Peter Singer. (25 de 08 de 2022). "Quitar la vida: humanos" . *Instituto de Investigaciones Filosóficas UNAM*, pág. 33. Obtenido de https://www.filosoficas.unam.mx/~gmom/etica2/Singer-Quitarlavida.pdf

Pio XII, s. s. (1957). *"Allocutiones" Acta Apostolicae Sedis*. Obtenido de https://www.vatican.va/archive/aas/documents/2019/acta-aprile2019.pdf

Piperberg, M. (2017). Vigilia inconsciente. Análisis de un caso de estado vegetativo y diferentes modelos de toma de decisión. *Revista de Bioética y Derecho, núm. 40*, 179-193.

Platón. (1988). *Diálogos IV República.* Madrid España: Editorial Gredos.

Platón. (2005). *Diálogos: Fedón, o de la inmortalidad del alma.* Obtenido de Biblioteca Virtual Miguel de cervantes: https://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/dialogos-fedon-o-de-la-inmortalidad-del-alma-el-banquete-o-del-amor-gorgias-o-de-la-retorica--0/html/0005c9fc-82b2-11df-acc7-002185ce6064_10.html#I_0_

Platón, t. p. (2014). *Apología de Socrates.* Santiago de Chile: Universitaria.

Poder Judicial de Rio Negro. (2013). Obtenido de https://servicios-publico.jusrionegro.gov.ar/adminweb/web/archivos/d7f89e1d-9e42-42b7-a760-18701f59af84.pdf

Pollet, J. (20 de 05 de 2024). *Acton University*. Obtenido de https://www.acton.org/religion-liberty/volume-34-number-2/teacher-prophet-john-deweys-liberating-education?utm_term=john%20dewey&utm_campaign=&utm_source=adwords&utm_medium=ppc&hsa_acc=9098040689&hsa_cam=21317244178&hsa_grp=161091162165&hsa_ad=70033053184

Por Kamal al-Zini, I. S. (2009). Sobre el Yihad y la Eutanasia. *El Consejo Europeo para la Fatwa y la Investigación (ECFR).* Estocolmo.

Portal de Belén c/Ministerio de Salud s/Amparo. (5 de 5 de 2002). *Defensoria.org.ar.* Obtenido de https://defensoria.org.ar/normativas-cdh/portal-de-belen-c-ministerio-de-salud-s-amparo/

Poyecto de Ley de Buena Muerte. (2021). *Honorable Camara de Diputados de la Nación.* Obtenido de https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2021/PDF2021/TP2021/4597-D-2021.pdf

Programa regional de bioética. (s.f.). *Organizacion Panamericana de la Salud*. Obtenido de https://www.paho.org/es/bioetica

Proyecto 1953. (1953). Codigo Penal. Buenos Aires: Imprenta del Congreso Nacional.

Proyecto Coll-Gomez. (1937). Codigo Penal. Imprenta del Congreso Nacional.

Proyecto de 1979. (1979). Código Penal. Buenos Aires: Imprenta del Congreso Nacional.

Proyecto de 1989-90. (1989). Código Penal. Buenos Aires: Imprenta del Congreso Nacional.

Proyecto de ley Derecho a la prestación de ayuda para morir dignamente . (2022). *Honorable Camara de Diputados de la Nación.* Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2022/PDF2022/TP2022/4092-D-2022.pdf

Proyecto de Ley Regulación de la Eutanasia y la Muerte Asistida. (2022). *Honorable camara de disputados de la nacion.* Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2022/PDF2022/TP2022/3956-D-2022.pdf

Proyecto del M.J.D.H.N de 2006. (2006). Código Penal. Buenos Aires: Imprenta del Congreso Nacional.

