

Análisis de los proyectos de legalización de la eutanasia y el suicidio asistido en Argentina

Por Jorge Nicolás Lafferriere¹

www.centrodebioetica.org

Agosto de 2022

Sumario

Resumen ejecutivo	3
Introducción	6
Parte I: Cuestiones teóricas en torno a la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido	8
I.1. La eutanasia y el suicidio asistido a pedido de pacientes graves.....	8
a) La ley de muerte digna y los problemas para distinguir entre eutanasia y rechazo al encarnizamiento terapéutico	8
b) La eutanasia y el suicidio asistido y la discriminación de las personas con discapacidad	10
c) El derecho a la vida, la eutanasia y los cuidados paliativos en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores	11
d) El debate sobre la dignidad de los pacientes terminales o con padecimientos muy graves.....	13
e) La pendiente resbaladiza	14
f) ¿La eutanasia legalizada como forma de alivio al entorno del paciente?	15
g) ¿La eutanasia es compatible con los cuidados paliativos?	16
h) La cuestión de los gastos en salud y las inequidades sociales	19
i) El argumento de la clandestinidad	21
j) Afectación de la profesión médica	22
k) ¿Es libre la decisión de la persona con esos sufrimientos graves?	22

¹ Director del Centro de Bioética, Persona y Familia. Director del proyecto de investigación sobre "El derecho argentino ante la vulnerabilidad del paciente terminal" (Programa IUS, Facultad de Derecho, Pontificia Universidad Católica Argentina). Agradezco a María Inés Franck, Juan Bautista Eleta y Ricardo M. Romano la lectura y comentarios del borrador inicial de este trabajo.

I.2. La legalización de la eutanasia y el suicidio asistido como expresión pura de la autonomía	23
a) El derecho a la vida y el pretendido “derecho a morir” o “derecho a la muerte digna”	23
b) Contradicción con las políticas públicas de prevención del suicidio	25
Parte II: análisis en particular del articulado de los proyectos de ley	27
II.1. Objeto y terminología de los proyectos de ley	27
II.2. El marco normativo de los proyectos	27
II.3. Las causales que habilitan la eutanasia	28
a) La causal “enfermedad grave e incurable”	28
b) La causal “padecimiento grave, crónico e imposibilitante”	29
II.4. Modalidades reguladas para quitar la vida	29
II.5. Profesional médico responsable	30
II.6. Obligaciones de los médicos y profesionales intervinientes	31
II.7. Iniciativa y consentimiento	33
II.8. Aspectos procedimentales referidos a las comisiones estatales de evaluación	34
II.9. Directivas anticipadas	35
II.10. Personas menores de edad	36
II.11. Personas con capacidad restringida	37
II.12. La cobertura por el sistema de salud	38
II.13. Los aspectos penales	38
II.14. Objeción de conciencia	39
II.15. Alcance nacional de la ley	40
II.16. Otras disposiciones	41
Anexo – La pendiente resbaladiza en los Países Bajos	42

Resumen ejecutivo

En el Congreso de la Nación se han presentado proyectos para la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido en casos de enfermedad grave e incurable o padecimientos graves, crónicos e imposibilitantes. En este informe se analizan críticamente estas iniciativas parlamentarias en sus fundamentos teóricos y en la redacción de su articulado a fin de ofrecer razones para su rechazo por ser contrarias a la dignidad de las personas vulnerables y a su derecho a la vida.

A continuación, resumimos algunos de los temas y conclusiones del informe:

- Debe distinguirse la eutanasia y el suicidio asistido, que violentan el derecho a la vida, de la renuncia al encarnizamiento terapéutico que es legítima en casos en que los tratamientos son desproporcionados a las perspectivas de mejoría, son extraordinarios y la muerte es inevitable e inminente. Los proyectos se refieren a acciones directamente orientadas a provocar la muerte de un paciente a su requerimiento y ello es contrario al derecho a la vida (ver I.1.a).
- La legalización de la eutanasia y el suicidio asistido por razones de enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante conduce a una discriminación de las personas con discapacidad contraria a la Convención, como ya le ha señalado el Comité de la Convención a España en 2019 (ver I.1.b).
- Estas propuestas contradicen la Convención Americana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (ver I.1.c).
- En los proyectos de ley subyace una concepción de dignidad asociada a la "calidad de vida" y subordinada a su utilidad y que llevaría a clasificar a las personas entre las que son dignas y las que no son dignas de vivir (ver I.1.d).
- La experiencia internacional muestra que, si bien se alega que la eutanasia se legaliza para casos muy excepcionales, prontamente esos casos se amplían. Esta realidad se conoce como la "pendiente resbaladiza" y opera en cuatro dimensiones: expansión de situaciones habilitadas para pedir la muerte, aumento progresivo del número de pedidos, extensión de la eutanasia a casos de personas inconscientes o personas menores de edad y dificultad para asegurar que se cumpla con los requisitos de la ley (ver I.1.e).
- Resulta inadmisibles, como lo hace uno de los proyectos, que se invoque como justificación de la ley la intención de dar alivio al entorno del paciente, pues el camino es garantizar acompañamiento y cuidados para el paciente y su familia (ver I.1.f).
- La eutanasia no es una respuesta humanitaria al sufrimiento y en su lugar corresponde garantizar a todos los cuidados paliativos, como surge de la ley 27678. Ahora bien, de la comparación entre los proyectos de ley de eutanasia y esa ley de cuidados paliativos surge con evidencia que los legisladores estarían dando prioridad a la eutanasia, que estaría garantizada para el sector público y el PAMI, incluida en el PMO, con carácter de orden público y con procedimientos para garantizar su práctica, lo que no sucede en la ley de cuidados paliativos (ver I.1.g).
- Legalizar la eutanasia supone una opción del legislador sobre asignación de fondos en salud que envía un mensaje claro en un contexto de grave crisis del sector: se priorizan las opciones favorables a la muerte del paciente en lugar de garantizar su atención. Ello conlleva una profundización de las inequidades existentes en materia de salud (ver I.1.h).
- Debe descartarse también el argumento que sostiene que hoy se hacen eutanasias en forma clandestina y que la ley buscaría su legalización, pues en todo caso hay que evitar la muerte siempre y sería contrario a principios básicos de la convivencia que la ley busque garantizar cómo se quita la vida una persona, cuando lo que corresponde es dar respuesta al problema de fondo que aqueja al paciente (ver I.1.i).
- La legalización de la eutanasia afecta profundamente a la profesión médica, contrariando sus principios fundamentales e imponiendo una obligación de matar a pedido del paciente (ver I.1.j).
- Cabe preguntarse cuán libre puede ser la decisión de terminar con su vida tomada por un paciente que atraviesa circunstancias tan graves y limitantes (ver I.1.k).

- No existe un derecho a morir o a la muerte digna y la vida es un bien indisponible (punto I.2.a).
- Legalizar la eutanasia contradice las políticas públicas de prevención del suicidio, incluyendo las disposiciones de la ley 27.130 (ver punto I.2.b).
- Los proyectos de ley recurren a terminologías que encubren la crudeza de las conductas que se van a regular (ver punto II.1.)
- Más allá de la pretensión de invocar normas generales sobre dignidad y derechos humanos, no existe ningún tratado internacional que reconozca un pretendido derecho a morir (ver punto II.2).
- La redacción de los proyectos en relación a las causales de eutanasia encierra una amplitud problemática, sobre todo por la incorporación de una perspectiva subjetivista de la noción de tolerancia al sufrimiento, que puede habilitar interpretaciones que extiendan la aplicación de la ley en la llamada "pendiente resbaladiza". Además, subyace una visión de la vida asociada a la autonomía que envía mensajes discriminatorios como se ha señalado antes (ver punto II.3).
- Todos los proyectos coinciden en regular dos modalidades para quitar la vida al paciente: que el profesional le aplique una sustancia, o bien que le prescriba o suministre la sustancia que el propio paciente se administrará (ver punto II.4).
- La redacción de los proyectos pone en cabeza del médico que lleva al tratamiento el deber de analizar si se cumplen los requisitos fijados por la ley y, en su caso, aplicar la eutanasia o asistir al suicidio, lo que en los hechos se traduce en una suerte de obligación de matar, que afectará a muchas especialidades médicas (ver puntos II.5 y II.6).
- Hay cierta ambigüedad en los proyectos, pues si bien resaltan que se trata de un pedido que hace el paciente, también se refieren a su "consentimiento" y a ciertos deberes de los profesionales, lo que puede llevar a una suerte de promoción de la eutanasia como alternativa terapéutica (ver punto II.7). En dos de los proyectos se señala que el paciente deberá renunciar a los cuidados paliativos (ver II.7).
- Los proyectos proponen distintos mecanismos burocráticos de control del procedimiento de eutanasia: con participación de médico consultor, con participación de consejerías, con intervención previa o posterior de un comité, con comités provinciales o un único comité nacional (ver II.8).
- Los proyectos contemplan la posibilidad de pedir la eutanasia o el suicidio asistido por directivas anticipadas, con variantes en cuanto a la forma. En este punto, existen problemas vinculados con las garantías e información que recibe el paciente, además del carácter indisponible del derecho a la vida y la dificultad para poder prever con exactitud cuándo un sufrimiento se torna intolerable y amerita la aplicación de la muerte al paciente (ver punto II.9).
- Dos de los proyectos permiten la eutanasia en personas menores de edad, incluso sin garantizar en todos los casos que intervengan sus padres (ver punto II.10).
- Los proyectos se refieren a problemáticas de la eutanasia en personas con capacidad restringida, en aspectos más bien procedimentales, y sin explicar de qué manera se evitará que haya situaciones de conflicto de intereses o influencia indebida (ver II.11).
- Los proyectos proponen una cobertura amplia y gratuita para la eutanasia y el suicidio asistido por el sistema de salud, incluyendo el sector público y el PAMI, con manifiesta preferencia por la regulación de la muerte por sobre los cuidados paliativos tal como quedaron cubiertos por la ley 27678 (ver II.12).
- Tres de los proyectos proponen referirse a la no punibilidad de la eutanasia y el suicidio asistido y uno de ellos propone un nuevo delito para sancionar a los médicos que obstaculicen la eutanasia (ver II.13).
- Los proyectos contemplan la objeción de conciencia para los profesionales, aunque con limitaciones que afectan el ejercicio de ese derecho, y también contemplan la posibilidad de que haya instituciones que no apliquen la eutanasia, aunque con una redacción confusa (ver II.14).
- Los proyectos pretenden aplicar esta ley de forma obligatoria en todo el territorio de la República, enfatizando que se trataría de una norma de "orden público", afectando

la distribución de competencias entre la Nación y las provincias y dando prioridad a esta ley por sobre la de cuidados paliativos (ver II.15).

- Uno de los proyectos se refiere a la equiparación de la muerte por eutanasia con la muerte para todos sus efectos civiles (ver II.16).

Introducción

Este informe tiene por objeto el análisis de los proyectos de ley que se presentaron en la Cámara de Diputados de la Nación Argentina en 2021 y hasta el 12 de agosto 2022 (Exptes. 4597-D-2021; 4734-D-2021; 3956-D-2022; 4092-D-2022) que proponen la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido, a saber:

a) Expte. 4597-D-2021: El 25 de noviembre de 2021 se presentó en la Cámara de Diputados de la Nación Argentina el proyecto titulado "Ley de buena muerte. Regulación de la eutanasia" (expte. 4597-D-2021, T.P. 184/2021) firmado por Alfredo Cornejo, Jimena Latorre y Alejandro Cacace, que tiene como 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" (art. 1).

b) Expte. 4734-D-2021: El 6 de diciembre de 2021 las diputadas Estévez, Brawer, Carrizo, Gaillard, Macha, Moreau, Lampreabe y López presentaron el proyecto de ley titulado "Derecho a la prestación de ayuda para morir dignamente – Ley Alfonso" (expte. 4734-D-2021, Trámite Parlamentario nro. 191/2021) y, según el art. 1, el objeto de la ley sería "regular el derecho de toda persona que cumpla con los requisitos exigidos a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir dignamente, de acuerdo a los principios, garantías y reglas que aquí se establecen".

c) Expte. 3956-D-2022: El 8 de agosto de 2022 se presentó en el Senado de la Nación el proyecto de ley de "Regulación de la eutanasia y la muerte asistida" (Expte. 3956-D-2022, T.P. nro. 113/2022) firmado por los diputados Cobos y Verasay, que tiene por objetivo "reconocer el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas, a solicitar la interrupción voluntaria de su vida y regular el procedimiento que ha de seguirse, establecer los mecanismos que permiten controlar y evaluar los procedimientos y las garantías que han de observarse" (art. 1)².

d) Expte. 4092-D-2022: El 11 de agosto de 2022 la diputada Moisés presentó un proyecto de ley titulado "Derecho a la prestación de ayuda para morir dignamente" (Expte. 4092-D-2022, T.P. 116/2022) con el objeto de "regular el derecho de toda persona que cumpla con los requisitos exigidos a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir dignamente, de acuerdo a los principios, garantías y reglas que aquí se establecen" (art. 1)³.

El informe está estructurado en dos grandes partes y un anexo:

-en la primera, de carácter más teórica, se analizan los argumentos que se suelen invocar a favor de la eutanasia, distinguiendo según se condicione la eutanasia a la existencia de ciertas condiciones médicas particularmente graves, o bien que se trate de un pedido que responde únicamente a garantizar el deseo de morir del paciente, sin importar sus condiciones.

-en la segunda, se analizan en concreto los proyectos de ley en su articulado y se explicitan las razones que fundamentan en concreto su rechazo.

-en el Anexo se incluye una recopilación de información referida a las estadísticas de eutanasia y suicidio asistido en los Países Bajos entre 2002 y 2019.

El informe procura dar argumentos para demostrar que legalizar cómo se quitarán la vida las personas que atraviesan una enfermedad grave e incurable o un padecimiento

² El proyecto 3956-D-2022 fue presentado por el Diputado Cobos y es sustancialmente igual al proyecto S-2577/2021 que se presentó el 29 de noviembre de 2021 en el Senado de la Nación bajo el título de "interrupción voluntaria de la vida" (Expte. S-2577/2021) firmado por los senadores Cobos y Verasay. Por razones de practicidad vinculadas con el hecho de que es en Diputados donde se iniciará el debate, tomaremos como referencia el expte. 3956-D-2022.

