

VERSION PRELIMINAR
SUSCEPTIBLE DE CORRECCION
UNA VEZ CONFRONTADO
CON EL EXPEDIENTE ORIGINAL

DIRECCION GENERAL DE RELACIONES

DIRECCION GENERAL DE RELACIONES

(S-0848/2022)

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

DE BUENA MUERTE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

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

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

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

CAPITULO I

DERECHO A SOLICITAR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

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

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

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

b) Ser ciudadano argentino o residente por un término no menor a doce meses, mayor de edad, plenamente capaz al momento de presentar la solicitud.

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 6°.- Personas menores de edad y personas con capacidad restringida. En el marco de lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño, la ley 26.061, el artículo 7° del anexo I del decreto 415/06, el artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación y la resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación, la solicitud de ayuda para el buen morir deberá ser efectuada de la siguiente manera:

a) Las personas mayores de dieciséis (16) años de edad tienen plena capacidad por sí para prestar su consentimiento a fin de ejercer los derechos que otorga la presente ley;

b) En los casos de personas menores de dieciséis (16) años de edad, se requerirá su consentimiento informado en los términos del artículo anterior y se procederá conforme lo dispuesto en el artículo 26 del Código Civil y Comercial y la resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación en concordancia con la Convención de los Derechos del Niño, la ley 26.061, el artículo 7º del anexo I del decreto reglamentario 415/06 y el decreto reglamentario 1.282/03 de la ley 25.673.

c) Personas con capacidad restringida. Si se tratare de una persona con capacidad restringida por sentencia judicial y la restricción no tuviere relación con el ejercicio de los derechos que otorga la presente ley, podrá prestar su consentimiento informado sin ningún impedimento ni necesidad de autorización previa alguna y, si lo deseara, con la asistencia del sistema de apoyo previsto en el artículo 43 del Código Civil y Comercial de la Nación.

d) Las personas que actúan como sistema de apoyo no representan ni sustituyen a la persona con discapacidad en el ejercicio de sus derechos y, por tanto, es necesario que el diseño del sistema de apoyo incorpore salvaguardas adecuadas para que no existan abusos y las decisiones sean tomadas por la titular del derecho.

e) Si la sentencia judicial de restricción a la capacidad impide prestar el consentimiento para el ejercicio de los derechos previstos en la presente ley, o la persona ha sido declarada incapaz judicialmente, deberá prestar su consentimiento con la asistencia de su representante legal o, a falta o ausencia de este o esta, la de una persona allegada, en los términos del artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación.

CAPITULO II

DERECHO DEL PACIENTE Y SU RELACION CON LOS PROFESIONALES

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

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

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

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

- a) Trato digno. El personal de salud debe observar un trato digno, respetando las convicciones personales y morales del paciente.
- b) Privacidad. Toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener y transmitir información y documentación clínica del paciente debe garantizar la construcción y preservación de un ambiente de confianza entre el personal de salud y las personas que solicitan la atención, y observar el estricto respeto por su intimidad, dignidad humana y autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la confidencialidad.
- c) Confidencialidad. El personal de salud debe crear las condiciones para el resguardo de la confidencialidad y el secreto médico durante todo el proceso de atención y también con posterioridad. Debe informar durante la consulta que la confidencialidad está garantizada y resulta alcanzada por el secreto médico.
- d) Autonomía de la voluntad. El personal de salud debe respetar las decisiones de los pacientes respecto al ejercicio de sus derechos, las alternativas de tratamiento y su futura salud. Las decisiones del paciente no deben ser sometidas a juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o axiológicas por parte del personal de salud, debiendo prevalecer su libre y autónoma voluntad.
- e) Acceso a la información. El personal de salud debe mantener una escucha activa y respetuosa de los pacientes para expresar libremente sus necesidades y preferencias. Los pacientes tienen derecho a recibir la información sobre su salud; el derecho a la información incluye el de no recibir información inadecuada en relación con la solicitada.

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

CAPITULO III

COMISION MEDICA DE ASISTENCIA Y EVALUACION

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

Las Comisiones tendrán la naturaleza de órgano administrativo y serán creadas por los respectivos gobiernos provinciales.