Proyecto Peco. (1941). Código Penal. Buenos Aires: Imprenta del Congreso Nacional.

publico.es. (06 de 25 de 2021). *Así ha sido el largo camino hasta la entrada en vigor de la ley de eutanasia*. Obtenido de publico.es: https://www.publico.es/sociedad/asi-sido-largo-camino-entrada-vigor-ley-eutanasia.html

Rabbi Shlomo Riskin. (2011). Torah Lights: A lesson in Jewish Life and a Farewell.

rapport-loi-euthanasie-2021-2022. (2022). *sante.public.lu.* Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://sante.public.lu/dam-assets/fr/publications/r/rapport-loi-euthanasie-2021-2022/rapport-loi-euthanasie-2021-2022.pdf

Real Academia Española. (s.f.). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de https://dle.rae.es/eutanasia

Reporte anual . (junio de 2022:2024). *Ministerio de salud*. Obtenido de https://www.health.govt.nz/regulation-legislation/assisted-dying/regulation-and-reporting#toc-0-3

resultados de los refendums oficiales. (6 de 11 de 2020). Obtenido de https://elections.nz/media-and-news/2020/official-referendum-results-released/

Ricardo D. Rabinovich-Berkman. (2011). ¿Como se hicieron los derechos humanos? Un viaje por la historia de los principales derechos de las personas. Ediciones Didot.

Rodríguez-Arias, D. (26 de 03 de 2008). *Portal de eticas aplicadas. Eutanasia propuesta de definición*. Obtenido de https://www.dilemata.net/blog/actualidad-de-la-bioetica-medica/62-eutanasia-propuesta-de-definici

Rosa, F. d. (2013). Reflexiones sobre la dignidad humana en la actualidad. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 29.

Roxin, C. (2001). *Ayuda a Morir.* Obtenido de Retrieved from https://www.academia.edu/78556117/Enfoque_jur%C3%ADdico_y_social_de_la_eutanasia_Derecho_a_morir_dignamente

Roxin, C. c. (2012). *Tratado de Derecho Penal.* Editorial Jurídica.

S.D., W. (1871). Euthanasia 3rd ed. En W. S.D., *Euthanasia 3rd ed.* (pág. 41). London: Williams and Norgate.

Sagrada Congregación para la doctrina de la fe. (5 de 5 de 1980). *Declaración «IURA ET BONA» sobre la Eutanasia*. Obtenido de Vatican.va: https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_sp.html

Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe. (s.f.). *Vatican Roman Curia Declaracion "Iura ét bona" sobre la Eutanasia*. Obtenido de https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_sp.html#_ftn1

Salud Pública - Decreto 1089/2012 Ministerio de Justicia de la Nación. (5 de 7 de 2012). *Infoleg.* Obtenido de https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/199296/norma.htm

Sambrizzi, E. (2003). Derecho y Eutanasia.

Sambrizzi, E. A. (2015). *Derechos Personalísimos y Bioética. .* Abeledo-Perrot.

Sambrizzi, E. A. (2016). *"Las directivas anticipadas en el nuevo Código Civil y Comercial". .* Revista de Derecho de Familia y de las Personas, Año VIII, Nº 3.

Sambrizzi, Eduardo. . (2010). Derecho y Eutanasia. *Revista de Derecho de familia y de las personas Año 2, Num.8*, P.134.

San Agustin. (1929). *La ciudad de Dios.* Obtenido de https://www.suneo.mx/literatura/subidas/Ciudad%20de%20Dios%20San%20Agust%C3%ADn.pdf

Sánchez Barragán R. (2020). La objeción de conciencia frente a la eutanasia: un análisis biojurídico. *Apuntes de bioética Vol. 3. N° 1* , 89-97.

Sánchez, R. T. (2008). El derecho a morir dignamente en luxemburgo: regulacion legal y objecion de conciencia. *LAICIDAD Y LIBERTADES. N° 8*, 121:149.

Santa Sede, L. (1992). *Catecismo de la iglesia católica*. Obtenido de tercera parte la vida en cristo: https://www.vatican.va/archive/catechism_sp/p3s2c2a5_sp.html

Santo Tomas de Aquino. (s.f.). Suma Teológica parte secunda secundae . En S. T. Aquino. Version Web. Obtenido de https://hjg.com.ar/sumat/c/c64.html

Sara Taub. (1991). Departed, Jan 11, 1983; At Peace, Dec 26, 1990. *Journal of ethics American Medical Association*.