³ La diputada Moisés había presentado un proyecto con el mismo título el 5 de agosto de 2022 (expte. 3930-D-2022), pero luego volvió a presentarlo el 11 de agosto bajo el expte. 4092-D-2022. Para los fines del informe tomamos este último texto, cuya única diferencia es que cambia la redacción en los aspectos penales y sobre todo, elimina la sanción a los médicos que nieguen, obstaculicen o dilaten injustificadamente la eutanasia. La versión 4092-D-2022 no incluye, por tanto, modificaciones al Código Penal.

grave, crónico e imposibilitante no es la respuesta exigida por la dignidad de la persona humana. La eutanasia o el suicidio asistido legalizado no son la solución a sus sufrimientos e implican un quiebre del principio de la inviolabilidad del derecho a la vida y la instauración de un radical individualismo que se vuelve indiferente ante el que sufre y se limita a ofrecer el camino del descarte.

En lugar de legalizar la eutanasia y el suicidio asistido, las autoridades deben consolidar y promover las formas de acompañar al doliente y garantizar los cuidados paliativos y otras medidas adecuadas en circunstancias tan dolorosas. Como sociedad estamos llamados a redoblar los esfuerzos de acompañamiento de las personas sufrientes y vulnerables.

Parte I: Cuestiones teóricas en torno a la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido

La pretensión de legalización de la eutanasia y el suicidio asistido suele estar fundamentada en la invocación de la autonomía del paciente, como sucede en los proyectos de ley en debate en el Congreso. Pero, dado que entender que la autonomía incluye un derecho a decidir cuándo y cómo morir supondría una legalización lisa y llana del suicidio, se procura delimitar el alcance de la atribución de quitarse la vida a ciertas circunstancias particularmente graves y dramáticas. En consecuencia, para el análisis teórico de las cuestiones en juego, propongo distinguir las dos narrativas subyacentes detrás de los proyectos, es decir:

a) En primer lugar, encontramos una argumentación que sostiene que se trata de supuesto derecho que se regula solo para aquellas personas que presenten una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e inhabilitante. Ahora bien, si este derecho se limita a las personas que padecen estas graves condiciones de salud, se trata de una decisión que no responde exclusivamente a la autonomía, sino que se justifica por la existencia de una condición grave que lleva a regular la eutanasia y el suicidio asistido para responder a la problemática propia de esa condición, que no encontraría solución más que en la muerte. Esta postura plantea varias cuestiones: la distinción entre eutanasia y suicidio asistido y el rechazo al encarnizamiento terapéutico; la eutanasia y el suicidio asistido y la discriminación de las personas con discapacidad; el derecho a la vida, la eutanasia y los cuidados paliativos en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores; el debate sobre la dignidad de los pacientes terminales o con padecimientos muy graves; el problema de la pendiente resbaladiza; la cuestión de si la eutanasia es compatible con los cuidados paliativos; las inequidades en el acceso a la salud y los problemas del gasto en salud; el argumento de la clandestinidad; la afectación de la profesión médica; y la pregunta sobre si es libre la decisión de la persona en situaciones tan graves como las que regulan los proyectos.

b) Analizada la postura que subordina la concesión del pretendido derecho a morir a la existencia de una condición grave en un paciente, la otra postura lógica que debe estudiarse es si existe en sí mismo un derecho de cualquier persona, con independencia de su situación de salud, a poner fin a la vida. En este caso, presentaré la cuestión de si existe un derecho a morir y la contradicción existente entre la legalización de la eutanasia y las políticas públicas de prevención del suicidio.

En consecuencia, dividiremos en estas dos grandes secciones el análisis teórico de los argumentos vinculados con la eutanasia y el suicidio asistido.

1.1. La eutanasia y el suicidio asistido a pedido de pacientes graves

a) La ley de muerte digna y los problemas para distinguir entre eutanasia y rechazo al encarnizamiento terapéutico

En los fundamentos de los proyectos de ley se argumenta que legalizar la eutanasia y el suicidio asistido es una ampliación de la eutanasia pasiva que había sido ya regulada por la ley 26.742 de muerte digna en 2012. Así lo expresa el proyecto 4597-D-2021: "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".

Una versión diferente del argumento aparece en los fundamentos del proyecto 4734-D-2021, pues allí se da cuenta de los dichos de un médico emergentólogo "quien sostenía la necesidad de avanzar en una ley de eutanasia que supere los matices de la ley 26.742, evite judicializaciones innecesarias y dé un marco protectorio a profesionales que atienden en estas situaciones que muchas veces se ven en la encrucijada entre su deber de asistir y el respeto por la autonomía del paciente".

Ahora bien, ante estos planteos es necesario hacer algunas precisiones.

En primer lugar, la expresión "muerte digna" suele dar lugar a confusiones, en la medida que no se aclare el alcance de la expresión en cuanto a las conductas implicadas. Así, la gran distinción se verifica entre las acciones u omisiones que provocan la muerte (que llamaremos eutanasia activa y pasiva, respectivamente) y la renuncia al encarnizamiento terapéutico. Esta distinción es crucial para evitar confusiones y malentendidos. Mientras que nunca es justo, por aplicación del principio de inviolabilidad del derecho a la vida, realizar una acción u omisión que provoque la muerte de otra persona, sí es justo renunciar a un tratamiento médico en el caso que sea desproporcionado a las perspectivas de mejoría y la muerte sea inminente e inevitable y el tratamiento solo signifique una prolongación de la agonía. En este caso, la renuncia al tratamiento no es causa de la muerte, sino que ella se produce por la enfermedad ya que el tratamiento era ineficaz para evitarla⁴. Este supuesto es el que llamamos "renuncia al encarnizamiento terapéutico" y que consideramos legítimo.

La primera confusión se produce porque algunos equiparan la eutanasia pasiva con la renuncia al encarnizamiento terapéutico. Así, para esta postura, no habría distinción que realizar y ambas conductas quedan equiparadas. En consecuencia, afirman que si uno se pronuncia aceptando la renuncia al encarnizamiento terapéutico, entonces acepta una forma de eutanasia. Y por eso, sigue esta postura, sería inconsecuente que no acepte también la eutanasia "activa", que no sería sino una variante en la forma de "matar al paciente.

Rechazamos con firmeza esta confusión. Como bien afirma Andruet: "Sostener que la intención del agente en una situación y en otra, es la misma: dar muerte al paciente, es introducir una confusión, cuando no una falsedad de los mismos actos racionales, y sin duda alguna, que si efectivamente existiera la nombrada intención en el agente, poco importa si su acción es activa –positiva o negativa– o pasiva. Más reconociendo en el médico que cumple su praxis profesional desde una dimensión de libertad y con igual libre intencionalidad, pues no se tiene porque presumir que dejar de otorgar terapias extraordinarias, desproporcionadas u optativas es lo mismo que querer matar al paciente, aunque no por ello ignore la posibilidad de que se muera"⁵. En este sentido, Andruet trae a colación la importancia de la teoría de la acción de doble efecto o principio del voluntario indirecto, y reafirma que hay "una diferencia radical entre 'dar muerte' y 'consentir el morir': el primero es un acto supresivo de la vida, el segundo es aceptarla hasta la muerte"⁶.

Una segunda confusión se origina en la discusión sobre los alcances de la ley 26742 de 2012. Esta confusión tiene dos variantes. Por un lado, se afirma que esa ley ha dado lugar a "matices" y "judicializaciones innecesarias" y que habría que superarla con la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido. Sin embargo, no se precisa cuáles son esos matices y cuáles los casos de judicializaciones innecesarias.

Por otro lado, se afirma que esa ley ya legalizó una forma de eutanasia y por tanto ahora se trata de legalizar la otra forma en que las personas se pueden quitar la vida.

Ahora bien, la ley 26742 realizó una reforma de la ley 26529 de derechos del paciente para precisar cuándo un paciente podía rechazar algunos tratamientos. En tal sentido, en mi opinión, se trata de una ley que tiene aspectos positivos y negativos. Los aspectos positivos es que autoriza al paciente a rechazar ciertos tratamientos cuando ya no hay perspectivas de mejoría y la muerte es inminente e inevitable. Los aspectos negativos se vinculan con el hecho de que entre los tratamientos que autoriza rechazar se encuentran la alimentación y la hidratación, que a mi entender son cuidados básicos que, en principio, no se pueden suspender ni siquiera a pedido del paciente. Además, los supuestos que habilitan a rechazar un tratamiento están redactados de forma abierta e imprecisa, de

⁴ Sobre el tema ver Basso, D. (1993). *Nacer y morir con dignidad. Bioética*, Buenos Aires, Depalma, 3ra. ed., p. 462.

⁵ Andruet, A. (2004). *Bioética, derecho y sociedad. Conflicto, ciencia y convivencia*, Córdoba, Alveroni Ediciones, p. 299.

⁶ Andruet, A. (2004), op. cit., p. 300.

modo que no aportan seguridad a los médicos y pueden dar lugar a formas encubiertas de eutanasia pasiva. Por eso, critiqué la ley en su momento y sigo manteniendo esas críticas⁷. En esta ocasión agrego que legalizar la eutanasia por acción no es el camino para resolver esos problemas de la ley 26742, que en todo caso tendría que ser reformada para corregir esos puntos que he señalado.

Igualmente, hay que decir que en los proyectos de ley que aquí analizamos no está en juego un problema de renuncia a tratamientos, sino que se trata de iniciativas parlamentarias apuntan a legalizar la llamada "eutanasia activa", es decir, cuando se realiza una acción directa para provocar la muerte de un paciente por su pedido, o bien el suicidio asistido, que consiste en prescribirle o suministrarle al paciente una sustancia para que pueda quitarse la vida. Es decir, no está en discusión la renuncia a tratamientos terapéuticos, sino la incorporación por vía legal de una nueva práctica para poner fin a la vida de un paciente. Recordemos que la ley 26742 en 2012 y el mismo Código Civil y Comercial en 2014 ratificaron que, en la redacción de directivas anticipadas, las prácticas eutanásicas se debían tener por no escritas y, consecuentemente, están prohibidas.

En definitiva, para la consideración de las problemáticas jurídicas vinculadas con el fin de la vida, considero que deben tenerse presente cuatro principios:

- Prohibición de toda acción u omisión dirigida a causar la muerte.
- Legitimidad de la renuncia al encarnizamiento terapéutico en caso de un paciente que presenta una situación terminal, cuya muerte sea inminente e inevitable, y renuncia a tratamientos que resulten desproporcionados o extraordinarios para las perspectivas de mejoría y solo signifiquen una prolongación de la agonía.
- No considero legítimo renunciar a la alimentación y la hidratación, en razón de ser cuidados ordinarios.
- Debe garantizarse el acceso a los cuidados paliativos.

b) La eutanasia y el suicidio asistido y la discriminación de las personas con discapacidad

La propuesta de legalización de la eutanasia y el suicidio asistido por razón de la enfermedad grave e incurable o el padecimiento grave, crónico e imposibilitante conlleva una discriminación hacia las personas con discapacidad.

Este aspecto fue señalado por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en su informe final a España en 2019, en el que expresó su preocupación por "6... b) ... la falta de progresos en la eliminación de las iniciativas legislativas destinadas a permitir la eutanasia en casos de discapacidad". En consecuencia, el Comité "recomienda al Estado parte que revise y enmiende todas las leyes, políticas y prácticas relativas a la prestación de servicios para las personas con discapacidad a todos los niveles y en todas las comunidades autónomas, de conformidad con los principios consagrados en la Convención y en consonancia con el modelo de la discapacidad basado en los derechos humanos. El Comité recomienda también al Estado parte que: b) ... vele por que no existan disposiciones que permitan la eutanasia por motivos de discapacidad, ya que tales disposiciones contribuyen a la estigmatización de la discapacidad, lo cual puede propiciar la discriminación" (7.b.)⁸.

Este informe resulta de decisiva importancia para una valoración convencional de los proyectos de ley presentados en Argentina, pues la ley española y los proyectos adoptan

⁷ Sobre la ley 26742 me remito a Lafferriere, J.N. (2013). "Entre el derecho a la vida y la autonomía de la voluntad. Comentario a la ley 26.742", en Gil Domínguez, Andrés, *Muerte digna*, Buenos Aires, La Ley, p. 329-348.

⁸ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, "Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España", 13 de mayo de 2019, CRPD/C/ESP/CO/2-3. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fESP%2fCO%2f2-3&Lang=es

las dos mismas situaciones como habilitantes de la eutanasia: "enfermedad grave e incurable" y "padecimiento grave, crónico e imposibilitante".

Que una ley sostenga que las personas que presentan algunas condiciones específicas están habilitadas para quitarse la vida encierra, en el fondo, una lógica discriminatoria. Aun cuando se lo recubra de una retórica de derechos, se trata de una inequívoca señal hacia las personas con discapacidad: ya no nos interesa garantizar una protección tan sólida de su vida y creamos una regulación específica para facilitarles que puedan quitarse la vida. Como dice Ana María Marcos del Cano, este tipo de leyes lanza dos inequívocos mensajes: "a las personas con discapacidades graves, para que consideren la opción de terminación de su vida; y a la sociedad en general, para que perciban a las personas con discapacidad como individuos cuya vida puede no merecer la protección de inviolabilidad establecida constitucionalmente para el resto de los ciudadanos"⁹.

Está en juego el art. 10 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), que en Argentina tiene jerarquía constitucional por ley 27044 (B.O. 22/12/2014) que sostiene: "Artículo 10. Derecho a la vida. Los Estados Partes reafirman el derecho inherente a la vida de todos los seres humanos y adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar el goce efectivo de ese derecho por las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás". Adviértase que la CDPD, por un lado, reafirma el derecho inherente a la vida. Eso significa el reconocimiento de una objetividad en el derecho que no depende de apreciaciones subjetivas y que no es disponible por su titular. Por el otro lado, señala que se debe garantizar el derecho "en igualdad de condiciones con las demás" personas. Es decir, que no puede favorecerse medidas que pongan al derecho a la vida de las personas con discapacidad en una situación de desigualdad y discriminación. Y eso es exactamente lo que sucede cuando la eutanasia se legaliza por razón de la presencia de "enfermedad grave e incurable" o por la presencia de limitaciones que generan un "padecimiento grave, crónico e imposibilitante".

Lúcidamente, Velasco Suárez afirma: "La eutanasia supone siempre, primero, un acto del legislador en representación de la sociedad: la eutanasia social, el acto por el que toda la sociedad considera que hay vidas sin valor social, que hay personas sin dignidad inherente, y que no tienen derechos humanos, porque su derecho humano principal no depende de que sea humano, sino de que sea sano, joven, autónomo y productivo. Entonces, es una ley que discrimina y categoriza entre ciudadanos 'clase A', que la sociedad valora, y ciudadanos 'clase B': los 'eutanasiables'"¹⁰.