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

CAPITULO IV

PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

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

En caso de que ambos miembros no logran acuerdo, decidirán en conjunto con la presidencia de la Comisión, dentro de los dos días corridos siguientes al pronunciamiento de los miembros asignados al

estudio del caso, que deberán pronunciarse dentro del plazo establecido en el párrafo precedente.

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

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

Denegada la solicitud por la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación quedará abierta la posibilidad de recurrir ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

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

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

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

ARTÍCULO 16°.- Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios. El profesional de salud que deba intervenir de manera directa en la

ayuda del buen morir, tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito. A los fines del ejercicio de la misma, deberá:

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

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 20°.- Modifíquese el artículo 60 del Código Civil y Comercial el que quedará redactado de la siguiente manera: Directivas médicas anticipadas. La persona plenamente capaz puede anticipar directivas y conferir mandato respecto de su salud y en previsión de su propia incapacidad. Puede también designar a la persona o personas que han de expresar el consentimiento para los actos médicos y para ejercer su curatela. Esta declaración de voluntad puede ser libremente revocada en todo momento.

ARTÍCULO 21°.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Alfredo V. Cornejo.- Mariana Juri.

FUNDAMENTOS

Sra. Presidenta:

En noviembre de 2021 decidimos junto con la Diputada Jimena Latorre y el Diputado Alejandro Cacace presentar la primera iniciativa para regular la eutanasia en la Argentina. Este proyecto se motivó en la convicción de la necesidad de respetar la dignidad y la libertad de las personas que atraviesan una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante. En esta oportunidad considero acertado presentar también esta iniciativa en esta casa para iniciar en el tratamiento en pos de este derecho en el Senado de la Nación y es por eso por lo que le pido a mis pares que acompañen esta iniciativa.

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

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

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

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

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

Indirecta: el paciente no exige que lo maten, sino que pide una atenuación del dolor, sin pretender un acortamiento de la vida, aunque lo aceptaría si ello sucediese. Es decir que la muerte sería una consecuencia probable (dolo eventual, en los términos de la discusión penal de derecho continental), pero no hay intención de que ello suceda. Pasiva: implica la interrupción del tratamiento ya conducente a la muerte, por deseos del paciente. La autorización de esta clase de eutanasia se derivaría de la autonomía de la voluntad de la persona, porque es quien determina el alcance y duración de su tratamiento. Se trata de una omisión de continuar el tratamiento médico, a la cual el médico debe responder a partir de la petición del enfermo. Un ejemplo de esta conducta sería quitar el aparato y dejar que el paciente muera por el curso natural de las cosas. Es decir, que la “conducta” puede implicar una acción del médico en desconectar el aparato: hay una omisión del médico de continuar el tratamiento. Éste sería el caso que actualmente se encuentra regulado en la Ley de Salud Pública N° 26.529, modificada por Ley N° 26.742.

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

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

En Argentina, se permite la eutanasia pasiva bajo el nombre de "muerte digna", conocida también como eutanasia pasiva. El leading-case en esta materia fue el caso “Bahamonde”, donde la Corte Suprema de la Nación juzgó que un testigo de Jehová podía negarse a recibir una transfusión sanguínea aunque su decisión hiciera peligrar su vida, y que los médicos no podían sin el consentimiento del paciente realizar ningún tipo de curación ni terapia fundado en el respeto a la privacidad, en el derecho a la intimidad y en la dignidad contenidos en el artículo 19 de la Constitución Nacional Argentina y en los pactos de Derechos humanos a los que el país ha adherido. Está claro que la decisión sobre la calidad de vida que se quiere llevar pertenece al ámbito de privacidad de las personas, y que aunque se trate de un enfermo que no sea terminal y que la intervención quirúrgica le asegure varios años de sobrevida, si el paciente no presta el consentimiento a someterse a una operación, por ejemplo de amputación, no se le puede obligar.

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

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

cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal e irreversible; el derecho a recibir, cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

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

De lo anterior surge con claridad que la norma argentina permite ciertos casos de eutanasia pasiva (art. 2º, Ley 26.529)., pero no activa. La ley permite que el paciente tome decisiones anticipadas y para eso puede disponer directivas por escrito sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes. De todas formas, el margen es muy amplio, pues no se limita a la interrupción del tratamiento solamente. Además, pueden ser selectivas, es decir, se refiere a cualquier clase de tratamiento y puede elegir cuales rechazar y cuales aceptar. Para gozar de este beneficio las personas tienen que ser mayores de edad. El problema aquí es que pareciera ser que nuestra ley apoya una eutanasia de tipo pasivo, pero por otro lado niega la posibilidad de realizar directivas que impliquen desarrollar "prácticas eutanásicas" propiamente dichas. Es decir, no sería válida una directiva anticipada de un paciente en la que disponga que en determinado caso el médico deba quitarle la vida de modo activo.