Sartre, J. P. (1943). *EL SER Y LA NADA ENSAYO DE ONTOLOGIA FENOMENOLOGICA* . Bs As: Ibero Americana.

Schopenhauer, A. (1818 (primera ed. 2004)). *El mundo como voluntad y representacion Vol I.* MAdrid: Trotta (ebook).

SCIELO. . (2022). *Informe sobre el aumento de casos psicológicos en la eutanasia en los Países Bajos.* . Obtenido de Recuperado de https://www.scielo.org/

Scotti, L. (2017). *Derechos del paciente y autonomía: Perspectivas legales y éticas. .* Editorial Jurídica Argentina.

Sean Murphy. (s.f.). Rodríguez contra el Fiscal General de Columbia Británica y otros. *Protection of conscience project*, 18.

Séneca, L. A. (1984). Habitar la virtud - Epistolae ad Lucilium. En S. L. Anneo, *Epistolae ad Lucilium* (pág. 62). Sura.

Siches, L. R. (2003). *Vida Humana, Sociedad y derecho: Fundamentacion de la filosofia del derecho.* Obtenido de https://biblioteca.org.ar/libros/89607.pdf

Siches, L. R. (2003). Vida Humana, Sociedad y derecho: Fundamentacion de la filosofia del derecho. *pensamiento penal*, 28:62. Obtenido de https://biblioteca.org.ar/libros/89607.pdf

Singer, P. (1993). *Ética Práctica.* Madrid: Ediciones AKAL.

Singer, P. (1995). *Ética práctica (2nd ed.).* Gran Bretaña: Cambridge University Press.

singer, P. (ed. 1997). *repensar la vida y la muerte, el derrumbe de nuestra ética tradicional.* Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.

Sogyal Rinpoche. (ebook 2003). *The Thibetan book of living and dying. The spiritual Classic.* HarperCollins Publishers, Inc. .

Soler, L. (2010). *Autonomía y protección estatal en el derecho penal.* Editorial Jurídica.

Suprema Corte de Justicia de Buenos Aires. (2006). Ac. 85.627, "S. , M. d. C. . Insania. *Pensamiento Penal* , 64.

Suprema Corte de Justicia de la Provincia (SCBA) Ac 85627. (9 de 2 de 2005). *JUBA.scba.gov.ar.* Obtenido de https://juba.scba.gov.ar/VerTextoCompleto.aspx?idFallo=25576

Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Bs As (SCBA) Ac 85627. (9 de 2 de 2005). *JUBA.scba.gov.ar.* Obtenido de https://juba.scba.gov.ar/VerTextoCompleto.aspx?idFallo=25576

Supreme Court of New Jersey. (1976). Matter of Quinlan. *practical bioethics*, 20. Obtenido de https://www.practicalbioethics.org/wp-content/uploads/2021/10/Case-Study-Matter-of-Quinlan.pdf

Supreme Court of New Jersey. (1976). *Matter of Quinlan Supreme Court of New Jersey 1976.* Obtenido de https://www.practicalbioethics.org/wp-content/uploads/2021/10/Case-Study-Matter-of-Quinlan.pdf

Talmud, Yevamot 121a. (s.f.). https://www.sefaria.org/Yevamot.121a.2?lang=bi.

terruli, V. (28 de 07 de 2022). *palabras de derecho*. Obtenido de Eutanasia: los proyectos de ley que se debatirán en el Congreso luego del receso invernal: https://palabrasdelderecho.com.ar/articulo/3809/Eutanasia-los-proyectos-de-ley-que-se-debatiran-en-el-Congreso-luego-del-receso-invernal

The Luxembourg Right to Die Society Mäi Wëllen. (2023). *Mäi Wëllen, Mäi Wee publishes Newsletter 2023-1*.