En el fondo, subyace una idea de "calidad de vida" que condiciona la dignidad a la existencia de condiciones de vida de autonomía plena. Si hay "limitaciones" o "imposibilidades", entonces la vida ya no es vista con la misma "dignidad" por el legislador. Es como si la dignidad, que debería reconocerse a cada ser humano en todo momento, quedase condicionada a su utilidad. Una ley basada en una visión utilitarista de la vida contradice la dignidad inherente a todo ser humano y envía un mensaje disvalioso a la sociedad.

c) El derecho a la vida, la eutanasia y los cuidados paliativos en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

La pretensión de legalizar la eutanasia choca con las disposiciones de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIPDHPM) que fue ratificada por la República Argentina por ley 27360 (B.O. 31/5/2017). En esta Convención se promueven decididamente los cuidados paliativos, que están

⁹ Marcos del Cano, A.M. (2021). "La eutanasia: ¿de qué se trata?", en Masferrer, A., *La eutanasia en España. Perspectivas desde la vulnerabilidad*, Madrid, Ediciones Rialp, p. 43.

¹⁰ Velasco Suárez, D. (2022). "Eutanasia y dignidad, desde la perspectiva jurídica", en AA.VV., *En defensa de la dignidad humana. Aportes para el debate: Eutanasia y suicidio asistido*, publicación de Prudencia Uruguay, p. 73.

definidos en el art. 2 de tal manera que excluyen la eutanasia: "Cuidados paliativos": "La atención y cuidado activo, integral e interdisciplinario de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo o sufren dolores evitables, a fin de mejorar su calidad de vida hasta el fin de sus días. Implica una atención primordial al control del dolor, de otros síntomas y de los problemas sociales, psicológicos y espirituales de la persona mayor. Abarcan al paciente, su entorno y su familia. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan" (art. 2 CIPDHPM).

Por su parte, el art. 6 dispone: "Los Estados Parte adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población. Los Estados Parte tomarán medidas para que las instituciones públicas y privadas ofrezcan a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos, eviten el aislamiento y manejen apropiadamente los problemas relacionados con el miedo a la muerte de los enfermos terminales, el dolor, y eviten el sufrimiento innecesario y las intervenciones fútiles e inútiles, de conformidad con el derecho de la persona mayor a expresar el consentimiento informado".

Ciertamente, existe una controversia sobre los alcances del art. 11 de la CIPDHPM, referido al derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud. En este artículo se expresa: "La persona mayor tiene el derecho irrenunciable a manifestar su consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud... Con la finalidad de garantizar el derecho de la persona mayor a manifestar su consentimiento informado de manera previa, voluntaria, libre y expresa, así como a ejercer su derecho de modificarlo o revocarlo, en relación con cualquier decisión, tratamiento, intervención o investigación, en el ámbito de la salud, los Estados Parte se comprometen a elaborar y aplicar mecanismos adecuados y eficaces para impedir abusos y fortalecer la capacidad de la persona mayor de comprender plenamente las opciones de tratamiento existentes, sus riesgos y beneficios. Dichos mecanismos deberán asegurar que la información que se brinde sea adecuada, clara y oportuna, disponible sobre bases no discriminatorias, de forma accesible y presentada de manera comprensible de acuerdo con la identidad cultural, nivel educativo y necesidades de comunicación de la persona mayor. Las instituciones públicas o privadas y los profesionales de la salud no podrán administrar ningún tratamiento, intervención o investigación de carácter médico o quirúrgico sin el consentimiento informado de la persona mayor. En los casos de emergencia médica que pongan en riesgo la vida y cuando no resulte posible obtener el consentimiento informado, se podrán aplicar las excepciones establecidas de conformidad con la legislación nacional. La persona mayor tiene derecho a aceptar, negarse a recibir o interrumpir voluntariamente tratamientos médicos o quirúrgicos, incluidos los de la medicina tradicional, alternativa y complementaria, investigación, experimentos médicos o científicos, ya sean de carácter físico o psíquico, y a recibir información clara y oportuna sobre las posibles consecuencias y los riesgos de dicha decisión. Los Estados Parte establecerán también un proceso a través del cual la persona mayor pueda manifestar de manera expresa su voluntad anticipada e instrucciones respecto de las intervenciones en materia de atención de la salud, incluidos los cuidados paliativos. En estos casos, esta voluntad anticipada podrá ser expresada, modificada o ampliada en cualquier momento solo por la persona mayor, a través de instrumentos jurídicamente vinculantes, de conformidad con la legislación nacional".

Pues bien, mientras que es claro que la CIPDHPM admite el rechazo a tratamientos, lo que se relaciona con el rechazo al encarnizamiento terapéutico, en ningún momento se refiere a un derecho a morir, o a un derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir, o un derecho a interrumpir voluntariamente su vida. Es decir, nunca se refiere a que sea un derecho exigir que se le garantice poder quitarse la vida, ni siquiera por directiva anticipada. Tampoco usa la ambigua expresión "muerte digna". Por eso, en razón de lo que dice el art. 2 de la CIPDHPM en el sentido que los cuidados paliativos "afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan", entiendo que

debe considerarse a la eutanasia, aplicada a personas mayores, como una violación de sus derechos en los términos de esa Convención Interamericana.

d) El debate sobre la dignidad de los pacientes terminales o con padecimientos muy graves

Otra cuestión teórica que debe analizarse al momento de considerar las propuestas de legalización de la eutanasia y el suicidio asistido es si estas conductas pueden considerarse como exigencias derivadas de la dignidad humana. En efecto, para los que identifican la dignidad con la autonomía personal, como sucede con los proyectos de ley en debate en el Congreso, la dignidad de la persona exige que se le reconozca el derecho a decidir cuándo y cómo poner fin a su vida, especialmente porque la persona está percibiendo su situación como afectando su propia dignidad.

Este argumento podemos verlo expresado en los fundamentos del proyecto 4734-D-2021 cuando sostiene: "el derecho a la vida no puede reducirse a la mera subsistencia, sino que implica el vivir adecuadamente en condiciones de dignidad. El derecho fundamental a vivir en forma digna implica entonces el derecho a morir dignamente, pues condenar a una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones, equivale no solo a un trato cruel e inhumano, sino a una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral"¹¹.

Por su parte, en los fundamentos del proyecto 3956-D-2022 se afirma: "el derecho fundamental a vivir en forma digna implica el derecho a morir dignamente, pues condenar a una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones, equivale no solo a un trato cruel e inhumano, sino a una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral".

También aparece en los fundamentos del proyecto 4734-D-2021: "el derecho a la vida no puede reducirse a la mera subsistencia, sino que implica el vivir adecuadamente en condiciones de dignidad".

El primer problema que plantea este argumento en favor de la eutanasia y el suicidio asistido es que resulta muy difícil trazar algún límite sobre cuáles serían las situaciones que sería justo habilitar para que pidan la eutanasia y cuáles no. De hecho, la experiencia internacional muestra que existe una pendiente resbaladiza que lleva a un progresivo aumento de situaciones y casos a los que se aplica la eutanasia, como vemos en el siguiente apartado.

En segundo lugar, más allá de la retórica sobre la autonomía, en el fondo subyace una idea de dignidad asociada a la "calidad de vida". El legislador, en última instancia, hace un juicio sobre cuál sería el umbral debajo del cual las circunstancias del paciente transforman su vida en una situación que ya no reúne una calidad admisible. Y, a su vez, luego delega en el médico el juicio concreto de cuáles serían los pedidos que encuadran o no en las situaciones legalmente habilitadas. Como dice Finnis, "a menos que a los médicos se les permita matar a cualquiera que peticione la muerte con competencia y equilibrio, ellos tendrán que proceder a clasificar las vidas como dignas o no dignas de vivir"¹².

Este problema se agrava porque los proyectos de ley adoptan un criterio subjetivista para determinar cuáles son las condiciones del paciente que habilitan la eutanasia, es

¹¹ El proyecto 3956-D-2022 usa casi las mismas palabras en sus fundamentos. Esta frase está tomada, sin citarla, de una sentencia de la Corte Constitucional de Colombia: "El derecho fundamental a vivir en forma digna implica entonces el derecho a morir dignamente, pues condenar a una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones, equivale no sólo a un trato cruel e inhumano, prohibido por la Carta, sino a una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral", Corte Constitucional de Colombia, Expediente D-1490, "Demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 326 del decreto 100 de 1980-Código Penal", 20 de mayo de 1997, Sentencia C-239/1997: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm> . Es decir, los proyectos 4734-D-2021 y 3956-D-2022 copiaron y pegaron expresiones de ese Tribunal sin citarlo.

¹² Finnis, J. (1998). "Euthanasia, Morality, and Law". *Loyola of Los Angeles Law Review*, 31, 1123-1145 (la traducción es propia).

decir, es el propio paciente el que determina el carácter de tolerable o intolerable del sufrimiento. Como dice Pilar Zambrano, "si lo que el Derecho valora no es la vida humana en sí misma, sino la vida en tanto que deseada o querida por su propio titular, la conclusión salta a la vista: perdida la capacidad de valorarse y quererse a uno mismo, se pierde también la propia condición de ser valioso y apetecible o susceptible de ser querido"¹³.

Explica Alfonso Santiago que "la autonomía es uno de los contenidos primarios y fundamentales de la dignidad reconocida y protegida constitucional y convencionalmente, pero en modo alguno puede reducirse a ella"¹⁴. Especialmente en circunstancias de vulnerabilidad tan graves como las que se consideran en los proyectos de ley que aquí analizamos, no puede el legislador legalizar una visión de dignidad que se reduce a la autonomía y que, en ese mismo acto, termina desconociendo la dignidad inherente a toda persona y que exige en justicia que no se permita realizar actos que priven deliberadamente de la vida a otra persona, aun cuando esta persona en su desesperación así lo solicite.

Justamente, el problema es que se invoca la dignidad para realizar un acto que consiste en la privación deliberada de la vida y ello es una violación de ese derecho humano fundamental. La vida es un bien indisponible y la ley debe reconocer esa inviolabilidad.

Sólo una concepción ontológica de dignidad como inherente a toda persona humana, como excelencia en el ser, ofrece los criterios éticos y jurídicos objetivos para poder discernir las exigencias de justicia para las situaciones y casos que enfrenta un paciente en el final de su vida. Nunca la dignidad puede ser invocada para realizar un acto que conduce a la privación deliberada de la vida de la propia persona, aún en las circunstancias más dramáticas. Justamente, en esas situaciones de vulnerabilidad es cuando aparece como más necesitada de protección la dignidad del paciente y la inviolabilidad de su vida.

e) La pendiente resbaladiza

La experiencia internacional muestra que, a pesar de que se afirma que la eutanasia está limitada a algunos casos muy excepcionales, en los hechos se produce una "pendiente resbaladiza" que significa que la eutanasia se aplica cada vez en mayor número y en un más amplio espectro de situaciones.

La pendiente resbaladiza se verifica en cuatro dimensiones¹⁵.

i) En primer lugar, aunque inicialmente se afirma que la eutanasia se aplica a casos excepcionales y muy acotados, generalmente vinculados con situaciones de pacientes con una muerte inminente e inevitable. Sin embargo, por la redacción generalmente amplia y vaga de los supuestos legales o judiciales que habilitan la eutanasia, progresivamente se van ampliando esas causales a otras menos excepcionales y la decisión de quitarse la vida se va incorporando como una prestación rutinaria en la atención de salud.

ii) una segunda dimensión de la pendiente resbaladiza se vincula con el aumento progresivo del número de casos totales de pacientes que solicitan la eutanasia, que se incrementa año tras años.

iii) una tercera dimensión está dada por la aplicación de la eutanasia a personas con dificultades para dar su consentimiento, ya sea por estar inconscientes, o bien por ser personas menores de edad, a quienes la ley protege especialmente en este punto, o personas con alguna restricción a la capacidad por razones de salud mental. Sobre este punto afirma Keown: "una vez que el principio de la inviolabilidad de la vida es abandonado por aprueba la eutanasia voluntaria en ciertas circunstancias, la clara línea que se funda en

¹³ Zambrano, P. (2005). "Sobre la moralidad y la juridicidad de la suspensión de tratamientos médicos vitales". *La Ley*, B, 265.

¹⁴ Santiago, A. (2022). *La dignidad de la persona humana. Fundamento del orden jurídico nacional e internacional*. Buenos Aires, Ábaco, p. 200.

¹⁵ Sobre el tema ver Lafferriere, J.N. (2020), "Dignity at the End of Life and Decriminalization of Euthanasia", en *Criminal Law and Morality in the Age of Consent*, Masferrer, Aniceto (Ed.), Cham, Springer International Publishing, p. 358.

la intrínseca e ineliminable dignidad de cada paciente es usurpada por una línea arbitraria que depende de juicios subjetivos sobre si el paciente "estaría mejor muerto" y que, en particular, avalar la eutanasia voluntaria lógicamente implica avalar la eutanasia no-voluntaria, esto es, matar a pacientes incompetentes".¹⁶

iv) la cuarta dimensión de la pendiente resbaladiza se expresa en la dificultad, inherente a los complejos procesos de atención de salud, de asegurar que se cumpla la ley en forma estricta en los diagnósticos sobre las situaciones clínicas implicadas en los casos legalmente habilitados para la eutanasia.

Lo sucedido en los Países Bajos, donde se sancionó una ley de eutanasia en 2002 que generó un registro de casos a través de los informes anuales de las Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia (en adelante CRVE), permite ver esta pendiente¹⁷. En el anexo de este informe se analizan las estadísticas que demuestran ese aumento en el número de casos de eutanasia y suicidio asistido entre 2002 y 2019 y la expansión de supuestos de base (cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades pulmonares, otras enfermedades, combinación de afecciones, acumulación de enfermedades propias de la vejez, enfermedades mentales y demencia) que habilitan el pedido de eutanasia y suicidio asistido en los Países Bajos.

f) ¿La eutanasia legalizada como forma de alivio al entorno del paciente?

Un llamativo argumento aparece en los fundamentos del proyecto 4734-D-2021. Allí se dice: "Los avances científicos orientados a la medicina han generado una serie de técnicas terapéuticas que permiten posibilidades de sobrevida impensadas anteriormente. Sin duda estos avances han traído innumerables beneficios como la cura de enfermedades y el alivio del dolor, pero también desventajas que tensionan permanentemente los ordenamientos jurídicos y los criterios bioéticos. Muchas veces la asistencia médica en los casos de pacientes graves o agónicos prolonga artificialmente la vida mediante el uso de recursos extraordinarios o desproporcionados produciendo grandes sufrimientos para el paciente y su entorno. Especialmente para las mujeres quienes son las que dedican mayor cantidad de horas al cuidado de familiares enfermos". Y más adelante se repite la idea: "A lo largo y ancho de nuestro país se suceden situaciones de trato cruel hacia pacientes con enfermedades terminales o incurables con el consiguiente efecto sobre su entorno afectivo más cercano, esperamos con este proyecto poder aportar a una discusión compleja sobre la cual es preciso aportar claridad y regulación para que la dignidad sea un valor que oriente la vida desde su inicio hasta el final".