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

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

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

cónyuge convivía con el fallecido en relación de tipo conyugal no menos antigua de tres años, en forma continua e ininterrumpida; 2) hijo mayor de edad; 3) los padres; 4) hermanos mayores de edad, nietos mayores, abuelos, incluso representante legal, tutor o curador, en el orden de prelación enumerado. Sin perjuicio de ello, deberá garantizarse que el paciente, en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

Respecto de este artículo específico, la Corte Suprema de Justicia de nuestro país ha interpretado en el caso "M. A. D." que la ley establece que estas personas vinculadas al paciente — impedido para expresar por sí y en forma plena esta clase de decisiones— no brindan realmente su consentimiento, sino que son las que comunican aquella voluntad. Es decir, atestiguan sobre lo que el paciente hubiese querido, pero no deciden ellos en función de sus propios valores o preferencias. Los jueces señalaron que, en ese sentido, "los familiares son los interlocutores ante los médicos a la hora de decidir la continuidad del tratamiento o el cese". En conclusión, sólo pueden testimoniar, bajo declaración jurada, en qué consiste la voluntad del paciente y no deciden en lugar del paciente o por el paciente. Esta interpretación se fundamenta en que el paciente es una persona en sentido pleno y sus derechos fundamentales deben ser protegidos: es justamente por eso que goza del derecho a la autodeterminación de decidir cesar un tratamiento médico, como también a decidir recibir las prestaciones necesarias a su estado de salud y a que se respete su derecho a la vida constitucionalmente protegido. A una misma conclusión ha llegado el Tribunal Supremo Federal alemán en un caso similar, en el que afirmó que lo esencial es la voluntad presunta del paciente, no así la de sus familiares. En definitiva, terminamos por orientarnos, lógicamente, por la autonomía del paciente, tal como se señaló anteriormente.

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

Mucho se ha discutido ya sobre el tema, que también ha sido objeto expreso de debates parlamentarios anteriores en el mismo Congreso de la Nación. Esta cuestión no sólo es mirada desde los ámbitos académicos, sino que es particularmente observada por la sociedad, sobre todo a partir de casos particulares resonantes que generan profunda conmoción en la opinión pública. Confluyen en su discusión distintos elementos, como la prolongación de la esperanza de vida, con el consiguiente retraso en la edad de morir, en condiciones que muchas veces implican un importante deterioro físico y psíquico; el incremento de los medios técnicos capaces de sostener durante un tiempo prolongado la vida de las personas, sin lograr la curación o una mejora significativa de la calidad de vida; entre otros.

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

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

Todo lo cual hace fundamental la tarea del legislador en la materia: para ordenar una realidad existente y que requiere del acompañamiento y respeto de la norma. Es necesario generar la protección suficiente, de modo de respetar el derecho a la vida y también la autonomía y voluntad de la persona que está en una situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurable, padeciendo un sufrimiento insoportable que no pueda ser aliviado en condiciones aceptables.

Es necesario destacar los aportes en este proyecto y en pos de la conquista de este derecho de Daniel Ostropolsky, quien es un mendocino, que nos ha impulsado a trabajar para evitar los padecimientos innecesarios de quienes quieren, justamente, elegir esta buena muerte. Junto con él hemos trabajado este proyecto, desde sus vivencias y su conocimiento del derecho. Le agradecemos su generosidad y compromiso. Daniel quiere ser contemporáneo a la sanción de esta ley, en su deseo está el deseo y el derecho de muchos argentinos y argentinas en situaciones similares a la suya quienes amparados en esta ley podrían elegir, por esto les pedimos que nos acompañen en la sanción de este proyecto y procuremos dignidad para todos las y los argentinos.

Alfredo V. Cornejo.- Mariana Juri.

DIRECCION GENERAL DE PUBLICACIONES