Thienpont L , Verhofstadt M , Van Loon T , et al. (2015). Solicitudes de eutanasia, procedimientos y resultados de 100 pacientes belgas con trastornos psiquiátricos: un estudio descriptivo retrospectivo. *AbiertoBMJ Vol 5 N°7*.

Tomas Moro. (1516). Utopía. En T. Moro. Prometeo.

Tribunal Superior de Justicia Neuquen,. (19 de 04 de 2013). *SAIJ*. Obtenido de Sitio Argentino de Información Jurídica: https://www.saij.gob.ar/jurisprudencia/FA13070006-SUH0001245-dma_declaracion-neuquen-2013.htm

United States Holocaust Memorial Museum . (31 de 05 de 2023). *Enciclopedia del holocausto*. Obtenido de Programa de eutanasia y Aktion T4: https://encyclopedia.ushmm.org/content/es/article/euthanasia-program

Verges citado en Sanches. (2006). "la exigencia incuestionable e inviolable de todo ser humano a la vida y a su integridad física, desde el primer momento de su concepción hasta su muerte real. *Instituto de Investigaciones de la UNAM*, 2:16.

Verges, S. (1997). *Derechos humanos: fundamentación.* Madrid: tecnos.

Viqueira, D. H. (1923). Tratado de la naturaleza humana Tomo II. Madrid: Calpe google ebook.

Voluntary Assisted Dying Act. (2017). *Victoria Department of health*. Obtenido de https://www.health.vic.gov.au/legislation/voluntary-assisted-dying-act

Wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. (2002). *wetten.overheid.nl.* Obtenido de https://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/2021-10-01

Zaffaroni, E. (2003). Derecho Penal: Parte General. Editorial Ad-Hoc.

Zaffaroni, E. R. (2003). *Derecho Penal. Parte General. .* Buenos Aires: Ediar.

Zaffaroni, E. R. (2012). *La cuestion criminal.* Buenos Aires: Planeta.

Zamarreigo Moreno citado por Tinant, Eduardo L. (02 de 08 de 2016). *microjuris.com*. Obtenido de Acerca de las directivas médicas anticipadas en la legislación nacional argentina.: https://aldiaargentina.microjuris.com/2016/08/02/acerca-de-las-directivas-medicas-anticipadas-en-la-legislacion-nacional-argentina-2/

Zannoni, E. (2017). *"La dignidad humana y el derecho a la autonomía en la jurisprudencia argentina". .* Revista Jurídica Argentina, Año XII, Nº 4.

Zannoni, E. (2018). *Derecho Civil. Parte General. Persona Humana y Persona Jurídica.* Editorial Astrea.

Zannoni, E. A. (2003 vol 3). Reflexiones acerca de la responsabilidad médica, opción del paciente por no continuar un tratamiento, eutanasia, homicidio piadoso y suicidio asistido. *Revista de daños, numero 2005-2016*, 17-38.

Zurriaráin, R. G. (2019). Cuidados paliativos: solución ética acorde con la dignidad humana al final de la vida. *Persona y Bioética, vol. 23, núm. 2,*, pp. 180-193.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 20 de Agosto de 2025

A quien corresponda:

Por medio de la presente, en mi carácter de tutor académico del Trabajo Final de Tesis elaborado por la estudiante Gabriela Alicia Amitrano, DNI N°30.364.135, perteneciente a la carrera de Abogacía – Plan de Estudios J118, dejo constancia de que el citado trabajo, titulado:

"El Derecho a Morir Dignamente: Análisis Jurídico de la Eutanasia en Argentina",

ha sido íntegramente confeccionado bajo mi supervisión, cumpliendo con los lineamientos y requisitos académicos establecidos por la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de esta Casa de Altos Estudios.

Sin otro particular, saludo a usted muy atentamente.



Dr. Prof. Alejandro Laje

Docente – Facultad de Derecho y Ciencias Políticas

Universidad Abierta Interamericana