Es decir, para las autoras del proyecto, se trata de facilitar la muerte de las personas que están sufriendo para que su entorno, especialmente las mujeres, puedan quedar liberadas de esta carga. No hace falta demasiados argumentos para demostrar que se trata de una iniciativa que, lejos de ampliar derechos, promueve el descarte de las

¹⁶ Keown, J. (2014). "A right to voluntary euthanasia? Confusion in Canada in Carter". *Notre Dame Journal of Law, Ethics & Public Policy*, 28, 22. (traducción propia).

¹⁷ Los informes 2002-2019 están disponibles en: <https://english.euthanasiemissie.nl/the-committees/annual-reports> La eutanasia y el suicidio asistido fueron despenalizados en 2002 a partir de la ley denominada "Terminación de la vida a petición y suicidio asistido" (Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act) que, en lo fundamental, considera que un médico no incurre en delito si cumple con los criterios de debido cuidado que establece la ley y notifica su proceder a las comisiones regionales de verificación de la eutanasia. Estas comisiones evalúan si el médico cumplió con los criterios legales y por tanto quedó eximido de responsabilidad penal. Los criterios establecen que el médico: a. tiene la convicción de que el requerimiento del paciente fue voluntario y bien meditado; b. tiene la convicción que el sufrimiento del paciente es duradero e insoportable; c. ha informado al paciente sobre la situación que atraviesa y sus prospectivas; d. y el paciente tiene la convicción de que no había otra solución razonable a su situación; e. el paciente consultó al menos a otro médico, independiente, quien lo entrevistó y le dio su opinión escrita sobre los requerimientos de debido cuidado antes indicados en los puntos a-d; y f. terminó su vida o se suicidó con debido cuidado. A su vez, hay que tener presente que existe un "Código de Eutanasia", aprobado en el año 2018 (<https://english.euthanasiemissie.nl/the-committees/documents/publications/euthanasia-code/euthanasia-code-2018/euthanasia-code-2018/codigo-eutanasia-2018>) y cuya versión revisada es del año 2020 (<https://english.euthanasiemissie.nl/the-committees/documents/publications/euthanasia-code/euthanasia-code-2018/euthanasia-code-2018/version-revisada>).

personas con limitaciones en su autonomía desde una lógica profundamente utilitarista e individualista. Por cierto, la grave situación de un paciente y su impacto en la familia y el entorno tiene que recibir una respuesta adecuada, a través de apoyos, ajustes razonables y prestaciones. Pero la regulación de cómo quitarle la vida al paciente no es nunca una solución que el legislador pueda promover.

Este argumento choca con las claras disposiciones de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Ya hemos transcrito el art. 2 de la CIPDHPM que se refiere a los cuidados paliativos y explica que "abarcen al paciente, su entorno y su familia". En el art. 3 se señala como principios que inspiran a la Convención "la solidaridad y fortalecimiento de la protección familiar y comunitaria" y "La responsabilidad del Estado y participación de la familia y de la comunidad en la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad, así como en su cuidado y atención, de acuerdo con su legislación interna". El art. 12 dispone: "Los Estados Parte deberán diseñar medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la introducción de servicios para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados, así como la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión".

Igualmente, también la ley 27678 de Cuidados Paliativos pone el acento en el paciente y su familia. El objeto de la ley es "asegurar el acceso de los pacientes a las prestaciones integrales sobre cuidados paliativos en sus distintas modalidades, en el ámbito público, privado y de la seguridad social y el acompañamiento a sus familias conforme a las presentes disposiciones" (art. 1). Y por eso la autoridad de aplicación tiene como una de sus atribuciones "impulsar el desarrollo de dispositivos de cuidados paliativos para pacientes y familiares y/o entorno significativo coordinados en red a partir y durante el tiempo que resulte necesario incluyendo el duelo en caso de fallecimiento" (art. 6.b).

En consecuencia, antes que facilitar la eutanasia y el suicidio asistido para aliviar al entorno, hay que cumplir las disposiciones de las propias leyes que ya ha sancionado el Congreso, como la ley de cuidados paliativos.

g) ¿La eutanasia es compatible con los cuidados paliativos?

La Red de Cuidados, Derechos y Decisiones en el final de la vida creada por el CONICET emitió una declaración "Ante la posibilidad de crear un marco legal en materia de eutanasia y suicidio médicamente asistido en Argentina"¹⁸. En este documento sostienen que "No creemos que la eutanasia y el suicidio médicamente asistido deban considerarse prácticas opuestas o incompatibles con la de los cuidados paliativos. De hecho, la Red ha manifestado insistentemente que el requisito de acceso a cuidados paliativos integrales y de calidad es inexcusable, sabiendo que en nuestro país más del 85% de las personas que los requieren no logran acceder a estos servicios. Por esto mismo, hemos insistido en diversos ámbitos que no se puede seguir demorando la sanción de una Ley Nacional de Cuidados Paliativos"¹⁹. Por cierto, la ley de Cuidados Paliativos se sancionó el 5 de julio de 2022 (Ley 27678 B.O. 21/7/2022) y ahora se abre el debate sobre la eutanasia y el suicidio asistido.

El documento de la Red da algunas razones para justificar la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido: el convencimiento de que debe darse al paciente un "conjunto amplio de alternativas de cuidado, atención y contención" y la existencia de una base constitucional, convencional y de derechos humanos (asociada al art. 19 de la Constitución Nacional y la autonomía).

¹⁸ <https://redcuidados.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/sites/148/2021/10/Documento-del-grupo-eutanasia-de-la-Red-25-10-21-3.pdf>

¹⁹ <https://redcuidados.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/sites/148/2021/10/Documento-del-grupo-eutanasia-de-la-Red-25-10-21-3.pdf>

El documento reconoce que se trata de decisiones controvertidas y que requieren discusión pública. Pero además reconoce el problema de implementación que existe en el plano práctico por las inequidades existentes en el país. Dicen textualmente: "Somos conscientes de que la legalización de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido presenta desafíos de aplicación importantes en el contexto de nuestro país. Además de la falta de acceso a servicios adecuados de cuidados paliativos, existen situaciones de vulnerabilidad estructural de muchos pacientes, tanto en el circuito de la medicina pública como privada, que se traducen en la limitación en el ejercicio de derechos. Sin embargo, pensamos que ese difícil contexto no puede ser un impedimento para avanzar en la discusión pública sobre la legalización de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. También en situaciones de carencias y vulnerabilidades las personas son capaces de ejercer su autonomía y es obligación de la medicina respetarla. Es más, creemos que en contextos de vulnerabilidad es indispensable ampliar el ejercicio de derechos y garantizar la equidad. Sería inconducente pretender superar primero todas las dificultades que rodean el ejercicio de la medicina, para recién entonces habilitar la discusión sobre estas prácticas. Dichas dificultades sólo obligan a quienes ejercen la medicina a redoblar sus esfuerzos para garantizar que las decisiones de las personas sean tomadas en forma autónoma, como consecuencia del sufrimiento que no ha podido aliviarse con la implementación de las opciones terapéuticas existentes y en un contexto de contención psicológica y afectiva"²⁰.

Sin perjuicio de discrepar con la posición de la Red en lo que concierne a la legitimidad ética y jurídica de legalizar la eutanasia y el suicidio asistido por las razones dadas en este trabajo, un análisis comparativo detallado y cuidadoso de los proyectos de ley de eutanasia y suicidio asistido y la ley 27678 de Cuidados Paliativos permite advertir que, de prosperar los proyectos, el paciente tendrá plenamente garantizada la ayuda para quitarse la vida, pero no así los cuidados paliativos. A continuación, resumo en un cuadro las significativas diferencias existentes:

²⁰ <https://redcuidados.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/sites/148/2021/10/Documento-del-grupo-eutanasia-de-la-Red-25-10-21-3.pdf>

	Proyectos de Eutanasia y Suicidio Asistido	Ley 27678 de Cuidados Paliativos (CP)
Cobertura por el sistema de salud	Sector Público, PAMI, Obras sociales Nacionales, Medicina Prepaga, Obras sociales de Congreso, Judicial, Universitarias, etc.	Obras Sociales Nacionales, medicina prepaga, Obra Social Congreso, Judicial, Universitarias.
Programa Médico Obligatorio	Inclusión explícita en el PMO (proyectos 4597-D-2021, 4734-D-2021 y 4092-D-2022)	No figura explícitamente.
Alcance de la cobertura	Cobertura integral de la práctica	Prestaciones que determine la autoridad de aplicación
Alcance jurisdiccional	Ley de orden público y obligatoria en toda la República	Invita a las provincias y la CABA a adherir
Plazo para realizar la práctica	10 días (proyecto 4597-D-2021) y 7 días (proyecto 4092-D-2022)	No fija ningún plazo
Procedimiento en caso de denegatoria	Proyectos crean comisiones con estrictos plazos en días para resolver reclamos por denegatoria del pedido	No fija ningún procedimiento
Obligaciones médicas	Médico responsable debe realizar la práctica. Sólo se puede eximir el objetor de conciencia	No dispone nada
Consecuencias en caso de obstaculización o negación indebida	Sanciones penales para los médicos (proyecto 3956-D-2022)	No dispone nada
Información al paciente sobre CP	El proyecto 4597-D-2021 no menciona a los CP entre las opciones a informar al paciente. Los otros proyectos sí los mencionan. El proyecto 4734-D-2021 obliga al paciente que elige la eutanasia a renunciar a los CP (art. 7).	Rige la obligación de informar sobre CP por art. 5 inc. h de la Ley 26529 modificado por ley 26742. Ley 27678 señala obligaciones genéricas de la autoridad de aplicación sobre difusión de derechos sobre CP.

De la lectura de este cuadro y si prosperan las iniciativas presentadas en el Congreso, será evidente que el paciente no gozará del "conjunto amplio de alternativas de cuidado, atención y contención" al que hace referencia el citado documento de la Red de CONICET:

- la ley de CP no abarca al sector público ni al PAMI²¹;
- los proyectos de eutanasia y suicidio asistido buscan una inclusión explícita en el PMO, algo que no está explícito en la ley de CP.
- Los proyectos de eutanasia promueven la cobertura integral de las prestaciones, mientras que la ley de CP delega el tema a la autoridad de aplicación.
- Los proyectos de eutanasia buscan que sea una ley de orden público, mientras que la ley de CP depende de la adhesión de las provincias y la CABA.
- Los proyectos de eutanasia regulan el procedimiento con una premura por garantizar su realización y crean una burocracia específicamente diseñada para asegurar la práctica, incluso en caso de denegatoria, llegando a amenazar

²¹ El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados tenía como beneficiarios a más de 5 millones de personas en 2020 según informaba el INDEC: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/030318_2020.xls

penalmente a los profesionales que se nieguen u obstaculicen la eutanasia o el suicidio asistido.

El documento de la Red de CONICET sostiene: "También en situaciones de carencias y vulnerabilidades las personas son capaces de ejercer su autonomía y es obligación de la medicina respetarla". Pues bien, con la comparación anterior se puede advertir que el legislador no va a ofrecer la eutanasia y el suicidio asistido "en igualdad de condiciones" que los CP.

La ley 27678 de CP se publicó en el B.O. el 21 de julio de 2022 y el Poder Ejecutivo contaba con un plazo de 90 días para reglamentarla (art. 9), de modo que es razonable pensar que se demoren las soluciones operativas y reales que garanticen el acceso a los CP al 85% de pacientes que todavía no los reciben a pesar de que ya son un derecho reconocido desde 2012 por ley 26742. Recordemos que cuando se sancionó la ley 26742 de "muerte digna" hace diez años se incluyó entre los contenidos que debía informar el médico "El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento" (art. 5 inciso h de la ley 26529, modificado por ley 26742). En esa ocasión ya se discutía la importancia de los CP y en el Senado se estaba trabajando una ley sobre el tema, como da cuenta el debate parlamentario y las intervenciones de los senadores Cano²² y A. Fernández, quien dijo que "ante enfermedades terminales, lo que se busca es proporcionar paliativos, evitando el sufrimiento, recurriendo a medidas razonables, hasta que llegue la muerte"²³. En esa ocasión, Borello dijo: "El Estado nacional y los estados provinciales son los responsables del sistema de salud, pero yo considero que en este momento carecen de los elementos necesarios, tanto en infraestructura como en recursos económicos, para asegurar los cuidados paliativos que requiere un paciente en la situación que estamos tratando"²⁴. En todo caso, han pasado diez años y recién ahora se sanciona una ley de cuidados paliativos que todavía no está operativa y que, en buena parte del país, depende para su operatividad de la voluntad política de las provincias y la CABA.

h) La cuestión de los gastos en salud y las inequidades sociales

En conexión con la comparación entre eutanasia y cuidados paliativos, debemos considerar lo relativo a los costos en salud.

Aunque ningún proyecto de ley se refiere al tema, es innegable que detrás de la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido, que además son claramente privilegiados por el legislador, se esconde una cuestión vinculada con los gastos en salud. Es decir, según sean las opciones que adopte el legislador, en un contexto de bajos recursos, se estará enviando una señal de política pública: o se privilegian los tratamientos y cuidados vinculados con el fin de la vida, o se privilegia la decisión del paciente de quitarse la vida.

En la experiencia internacional, aunque sea algo inconfesable abiertamente, la motivación económica es parte de las razones que subyacen a la decisión de legalizar la eutanasia. En este punto, se suele tomar como referencia un trabajo de 1998 de Emanuel y Battin, quienes estimaron los ahorros potenciales que significaría legalizar el suicidio médicamente asistido a partir de un método que combinó tres factores: el número de pacientes que elige la eutanasia y el suicidio asistido si es legalizado, la proporción de costos médicos que se ahorran por esta práctica, que se vincula con el tiempo que se acorta la vida del paciente, y el costo total de los cuidados de salud para pacientes que fallecen²⁵. En sus conclusiones, sostienen que la estimación más razonable sería que la

²² Senado de la Nación, Versión Taquigráfica, Sesión del 9 de mayo de 2012, p. 32, disponible en: <https://www.senado.gob.ar/parlamentario/sesiones/09-05-2012/05/downloadTac>

²³ Senado de la Nación, Versión Taquigráfica, Sesión del 9 de mayo de 2012, p. 34, disponible en: <https://www.senado.gob.ar/parlamentario/sesiones/09-05-2012/05/downloadTac>

²⁴ Senado de la Nación, Versión Taquigráfica, Sesión del 9 de mayo de 2012, p. 52, disponible en: <https://www.senado.gob.ar/parlamentario/sesiones/09-05-2012/05/downloadTac>

²⁵ Emanuel, E. J., & Battin, M. P. (1998). What are the potential cost savings from legalizing physician-assisted suicide? *The New England Journal of Medicine*, 339(3), 167-172. <https://doi.org/10.1056/NEJM199807163390306>

legalización de esa práctica supondría un ahorro de 627 millones de dólares, lo que representaría el 0,07% de los costos totales de salud. Ese estudio se basó en la cantidad de personas que tomaban la decisión de quitarse la vida en Holanda en el período 1990-1995, que representaban 2,7% de las muertes totales. Vale señalar que en 2019 las muertes por eutanasia y suicidios asistido en los Países Bajos representaron el 4,21% de las muertes totales.

Más recientemente, Trachtenberg y Manns replicaron para Canadá, con las actualizaciones correspondientes, el estudio de Emanuel y Battin²⁶. En sus conclusiones estimaron que la reducción del gasto anual en salud se reduciría entre 34,7 y 138,8 millones, excedentes del costo estimado de implementación de la ayuda médica al suicidio que estimaron entre 1,5 y 14,8 millones.

El costo se calculó sobre la base de las muertes que se produjeron en Ontario entre abril de 2010 y marzo de 2013, a partir de datos administrativos asociados a la atención individual del paciente: gastos vinculados con las unidades de cuidados agudos (visitas de servicios de urgencias médicas y admisiones hospitalarias), cuidados ambulatorios (facturación de los médicos, diálisis y cuidados del cáncer, servicios de laboratorio y gastos en medicamentos y dispositivos) y cuidados continuos (cuidados de largo plazo, cuidados complejos, rehabilitación y cuidados domiciliarios)²⁷. En su análisis, incluyeron dos escenarios en que entran en juego los cuidados paliativos, que afirman reducen entre un 40 y 70% de los costos en el final de la vida, según un estudio de revisión al que remiten Trachtenberg y Manns²⁸.

Un aspecto a tener en cuenta del trabajo de Trachtenberg y Manns es que su estudio se refiere a pacientes cuya muerte era inminente. En efecto, con base en una encuesta realizada en los Países Bajos en 2010, estimaron que el 40% de los casos estaría asociado a personas cuya vida se acortaría 1 semana y 60% de pacientes cuya vida se acortaría un mes²⁹. Además, en su estimación, calcularon que 55% de los pacientes serían varones, 50% tendrían entre 60 y 79 años, 30% entre 18 y 59 años y 20% serían mayores de 80 años, y 80% tendrían cáncer. Pues bien, sabemos que para 2019 en los Países Bajos el cáncer era invocado en el 64,2% de los casos y, además, se habían ampliado los casos habilitados a otras circunstancias no vinculadas con una situación terminal, como las enfermedades mentales, o afecciones vinculadas a la vejez, entre otras³⁰.

Por cierto, Trachtenberg y Manns aclaran distintas limitaciones de su estudio: los ahorros potenciales pueden estar sobreestimados y, en tal caso, la implementación del suicidio asistido sería neutral en materia de costos; se requiere recolectar datos sobre los pacientes que eligen el suicidio asistido en Canadá para hacer estimaciones más precisas; se basaron en una única encuesta a médicos; tomaron como referencia los costos de salud de Ontario y podría haber otros costos como los referidos a la coordinación de los servicios o los que se derivan de la creación de una comisión de supervisión; no han considerado los efectos clínicos de la eutanasia sobre los pacientes en el final de su vida³¹.

En todo caso, pensando en el caso de la eventual legalización de la eutanasia y el suicidio asistido, más allá del hecho de que los proyectos de ley no mencionen como fundamento la reducción de costos en salud, el aspecto económico no puede ser soslayado. En tal sentido, una legalización de la eutanasia podría significar para el gobierno y el sistema de salud en general, un ahorro en algunos de los gastos que debería hacer para implementar la ley de cuidados paliativos. En otro orden, resulta contrario a principios

²⁶ Trachtenberg, A. J., & Manns, B. (2017). Cost analysis of medical assistance in dying in Canada. *Cmaj*, 189(3), E101-E105. <https://doi.org/10.1503/cmaj.160650>

²⁷ Trachtenberg y Manns, loc. cit., p. E102.

²⁸ El estudio citado por Trachtenberg y Manns es The Way Forward Integration Initiative (2012). *Cost-effectiveness of palliative care: a review of the literature*. Ottawa: Canadian Hospice Palliative Care Association. Disponible en: <http://hpcintegration.ca/resources/discussion-papers/economic-review.aspx>

²⁹ Trachtenberg y Manns, loc. cit., p. E102.

³⁰ Lafferriere, J.N. (2022). "La pendiente resbaladiza de la eutanasia: la experiencia de los Países Bajos", 8 de agosto de 2022, disponible en: <https://centrodebioetica.org/la-pendiente-resbaladiza-de-la-eutanasia-la-experiencia-de-los-paises-bajos/>

³¹ Trachtenberg y Manns, loc. cit.

básicos de la dignidad y los derechos humanos fundamentales promover una ley de eutanasia y suicidio asistido para garantizar gratis a las personas ayuda a morir, ahorrando costos en salud que ni siquiera se están garantizando. El Estado demostraría una premura para matar en comparación con la indolente demora en garantizar la atención de todos, especialmente de los que necesitan más cuidados por estar en el fin de su vida. En todo caso, esta ley marcaría un punto de inflexión hacia la instalación de una cultura del descarte.

Es evidente que estamos atravesando una profunda crisis que también se expresa en el sistema de salud en bajos sueldos profesionales, falta de insumos y camas, problemas de infraestructura y, sobre todo, desigual acceso a la atención de salud en el país. Alegar que se quieren tomar medidas para evitar que se medicalice “el fin de la vida” es desconocer esa cruda realidad y legislar para problemas del primer mundo. Sin que podamos juzgar las intenciones, en un sistema de salud que no puede garantizar a todos la atención, la decisión de legalizar la eutanasia y el suicidio asistido, garantizada con especiales mecanismos para que su realización sea rápida y gratuita, sería un paso grave hacia el descarte de los más vulnerables. Como dice Masferrer en el contexto español, “con la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia se deja al enfermo y a la persona discapacitada más solo e indefenso porque, a la falta de los cuidados que necesita y el Estado no proporciona, se le muestra la alternativa: solicitar que un profesional sanitario acabe con su vida, decisión que comprensiblemente puede tomarse cuando el sistema sanitario no es capaz de remitir el dolor que padece la persona”³².

Esta consecuencia de reducción de costos en salud no es mencionada por los proyectos de eutanasia y suicidio asistido y queda encubierto detrás de la declamación de una libertad absoluta, que termina siendo una mera ficción legal. Una persona con una enfermedad grave no necesita que le digan que tiene derecho a morir, sino que se le debe garantizar el acceso a las prestaciones requeridas. Una ley que sale a proclamar un derecho a “pedir ayudar para morir” trasciende el caso individual y tiene un indudable impacto social. Si el legislador avanza con la creación de esta pretendida “prestación” dentro del sistema de salud, envía una señal inequívoca: priorizamos la muerte por sobre la salud y la atención terapéutica o paliativa. Sería signo de una profunda transformación y de su voluntad de avanzar hacia una cultura del descarte.

i) El argumento de la clandestinidad

Dos notas periodísticas dan cuenta de este argumento en favor de la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido. Por un lado, Viviana Bilezker, psicóloga, de la Asociación Civil El Faro, afirma: “La eutanasia ya se practica. Con dinero, se accede a ella. La eutanasia legal terminaría con la clandestina”³³. En otra nota se cita a Maglio quien habría declarado: “Hay un doble estándar: gente que le paga a los médicos para poder acceder a una muerte segura y gente que se intenta quitar la vida y no lo logra, lo cual los deja en terapia intensiva o con graves secuelas”³⁴.

El argumento parece querer replicar las razones dadas para favorecer la legalización del aborto: como el aborto es clandestino -se decía-, es inseguro. Por tanto, para que no mueran más mujeres, legalicemos el aborto³⁵. Ahora se dice: como la eutanasia se hace

³² Masferrer, A. (2021). “Introducción. La eutanasia en perspectiva: autonomía de la voluntad y vulnerabilidad”, en Masferrer, A., *La eutanasia en España. Perspectivas desde la vulnerabilidad*, Madrid, Ediciones Rialp, p. 30.

³³ Ver Flier, D. (2021). “Legalización de la eutanasia: los argumentos a favor y en contra de un debate inminente (y necesario)”, 7 de junio de 2021, en <https://www.redaccion.com.ar/legalizacion-de-la-eutanasia-los-argumentos-a-favor-y-en-contra-de-un-debate-inminente-y-necesario/>

³⁴ Mazzini Puga, L. (2022). “Eutanasia: el derecho pendiente en el país de la vanguardia”, 8 de junio de 2022, Agencia de Noticias UNQ, disponible en <https://www.todociencia.com.ar/eutanasia-el-derecho-pendiente-en-el-pais-de-la-vanguardia/>

³⁵ Desde ya, aclaro que aquí se reproduce el argumento con el que no coincido. Las causas de muertes maternas por aborto son evitables atacando las causas que llevan a las madres a abortar y, por otra parte, legalizar el aborto conduce a riesgos propios de la misma práctica y, por sobre todo, a la eliminación sistemática de niños por nacer, en lo que es una violación del derecho a la vida. Critiqué este argumento en mi libro: Lafferriere, J.N. (2021). *Ley de aborto comentada. Análisis crítico de la ley 27.610*, Buenos Aires, El Derecho, p. 40 y siguientes.

clandestinamente, ayudemos a que se haga en forma legal y segura. Pero no se advierte que la diferencia es crucial. En el caso del aborto, se afirmaba que buscaba evitar muertes. Aquí se trata de provocar la muerte, con garantía del poder estatal. Es decir, el mensaje es: "No te mates en un lugar clandestino. Matáte con el auxilio del sistema de salud".

Otra explicación al argumento se vincula con la diferencia entre personas ricas y personas pobres. Los ricos podrían quitarse la vida en forma segura, clandestinamente, porque tienen plata. Los pobres no lo pueden hacer. En el marco de la "ampliación de derechos", entonces vamos a garantizar que todos puedan quitarse la vida gratis. Esto no puede significar otra cosa que buscar eliminar a los pobres (pues los ricos ya lo podrían hacer, en esta curiosa visión de la lucha de clases).

j) Afectación de la profesión médica

La eutanasia y el suicidio asistido siempre involucran a un tercero que ayude al paciente a poner fin a su vida y eso plantea determinar quién es ese tercero, por qué debe cumplir con la petición y de qué forma debe cumplir con la petición. Los proyectos de ley determinan que ese tercero será el "médico responsable", quién no puede negarse a cumplir el pedido salvo que sea objetor de conciencia y debe llevar adelante todo el proceso de poner fin a la vida del paciente.

Por eso, la eutanasia y el suicidio asistido introducen una profunda afectación de la profesión médica. Contradicen el juramento hipocrático y los fines mismos de la medicina, que siempre busca prevenir, curar o paliar una situación que afecta la vida y nunca puede buscar poner fin a la vida.

Como dice Pastorino, "¿Puede el médico o el legislador asegurar, sin margen de dudas, que el enfermo desea morir y no -por ejemplo- dejar de ser una carga para su familia? Habilitando la opción de la eutanasia, ¿no estaríamos favoreciendo más abusos de conciencia hacia la población más vulnerable? Y de la mano de esto, ¿no se carga aquí al médico con un peso moral impensable y contrario a su vocación?"³⁶.

Pero esta afectación es más profunda, pues en el fondo, en la redacción de los proyectos parece subyacente una obligación de matar, especialmente cuando se afirma que el médico responsable "asistirá al paciente hasta el momento de su muerte" (art. 12, Expte. 4092-D-2022) en el caso de la eutanasia, o "mantendrá la debida observación y apoyo a este [el paciente] hasta el momento del fallecimiento" (art. 12, Expte. 4092-D-2022) en el caso de suicidio asistido. Sabemos bien que existen casos y discusiones legales en el mundo sobre esta obligación de garantizar el resultado del fallecimiento por parte del profesional. Además, adviértase que no es algo meramente potestativo, pues si se niega puede llegar a ser perseguido penalmente (propuesta de un nuevo artículo 83 ter en el Código Penal del proyecto 3956-D-2022) y que solo se puede negar si es objetor de conciencia, aunque con restricciones como luego veremos.

k) ¿Es libre la decisión de la persona con esos sufrimientos graves?

Los proyectos de ley entienden que el paciente con enfermedad grave e incurable o con padecimiento grave, crónico e imposibilitante se encuentra en plena consciencia y libertad para decidir quitarse la vida. Ahora bien, tal asunción resulta algo problemática pues estamos justamente ante una persona en situación de vulnerabilidad.

En el fallo *Washington v. Glucksberg* (521 U.S. 702 (1997)) la Suprema Corte de los Estados Unidos, al considerar la constitucionalidad de una ley del Estado de Washington que prohibía causar o ayudar a suicidarse a una persona abordó, aporta una perspectiva sobre esta cuestión. Allí, luego de sostener que el Estado tiene un interés en prevenir el suicidio refiere a un estudio de Hendin, quien sostuvo que muchas personas que requieren el suicidio asistido desisten de su pedido si la depresión o el dolor reciben tratamiento (p.

³⁶ Pastorino, M. (2022). "Eutanasia: un problema de todos", AA.VV., En defensa de la dignidad humana. Aportes para el debate: Eutanasia y suicidio asistido", publicación de Prudencia Uruguay, p. 13.

730). Además, agregan, siguiendo un informe de la New York Task Force, que la depresión es difícil de diagnosticar y por eso, el suicidio médicamente asistido legalizado volvería más difícil la tarea del Estado de proteger a los pacientes con depresión o con un padecimiento mental, o a aquellos que sufren por un dolor no tratado, contra los impulsos suicidas (p. 731).

Las preguntas son evidentes. Con todos los condicionamientos que supone estar viviendo una situación grave e incurable, o limitaciones que impiden la autonomía y acarrear sufrimientos, ¿es libre la decisión de pedir ayuda para poner fin a la vida? Por su parte, Arias de Ronchietto se pregunta: "Desde la perspectiva del derecho, ¿qué grado de autonomía de nivel contractual tiene un paciente terminal frente a su enfermedad que abarque realmente algo más que el estar o no de acuerdo de modo expreso con las medidas que el equipo médico propone?"³⁷. Velasco Suárez afirma: "Paradójicamente, invocando como fundamento la libertad, sólo se permite renunciar al derecho a la vida a quienes tienen más condicionada su libertad: es decir, a quienes, por el sufrimiento insoportable, tienen viciado su consentimiento y forzada su voluntad para optar por lo que se les presenta como única forma de terminar con el sufrimiento: terminar con su vida. La renuncia y el acuerdo con el médico se basan en una voluntad viciada, no libre, por un estado de necesidad y de sufrimiento, en el que no ve otra opción"³⁸.

Como dice García Sánchez "la eutanasia atiende con ardor a la libertad de un individuo que en muchos casos la solicita condicionadamente pero no atiende para nada a la causa de esa solicitud que es el sufrimiento no paliado"³⁹.

1.2. La legalización de la eutanasia y el suicidio asistido como expresión pura de la autonomía

a) El derecho a la vida y el pretendido "derecho a morir" o "derecho a la muerte digna"

Luego de analizar las razones que llevan a rechazar las propuestas de legalización de la eutanasia en razón de la situación grave del paciente, corresponde entrar a considerar la otra lógica narrativa que subyace en los proyectos de ley. Se trata de la invocación de una noción de autonomía y libertad personal absoluta, que incluso llega hasta el punto de incluir un pretendido derecho a morir. En los fundamentos del proyecto 4734-D-2021 se afirma: "La vida es un derecho y no una obligación". Y luego se insiste: "Formo parte de un proyecto político que se aboca a construir las condiciones para que todas las personas puedan definir sus proyectos de vida y llevarlos a cabo. Se trata de respetar la autonomía de la voluntad aun cuando medien situaciones conflictivas o dolorosas y de entender que la vida no es un valor a defender en sí mismo ni una obligación a la que por acción u omisión el Estado someta a las personas".

Al respecto, entiendo que afirmar que la vida "no es una obligación" y pretender que por ello las personas tienen derecho a requerir ayuda para quitarse la vida es una forma de radical individualismo que mina las bases de la convivencia social. No existe un "derecho a morir", pues morir es la privación de un bien y por tanto no puede ser objeto de un derecho. Morir no es una exigencia de justicia. Ningún tratado consagra un derecho a "morir".

³⁷ Arias de Ronchietto, C. E. (1997). "Consideración bioético-jurídica actual sobre el morir humano ¿Morir, un derecho?", *El Derecho*, Tomo 175, p. 932.

³⁸ Velasco Suárez, D. (2022). "Eutanasia y dignidad, desde la perspectiva jurídica", en AA.VV., *En defensa de la dignidad humana. Aportes para el debate: Eutanasia y suicidio asistido*, publicación de Prudencia Uruguay, p. 73.

³⁹ García-Sánchez, E. (2021). "La falacia de la autonomía en la ley de eutanasia", en Masferrer, A., *La eutanasia en España. Perspectivas desde la vulnerabilidad*, Madrid, Ediciones Rialp, p. 49.

El legislador debe procurar identificar las situaciones de vulnerabilidad, pero no para facilitar y regular cómo esa persona pone fin a su vida, sino para dar las respuestas imperativas para ayudarlo a salir de sus problemas, superar los sufrimientos con los cuidados paliativos y apoyar a la familia y el entorno en lo que sea requerido para que se puedan superar los problemas. "Si ponemos en el centro del debate bioético y biojurídico principios de naturaleza sustantiva, como el de vulnerabilidad, volvemos a la idea que la dignidad viene antes que la libertad en la secuencia axiológica que informa la ética y el Derecho. [...] La raíz del conflicto interpretativo consistía en la tensión entre voluntad y dignidad: ambas se refieren al ser humano, pero la primera es la forma de su libre conducta, la segunda es uno de los posibles contenidos. En otras palabras, la primera puede reducirse a simple subjetividad, la segunda permanece objetiva: y como el discurso jurídico necesita un anclaje objetivo, no debería haber dudas sobre cuál principio hay que colocar en primer plan a la hora de aprobar leyes o dictar sentencias"⁴⁰.

"Es imposible no tomar acto de la vulnerabilidad humana, sobre todo en este sentido general. Lo que diferencia entre civilización y barbarie no es aceptar la condición humana, sino hacerse cargo de ella. No es una actitud pasiva sino activa. Y no se refiere a unos pocos individuos o grupos, sino a toda la familia humana en cuanto tal"⁴¹.

La autonomía personal no es ilimitada. El legislador en muchos ámbitos limita la libertad personal en forma razonable, con fundamento en el bien común y la dignidad de la persona humana. Para mencionar algunos ejemplos, una persona no puede elegir la esclavitud, o vender sus órganos, entre otras conductas. Y tales restricciones a la libertad personal no implican una afectación de la dignidad, sino que justamente la dignidad requiere que pongan límites a la conducta y se tomen medidas para acompañar a la persona que ha perdido las razones para vivir o realizar actos que no se condicen con su dignidad inherente.

Massini Correas es claro cuando señala que "resulta evidente que la misma expresión 'derecho a morir' o 'derecho a la muerte' resulta autocontradictoria, ya que no se puede tener derecho a la frustración de un bien humano, y en especial para la perpetración del mal humano por antonomasia: la aniquilación de la vida"⁴². Como explica Gómez Lobo, "el principio de inviolabilidad estricta de la vida humana debería jugar un papel de piedra angular de la ética de cualquier ser humano. Nadie puede sustraerse a este principio ni puede decir tampoco que él tiene una concepción distinta del valor de la vida, o argumentar que otros no pueden imponerle una concepción que le es ajena, y que por lo tanto él decide si respeta ciertas vidas o no, pues está en juego nuestra propia vida y la de otras personas inocentes. El respeto a la vida humana es siempre exigible. No puede ser materia de decisión subjetiva"⁴³.

Como sostiene Puppink, parece que la autonomía individual se presenta como una fuente insoslayable de legitimidad. Entonces habrá que analizar cuál es el fundamento que da sustento a esa autonomía. "Sin orden natural o social, es decir, sin realidad preexistente que dé un sentido y una medida a nuestras acciones, la libertad se identifica con la ausencia de obligación, es indeterminada, carece de 'término' exterior a ella misma, y así no se distingue de la voluntad que la mueve. La libertad y la voluntad se confunden en una 'voluntad libre'... De ahí se desprende que un acto puede ser bueno, aunque pueda parecer inmoral, con tal que haya sido querido libremente. Solo el individuo puede saber por sí mismo lo que está bien, solo él puede determinarse"⁴⁴.

En el contexto del debate de la eutanasia en Uruguay, Diego Velasco Suárez afirma: "Se plantea un nuevo paradigma: la autonomía por sobre el deber de no dañar. El pedido de eutanasia, si es libre, generaría el deber del médico de matar, porque toda persona

⁴⁰ Sarteau, C. (2020). "Exigencias de la vulnerabilidad al bioderecho". *Prudentia Iuris*, N. Aniversario, p. 359.

⁴¹ Sarteau, C. op cit., p. 362.

⁴² Massini Correas, C.I. (2003). "La eutanasia activa voluntaria: ¿existe un derecho a morir?", *Rivista Internazionale di Filosofia del Diritto* Año 80, Nº 3, (Jul.-Set. 2003), p. 404.

⁴³ Gómez Lobo, A. (2008). "Bienes humanos y eutanasia, frente a frente", *Humanitas*, vol. 13 n. 52, p. 772-789.

⁴⁴ Cfr. Puppink, Gregor (2020). *Mi deseo es la ley. Los derechos del hombre sin naturaleza*, Madrid, Encuentro, p. 65.

sería dueña de su vida y tendría derecho a disponer de ella. Sin embargo, no hay ley de eutanasia que establezca el derecho de toda persona, sin discriminación, a disponer de su vida y a renunciar a no ser matada, y que determine el deber de los médicos de matar a toda persona que se lo pida libremente. Si existiera una ley así, obviamente se negaría la dignidad de todas las personas: todas serían cosas que no valen para la sociedad y que solo valen si ellas se valoran. No habría derechos humanos inherentes que dependan solo de ser 'humano'; por eso, todo derecho podría renunciarse y perderse"⁴⁵.

Igualmente debe rechazarse el pretendido "derecho a una muerte digna". En tal sentido, en ningún tratado de derechos humanos se menciona a la "muerte digna" como un derecho. Por otra parte, muerte digna es una expresión ambigua y confusa, que da lugar a graves malentendidos. Ciertamente, nadie puede negar que el paciente conserva toda su dignidad hasta el momento de la muerte, y como exigencia derivada de esa dignidad tiene derecho a verse librado de tratamientos inútiles y que solo prolonguen la vida en caso de que la muerte sea inminente e inevitable, como ya hemos explicado al referirnos al problema de la distinción entre eutanasia y renuncia al encarnizamiento terapéutico. Pero de allí no puede deducirse que sea conforme a la dignidad que el paciente "se provoque" la muerte por un suicidio asistido, o bien pida que alguien se la provoque por la eutanasia, ya sea de acción u omisión. Nunca es conforme a la dignidad provocar deliberadamente la muerte y eso no puede ser objeto de un derecho.

b) Contradicción con las políticas públicas de prevención del suicidio

En los últimos años, la prevención del suicidio ha sido una política pública sostenida, plasmada en una ley específica (nro. 27.130 de 2015) que declara "de interés nacional en todo el territorio de la República Argentina, la atención biopsicosocial, la investigación científica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección y atención de las personas en riesgo de suicidio y la asistencia a las familias de víctimas del suicidio" (art. 1). Según el art. 3, la ley tiene por objeto "la disminución de la incidencia y prevalencia del suicidio, a través de la prevención, asistencia y posvención".

Según el art. 7 de la ley 27.130, la autoridad de aplicación debe "elaborar recomendaciones a los medios de comunicación sobre el abordaje responsable de las noticias vinculadas a suicidios y canales de ayuda disponibles, en consonancia con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud". En este sentido podemos mencionar recomendaciones publicadas en el sitio oficial del gobierno nacional para el campo de las comunicaciones sociales y la atención de la salud mental⁴⁶. Por ejemplo, no se recomienda "referirse al suicidio como un hecho exitoso que fue la solución para salir de un problema"⁴⁷.

El derecho no puede sancionar al suicida, pero trata de disuadirlo y prevenir esa conducta, pues se entiende que existe algún mal o sufrimiento que ha llevado a esa situación extrema y no deseada de que una persona quiera quitarse la vida. En este punto, Sambrizzi explica bien que el principio de la intangibilidad de la vida humana es irrenunciable⁴⁸. Recordemos que el art. 83 del Código Penal reprime "con prisión de uno a cuatro años", al que "instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si el suicidio se hubiese tentado o consumado".

Ahora bien, con la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido el Congreso envía un mensaje que contradice abiertamente esa política pública, al señalar que los enfermos graves e incurables y las personas que sufran padecimientos graves, crónicos e imposibilitantes quedan habilitados a quitarse la vida y que, como sociedad, ya no nos

⁴⁵ Velasco Suárez, D. (2022). "Eutanasia y dignidad, desde la perspectiva jurídica", en AA.VV., En defensa de la dignidad humana. Aportes para el debate: Eutanasia y suicidio asistido", publicación de Prudencia Uruguay, p. 73.

⁴⁶ <https://www.argentina.gob.ar/salud/mental-y-adicciones/suicidio> y <https://www.argentina.gob.ar/salud/mental-y-adicciones/recomendaciones-a%20medios-suicidio>

⁴⁷ <https://www.argentina.gob.ar/salud/mental-y-adicciones/recomendaciones-a%20medios-suicidio>

⁴⁸ Sambrizzi, E. (2005). *Derecho y eutanasia*, Buenos Aires, La Ley, p. 301.

preocupa tanto que ellos lo hagan. Los legisladores estarían consagrando legalmente una visión exaltada de la autonomía que llega al punto de relativizar el mismo derecho a la vida y a quebrar el principio de su inviolabilidad. Esa visión de autonomía exaltada y absolutizada envía un mensaje negativo y contradictorio a las personas que atraviesan graves problemas que pueden llevarlos a pensar en la dramática decisión de quitarse la vida.

La experiencia de los Países Bajos permite advertir sobre algunos problemas a nivel médico en torno a la distinción entre informar sobre el suicidio asistido y la eutanasia, y promover o alentar el suicidio. Un documento de la Asociación Médica Holandesa (KNMG) de 2011 da cuenta de las complejidades que involucra la distinción entre informar sobre el suicidio y alentar el suicidio. Allí se explica que en algunos casos los pacientes eligen poner fin a su vida tomando una cantidad de medicamentos de uno o varios tipos. En casos así, la KNMG considera que los pacientes pueden discutir con el paciente sobre esta acumulación de pastillas y otros aspectos vinculados con el suicidio y eso no es punible, pero sí es punible alentar al suicidio, que ocurre cuando se brinda asesoramiento que tiene un carácter de instrucciones o tareas a realizar, cuando realiza actos o dirige los pasos del paciente hacia el suicidio. Según ese documento, alentar el suicidio sería ir más allá de la obligación profesional de proveer información sobre las opciones para cometer suicidio y sus riesgos asociados⁴⁹.

En definitiva, la legalización de la eutanasia encierra una falta de solidaridad con el que sufre, como dice Sambrizzi: "Perdida la piedad por la muerte, la eutanasia invoca la muerte por piedad. Pero lo real y verdadero es que la eutanasia consiste en un acto de falsa piedad hacia el que sufre, puesto que la verdadera solidaridad –en la cual se halla comprendida la piedad, como un valor ínsito a la misma– consiste en prestarle asistencia a ese ser, en lugar de eliminarlo. La eutanasia no puede ser considerada como una actitud piadosa, sino exactamente lo contrario; la verdadera piedad y compasión no es la que quita la vida, sino la que la cuida hasta que sobreviene su final natural; la verdadera compasión hace solidarios con el dolor de los demás, en lugar de eliminar a la persona cuyo dolor no se puede soportar"⁵⁰.

En síntesis, tanto por la inexistencia de un derecho a morir, como por la contradicción que significa la exaltación de una autonomía absolutizada con las políticas de prevención del suicidio, creo que no existen fundamentos jurídicos que ofrezcan justificación a las iniciativas de legalización de la eutanasia y el suicidio asistido.

⁴⁹ KNMG, "The role of the physician in the voluntary termination of life", June 2011 (traducción propia).

⁵⁰ Sambrizzi, E. A. (2022). "Un Proyecto de ley que admite la eutanasia activa". *Prudentia Iuris*, N. 93, p. 275.

Parte II: análisis en particular del articulado de los proyectos de ley

II.1. Objeto y terminología de los proyectos de ley

El proyecto 4597-D-2021 se titula "Ley de buena muerte. Regulación de la eutanasia" y su objeto es "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" (art. 1).

El proyecto 3956-D-2022 se titula "Regulación de la eutanasia y la muerte asistida" y tiene por objeto "reconocer el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas, a solicitar la interrupción voluntaria de su vida y regular el procedimiento que ha de seguirse, establecer los mecanismos que permiten controlar y evaluar los procedimientos y las garantías que han de observarse" (art. 1).

El proyecto 4734-D-2021 se titula "Derecho a la prestación de ayuda para morir dignamente – Ley Alfonso" y tiene por objeto "regular el derecho de toda persona que cumpla con los requisitos exigidos a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir dignamente, de acuerdo a los principios, garantías y reglas que aquí se establecen" (art. 1).

El proyecto 4092-D-2022 se titula "Derecho a la prestación de ayuda para morir dignamente" con un objeto similar.

Puede advertirse que todos intentan recurrir a expresiones novedosas para encubrir la cruda descripción de las conductas que están implicadas. Así, se habla de "prestación", "derecho", "morir dignamente". Como ya hemos explicado, este pretendido derecho no está enunciado en ningún tratado internacional⁵¹.

II.2. El marco normativo de los proyectos

El proyecto 4734-D-2021 incorpora un artículo bajo el epígrafe "Marco normativo constitucional" con la enunciación de los derechos que presuntamente justificarían la eutanasia. La lista incluye derechos genéricos y no se menciona ninguna norma que permita justificar de forma racional la idea de que existe un derecho "a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir dignamente" (art. 1). Como ya hemos dicho, no hay un derecho a quitarse la vida, ni un derecho a morir. Además, las disposiciones propuestas en el proyecto contradicen los derechos que surgen del art. 2, como el derecho a la vida.

Lo mismo hace el proyecto 4092-D-2022, con la diferencia que menciona la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Esto es llamativo en razón de que luego la redacción propuesta contradice los contenidos de la CDPD. Este proyecto también afirma que la ley se sustenta "en los siguientes principios: a) Respeto por la vida digna y el bienestar de las personas; b) Intervenciones basadas en la mejor evidencia científica disponible; c) Respeto de la dignidad y autonomía del paciente en las decisiones sobre los tratamientos y cuidados que ha de recibir a lo largo de su enfermedad de acuerdo a la normativa vigente; d) No injerencia arbitraria o abusiva en su vida privada, y a la libertad de elección; e) No sometimiento a torturas ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes". Se trata de una enunciación llamativa. El principio de "respeto por la vida digna" parece presuponer que si la vida es indigna, cesa ese respeto y se puede poner fin a la vida. Es decir, la vida se sostiene en la medida que sea "digna" a tenor de lo que propone el proyecto. Pero justamente, la vida siempre es digna y provocar el fin de la vida es siempre una forma de atentar contra esa dignidad. Igualmente llamativa es la referencia a la "mejor evidencia científica disponible". ¿De qué evidencia se habla? En los fundamentos del proyecto no encontramos nada sobre el tema. Luego, se habla del principio de "no injerencia arbitraria o abusiva en la vida privada" y de la "autonomía",

⁵¹ Ver Maruri Argman-Ugón, S. (2022). "Eutanasia y Derechos Humanos: la evidencia internacional", en AA.VV., *En defensa de la dignidad humana. Aportes para el debate: Eutanasia y suicidio asistido*, publicación de Prudencia Uruguay, p. 87.

pero no se explica por qué este principio se aplica a los pacientes en enfermedad grave e incurable o con padecimientos graves, crónicos e imposibilitantes, y no se aplica en consecuencia a toda persona que quiera ejercer su autonomía. Mucho más llamativo es que se afirma que esta ley busca aplicar el principio de no sometimiento a tratos crueles e inhumanos, cuando no puede haber nada más inhumano que provocar la muerte deliberada de una persona, aunque sea a su petición. Igualmente, confunde el proyecto los problemas de rechazo de tratamientos (algo ya regulado en la ley 26742) con el objetivo de esta ley que sería regular la forma en que se va a quitar la vida a un paciente.

II.3. Las causales que habilitan la eutanasia

Los proyectos adoptan causales bastante similares para la descripción de las situaciones que habilitan la eutanasia o el suicidio asistido, pues todos coinciden en la descripción de las dos causales como "enfermedad grave e incurable" o "padecimiento grave, crónico e imposibilitante". En general, siguen a la ley española de 2021, aunque con algunos matices como veremos a continuación⁵².

a) La causal "enfermedad grave e incurable"

Respecto a la "enfermedad grave e incurable" es donde se verifican las mayores diferencias. Para el proyecto 3956-D-2022 el factor clave es el carácter terminal, pues la definición que brinda el texto es la siguiente: "enfermedad grave e incurable: alteración de la salud irreversible, condición patológica grave o lesión corporal grave que ha sido diagnosticada, certificada y confirmada por un médico responsable, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada que permita modificar el pronóstico de muerte próxima, o cuando los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces" (art. 3.e). El proyecto 4092-D-2022 adopta una redacción similar.

En cambio, para el proyecto 4734-D-2021 la definición de "enfermedad grave e incurable" no tiene que ver con la eficacia de los recursos terapéuticos, sino con la tolerancia por parte del paciente del sufrimiento físico o psíquico: "Enfermedad grave e incurable: la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, en un contexto de fragilidad progresiva" (art. 4.2). Esta definición está tomada textualmente de la ley española de 2021.

Advertimos aquí una gran diferencia. Mientras que el proyecto 3956-D-2022 ubica la causal en los supuestos de terminalidad, la redacción del otro proyecto no se refiere a lo incurable y condiciona todo al sufrimiento subjetivo. En definitiva, esta definición subjetivista termina siendo muy amplia y englobando todos los posibles supuestos que decida la propia persona. Adviértase que el proyecto 4734-D-2021 no pone ningún parámetro objetivo para medir el sufrimiento, que incluye una dimensión psíquica que lo torna mucho más subjetivo aún.

⁵² El art. 3 de la Ley española define: "b) «Padecimiento grave, crónico e imposibilitante»: 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.

c) «Enfermedad grave e incurable»: la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva" (Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, BOE-A-2021-4628, disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>).

b) La causal "padecimiento grave, crónico e imposibilitante"

Respecto al padecimiento grave, crónico e imposibilitante, en el proyecto 4734-D-2021 se lo define así: "Art. 4... 2. 3. Padecimiento grave, crónico e imposibilitante: situación que hace referencia a una persona afectada por limitaciones que inciden directamente sobre su autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no pueda valerse por sí misma, así como sobre su capacidad de expresión y relación, y que lleva asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo fuerte probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación". Esta redacción, nuevamente, sigue literalmente a la ley española de 2021, aunque omite la siguiente expresión que figura en esa ley: "en ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico". El proyecto 4092-D-2022 repite casi textualmente este texto, aunque en lugar de hablar de "situación" dice "limitación o limitaciones que inciden...".

En el proyecto 4597-D-2021 las dos causales se tratan en forma unificada: "Art. 4... 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". Vemos que aquí se sigue literalmente a la ley española de 2021.

En el proyecto 3956-D-2022 encontramos esta definición: "Art. 3... f) Padecimiento grave, crónico e imposibilitante: Situación que hace referencia a una persona afectada por limitaciones que inciden directamente sobre su autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no puede valerse por sí misma, así como sobre su capacidad de expresión y relación, y que lleva asociada un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones persistirán en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico". También aquí se sigue a la ley española de 2021.

Se advierte que en esta causal las coincidencias son mayores entre los distintos proyectos, que copian a la ley española de 2021. La única diferencia es la frase final sobre la "dependencia absoluta de apoyo tecnológico".

Un análisis de la definición permite advertir que subyacen dos grandes requisitos para que la causal quede configurada: la existencia de "limitaciones" y el "sufrimiento".

Una mirada más reposada permite advertir que, uno de los fundamentos subyacentes a los proyectos -como explícitamente lo dice el proyecto 4734-D-2021, es que las personas con limitaciones ya son menos útiles a los ojos del mundo, causan problemas al entorno, se vuelven una carga, y es mejor si deciden quitarse la vida. Desde ya, no se lo dice abiertamente, pero cualquiera puede comprender cuál es el mensaje escondido detrás de una formulación tan detallista de las condiciones de vida de una persona con discapacidad.

II.4. Modalidades reguladas para quitar la vida

El proyecto 4597-D-2021 regula las dos modalidades posibles para quitar la vida al paciente. En la primera, el paciente elige "la administración directa de una sustancia por parte del profesional médico competente" y el "médico responsable asistirá al paciente hasta el momento de su muerte". En la segunda, elige "la prescripción o suministro de una sustancia, de manera que ésta pueda ser autoadministrada por el paciente, para causar su propia muerte". En este caso, "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” (art. 13). El proyecto 4092-D-2022 sigue textualmente esta redacción, al igual que el proyecto 4734-D-2021 sobre las dos modalidades (art. 4.1.), aunque no pone la indicación de que el médico permanezca con el paciente hasta el fallecimiento.

El proyecto 3956-D-2022 se refiere a dos modalidades, “práctica eutanásica o muerte asistida”, que define en el art. 3: “a) Práctica Eutanásica: Administración directa al paciente de una sustancia que provoca la muerte, por parte del profesional de la salud competente, a partir de la petición libre, informada y reiterada del paciente que esté sufriendo intensos dolores, continuados padecimientos o una condición de gran dependencia y disminución de su integridad, que la persona considere indigna a causa de una enfermedad grave e incurable o de un padecimiento grave, crónico e imposibilitante. b) Muerte Asistida: Prescripción o suministro al paciente por parte del profesional de la salud de una sustancia, de manera que éste se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte a partir de su petición libre, informada y reiterada, cuando esté sufriendo intensos dolores, continuados padecimientos o una condición de gran dependencia y disminución de su integridad, que la persona considere indigna a causa de enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante”.

Es llamativo que los proyectos eviten deliberadamente utilizar el término “suicidio asistido” y recurran a distintos eufemismos para encubrir el carácter real de las conductas que están regulando: “prestación de ayuda para morir” (término tomado textualmente de la ley española 2021 por el proyecto 4597-D-2021), “prestación de ayuda para morir dignamente” (proyecto 4734-D-2021) e “interrupción de la vida” (proyecto 3956-D-2022). ¿Qué es, sino un suicidio, la decisión de una persona de solicitar que le prescriban medicamentos para quitarse la vida?

II.5. Profesional médico responsable

Una cuestión clave de los proyectos es determinar quién es el profesional que realizará la acción de quitar la vida (eutanasia) o de prescribir y suministrar la medicación para que el propio paciente lo haga (suicidio asistido). En los proyectos se coincide en indicar como “médico responsable” al que está a cargo de la atención del paciente. El proyecto que lo dice más explícitamente es el 3956-D-2022 que afirma: “Médico responsable: profesional de la medicina a cargo del cuidado del paciente, y a petición expresa del mismo, de la interrupción voluntaria de su vida” (art. 3.g). Ahora bien, dado que las situaciones de salud que dan lugar a la eutanasia pueden ser muchas, es previsible que esta ley impacta en muchísimas especialidades médicas.

La redacción del art. 7 (proyecto 4597-D-2021) habla de un “médico responsable”, que será luego el que ejecutará la orden de quitar la vida del paciente, o lo asistirá mientras él mismo se autoadministra la sustancia mortal (art. 13). Y aclara: “A los efectos de la presente Ley se entiende por Médico responsable al facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales, este médico es responsable por la atención general del paciente en un hospital o en el ámbito clínico”. Una redacción similar adoptan los proyectos 4092-D-2022 y 3956-D-2022.

El proyecto 4734-D-2021 replica prácticamente la misma definición del médico responsable en el art. 5.4, pero involucra a otros profesionales más. Por un lado, el art. 5.5 define al médico consultor como el “profesional de la medicina con formación en el ámbito de las patologías que padece el/la paciente y que no pertenece a la misma institución del/de la médico/a responsable”. Además, se dispone que habrá una consejería, definida como “equipo de apoyo conformado por profesionales de la psicología y la psiquiatría con el propósito de ayudar al/a la médico/a responsable a confirmar la situación del/de la paciente, su inequívoca voluntad de morir dignamente y su plena capacidad para

tomar la decisión" (art. 5.6). El proyecto 4092-D-2022 también coincide en regular al "médico consultor" y aclara cómo será su intervención (art. 4.d).

Ante la redacción de los proyectos de ley, surgen algunos interrogantes: ¿En el caso de un paciente con cáncer sería el oncólogo? Adviértase la amplitud con la que están redactados los proyectos. En los hechos, médicos de las más diversas especialidades pueden verse enfrentados a un pedido de ayuda para morir y obligados a realizar esa acción, salvo que hayan sido objetores de conciencia.

Una pregunta lógica que surge al pensar en concreto cómo se harán las eutanasias es si habrá un departamento de médicos eutanasiadores. En este punto, según surge del Código de Eutanasia 2018, en los Países Bajos, la Asociación Médica Holandesa (KNMG) desarrolló el programa SCEN, que significa: "Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (Apoyo y Asesoramiento en casos de Eutanasia en los Países Bajos)" y que funciona a partir de una directriz para médicos SCEN, con el título "Goede steun en consultatie bij euthanasie (Buen apoyo y asesoramiento para la eutanasia, 2011) (puede encontrarse en scen.nl)". En la mayoría de los casos, los médicos piden opinión a un médico SCEN. La KNMG recomienda que todo médico que recibe una consulta de eutanasia haga esa consulta con el médico SCEN, aunque no es algo mandado por la ley, especialmente si tiene incertidumbres en términos de experiencia, actitudes y puntos de vista, y urge que haga esa consulta de apoyo en los casos en que tenga dudas razonables en torno al sufrimiento y si es realmente intolerable⁵³.

II.6. Obligaciones de los médicos y profesionales intervinientes

El proyecto 3956-D-2022 pone en cabeza del médico responsable una serie de obligaciones vinculadas con un "proceso deliberativo" con el paciente "sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que le facilita" (art. 7.c). También en este caso tienen que pasar 15 días entre las dos solicitudes. Este proyecto señala en el art. 7 que "en el proceso deliberativo participará un equipo de apoyo conformado por especialistas en psiquiatría y psicología que ayudará a confirmar la madurez del juicio del paciente y su inequívoca voluntad de morir" y además que intervenga un "médico consultor", "quien tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el Artículo 5º, a cuyo efecto redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del paciente". Confirmada la solicitud por esos profesionales, se prevé la verificación previa de la Comisión de Garantía y Evaluación (art. 8).

El proyecto 3956-D-2022 dice que el médico responsable debe "verificar" que se cumplan los requisitos para la eutanasia o el suicidio asistido y le dan la posibilidad de denegar el pedido si no se cumplen esos requisitos (art. 7). El proyecto 4597-D-2021 es más confuso en este punto, pues en el art. 4 dice que "una vez cumplidos los requisitos anteriores" el médico responsable debe poner el caso en conocimiento de la Comisión, pero en el art. 12 dice que es el paciente el que presenta la solicitud de ayuda para morir ante la Comisión de su jurisdicción. No se refiere a la posibilidad de denegatoria por el médico. Por su parte, el proyecto 4734-D-2021 regula con más detalle este proceso. Por un lado, afirma que el médico debe "verificar con los medios científicos a su alcance la enfermedad grave e incurable o el padecimiento grave, crónico e imposibilitante que el/la paciente considera indigna, de tal manera que, conjuntamente, tanto el/la paciente como el/la médico/a responsable concluyan que no existe otra alternativa terapéutica posible para aliviar la penosa situación del/la paciente" (art. 6). En este caso, es notable que se afirme que se trata de afirmar la autonomía de la persona, pero luego se enfatice que la decisión debe ser "conjunta". La denegación del pedido tiene una regulación específica en el art. 9 (proyecto 4734-D-2021). Según este proyecto, el médico también debe "dialogar reiteradamente" con el paciente, por un período no inferior a 48 horas y no superior a 15 días. Prevé la participación de la consejería. Luego debe derivar al paciente para una

⁵³ KNMG, "The role of the physician in the voluntary termination of life", June 2011, p. 42.

segunda valoración al consultor, quien dará la "confirmación médica" y luego vendrá una tercera valoración por parte de la consejería (art. 6). Cumplido todo ello, se le deberá indicar la posibilidad de "desistir de la solicitud" y esperar un plazo de 15 días antes de practicar la prestación de ayuda para morir, siempre que sea confirmado por el paciente (art. 6).

El proyecto 4092-D-2022 adopta un texto similar al 4734-D-2021 pero con algunas diferencias. En lo relativo a la "verificación" de los requisitos por el médico con el paciente, excluye la palabra "conjuntamente" y agrega: "El médico responsable debe elaborar un informe escrito que incluya diagnóstico médico y su pronóstico, así como un concepto general sobre la capacidad y la autonomía de la voluntad del paciente para tomar una decisión libre e informada, respecto de la prestación de ayuda para morir dignamente" (art. 12.1.b). La referencia a la "capacidad" es un término equívoco, pues puede referirse tanto a la aptitud para ejercer los derechos tal como está regulada por el Código Civil y Comercial, como a la existencia de una suficiente conciencia y aptitud para tomar una decisión tan grave como decidir poner fin a su vida. Esto involucra conocimientos propios de la psicología y la psiquiatría, que seguramente exceden a la mayoría de los profesionales que terminarán afectados por esta ley. En este proyecto, se reitera la obligación del médico de "dialogar reiteradamente con el paciente acerca de la solicitud de prestación de ayuda para morir dignamente" en un proceso deliberativo que dura 15 días. Finalizado ese proceso, se pide al paciente que exprese si continúa o desiste de la solicitud. Si desea continuar, se le pide una segunda solicitud escrita y se la deriva al médico consultor, que debe pronunciarse sobre los mismos puntos antes explicados (art. 12.3). Luego se eleva todo a la Comisión Nacional para control previo. Es notable que este mismo proyecto que señala que el médico debe dialogar reiteradamente con el paciente, al mismo tiempo señala que no debe dar "información inadecuada" (art. 6.e). Es difícil imaginar qué quiere decir que una información sea "inadecuada" cuando lo que está en juego es una decisión tan definitiva y trascendente como la de quitarse la vida.

El tema presenta aspectos problemáticos pues, en los hechos, puede ser cualquier médico el que termine recibiendo el pedido y el que tenga que quitar la vida a su paciente.

Para que se advierta la complejidad de las acciones que se espera que haga el médico, es bueno reseñar lo que dispone el Código de Eutanasia 2018 de los Países Bajos. Allí se señala que "es necesario que el médico consigne en su informe las sustancias utilizadas, la dosis y la forma de administración y describa el tiempo transcurrido. De acuerdo con la directriz, el médico dispone de una dosis de emergencia de sustancias, para el caso de que algo vaya mal con el primer lote. El médico no puede dejar en el domicilio del paciente la sustancia que se va a emplear para practicar la eutanasia, antes de la terminación de la vida a petición del paciente o de la ayuda al suicidio, para que el paciente u otras personas no puedan administrar o ingerir las sustancias sin la presencia del médico". Según ese Código, "en el caso de la terminación de la vida a petición del paciente, la directriz parte de la administración intravenosa de una sustancia que induzca el coma, seguida de la administración intravenosa de un bloqueador neuromuscular. La directriz menciona las sustancias que pueden usarse y la dosis recomendada. Si el médico quiere aplicar otra sustancia o dosis, deberá poder motivarlo suficientemente. Es aconsejable que el médico, antes de practicar la eutanasia, comente con el paciente y la familia los efectos de las sustancias que va a utilizar. Es importante respetar los deseos individuales del paciente, en la medida en que sea posible y siempre que dichos deseos se incluyan en el marco de la directriz". Por su parte, el mismo código dispone: "La ayuda al suicidio implica que el médico entregue al paciente la sustancia (un barbitúrico), después de haberla disuelto en una bebida, para que el propio paciente la ingiera. Aquí no se aplican las dos fases antes descritas (primero inducir el coma al paciente y después administrar un bloqueador neuromuscular). Antes de la ayuda al suicidio, el médico debe suministrar al paciente una sustancia contra los vómitos y que acelere el paso por el estómago. La naturaleza y la dosis de las sustancias que se emplean en la ayuda al suicidio también se encuentran en la directriz".

II.7. Iniciativa y consentimiento

Un elemento central en los proyectos de ley es el consentimiento del paciente. El proyecto 4597-D-2021 indica que se debe hacer la solicitud "de manera voluntaria y por escrito" (art. 4). Además, se deben formular "dos solicitudes" con una separación de al menos 15 días (art. 4).

El proyecto 4734-D-2021 señala que la solicitud debe manifestarse inequívocamente "por escrito cuando sea posible, o en su defecto, por otro medio que permita dejar constancia" (art. 5.2). El proyecto en el art. 4.7 define así al consentimiento informado: "la declaración de voluntad expresada por el/la paciente en pleno uso de sus facultades, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar la prestación de ayuda para morir dignamente". En este proyecto, se pone en cabeza del médico responsable la obligación de "informar fehaciente y detalladamente al/a la paciente sobre su situación médica, esto es, diagnóstico, pronóstico y las diferentes opciones terapéuticas y de medicina paliativa existentes; potenciales beneficios, riesgos y consecuencias en relación con los efectos sobre la expectativa y calidad de vida" (art. 6.1 proyecto 4734-D-2021).

El proyecto 3956-D-2022 indica que la manifestación de voluntad debe hacerse "por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos" (art. 5.b). Pero este proyecto también indica que deben presentarse dos solicitudes por escrito u "otro medio" (art. 5). En este caso, afirma: "En caso de que el paciente solicitante, por su situación personal o condición de salud, no pudiere fechar y firmar el documento, podrá hacer uso de otros medios que le permitan dejar constancia, o bien otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia. Dicha persona ha de mencionar el hecho de que quien demanda la prestación no se encuentra en condiciones de firmar el documento e indicar las razones. El documento deberá firmarse en presencia de un profesional de la salud que lo rubricará e incorporará a la historia clínica del paciente" (art. 5). Este proyecto también indica que es un requisito de procedencia que el paciente tenga "acceso a información clara y precisa sobre su proceso médico, las alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos".

El proyecto 4092-D-2022 tiene como requisito que la solicitud se haga "de manera totalmente voluntaria y por escrito, en documento fechado y firmado, o por otro medio que permita dejar constancia fehaciente" (art. 7). Luego en el artículo 8 se reitera lo mismo y se agrega: "En dicha solicitud el paciente deberá expresar, además de su voluntad de morir dignamente a través de la prestación que regula la presente ley, que conoce los cuidados paliativos que la medicina actual ofrece y que renuncia a ellos por no encontrar alivio suficiente a su sufrimiento". Es difícil explicar cuál qué es el motivo que lleva a obligar al paciente a renunciar a estos cuidados.

Formulando una valoración de estas disposiciones podemos decir:

-Ante todo, advertimos cierta ambivalencia en los proyectos. En efecto, en algunos pasajes se habla de "consentimiento" y en otros de "solicitud". Ahora bien, si se habla de "consentir", entonces se trata de una propuesta que recibe el paciente. Ello nos coloca ante la delicada cuestión de quién será el que tome la iniciativa para proponer la eutanasia: ¿el médico o el paciente?

-La forma escrita es la forma inicialmente prescripta, pero se advierte que ello no es absoluto. Hay diversidad de formalidades, desde la exigencia de intervención de escribano o juzgado de primera instancia y testigos, hasta la simple expresión escrita.

-El mayor problema se verifica en la posibilidad de recurrir a "otros medios" que contemplan los proyectos. Esa amplitud probatoria tiende a quitar formalismo y solemnidad al procedimiento y se presta a interpretaciones amplias y flexibles que pueden dar lugar a significativos y graves abusos en personas con dificultad de expresión.

-En el proyecto 4597-D-2021 no se menciona información de tratamientos alternativos ni de cuidados paliativos. Es decir, se retacea información que puede ser vital para que el paciente no tome la trágica decisión de quitarse la vida. El proyecto 4734-D-2021 sí se refiere a esa información sobre cuidados paliativos y otras alternativas (art. 6.1). También lo hace el proyecto 3956-D-2022 en su arts. 5 y 6 y el proyecto 4092-D-2022 (arts. 8 y 12). En los proyectos 4734-D-2021 (art. 7) y el proyecto 4092-D-2022 (art. 8) se indica que el paciente que se inclina por la eutanasia debe renunciar a los cuidados paliativos.

-Se incorpora una disposición ambigua que señala que "el derecho a la información incluye el de no recibir información inadecuada en relación con la solicitada" (art. 9.e, proyecto 4597-D-2021). Igualmente se señala "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" (art. 9.d proyecto 4597-D-2021).

II.8. Aspectos procedimentales referidos a las comisiones estatales de evaluación

En cuanto a los aspectos procedimentales, luego de la solicitud del paciente, el proyecto 4597-D-2021 propone que intervengan las comisiones de asistencia y evaluación (que son creadas en cada provincia y en la Ciudad de Buenos Aires por el art. 10), dictaminando a través de dos profesionales, uno de los cuales será jurista. Si no se ponen de acuerdo, desempata el presidente de la comisión. Si deniegan el pedido, el paciente puede apelar al plenario de la comisión. La resolución que aprueba la eutanasia debe ejecutarse dentro de los 10 días (art. 13). Luego de realizada la eutanasia, se debe notificar a la comisión de asistencia y evaluación (art. 14).

Ya vimos que en el proceso de evaluación de la petición el proyecto 4734-D-2021 incorpora la intervención de un médico consultor y una consejería. En este proyecto no se contempla que haya una intervención autorizando la eutanasia por parte de comisiones provinciales. En cambio, si hubiera una denegación del pedido, el artículo 9 de ese proyecto dispone que el paciente puede presentar una petición de revisión "ante la Comisión Nacional de Evaluación y Control". Se precisan los aspectos procedimentales de esa revisión en el mismo artículo. También en este proyecto, se obliga a los profesionales que aplicaron la eutanasia a informar a la Comisión de Evaluación y Control (art. 14).

Por su parte, el proyecto 3956-D-2022 se asemeja más al 4597-D-2021, con la intervención de una Comisión de Garantía y Evaluación por cada jurisdicción para verificar, en forma previa a la eutanasia, que se hayan cumplido todos los requisitos (arts. 8 y 14). Esa verificación se hace por dos miembros de la comisión, un médico y un abogado. Si no hay acuerdo, "se elevará la verificación al pleno de la Comisión, que decidirá definitivamente". "La resolución definitiva deberá ponerse, a la mayor brevedad posible, en conocimiento del presidente, quien a su vez lo pondrá en conocimiento del médico responsable para proceder a realizar la práctica. Las resoluciones de la Comisión que informen desfavorablemente la solicitud de interrupción voluntaria de la vida podrán ser recurridas ante la jurisdicción contencioso-administrativa" (art. 8). Una vez realizada la eutanasia, hay que comunicar a la Comisión (art. 9).

Finalmente, el proyecto 4092-D-2022 prevé la intervención de una comisión Nacional de Garantía y Evaluación (arts. 12.5, 12.6, 16 y 17), con la finalidad de hacer un "control previo".

En definitiva, tenemos propuestas distintas: decisión por el médico, previa intervención de otro médico consultor y una consejería, con comunicación posterior a una Comisión Nacional (4734-D-2021), petición del paciente ante comisiones provinciales, previa intervención de un médico responsable (4597-D-2021) y proceso deliberativo ante un médico, un consultor y un equipo de apoyo y verificación previa de comisiones provinciales (3956-D-2022) y proceso deliberativo ante un médico, dictamen de consultor y control previo de una Comisión Nacional (4092-D-2022).

Desde una perspectiva de derecho comparado, el proyecto 3956-D-2022 es el que más se asemeja a la ley española de 2021 en este aspecto procedimental, sobre todo por la idea de una "verificación previa" por parte de la comisión. Por su parte, el proyecto 4734-D-2021 parece seguir más el procedimiento de la ley de los Países Bajos, en los que la intervención de la Comisión es "posterior" a la realización de la eutanasia o el suicidio asistido. En cuanto al proyecto 4597-D-2021, se asemeja más a la ley española, pero tiene como principal diferencia que pone en cabeza del paciente hacer la solicitud ante la comisión.

En todos los casos, luego de realizada la eutanasia o el suicidio asistido, se debe comunicar a la comisión nacional o las comisiones provinciales, según el proyecto, con distinto tipo de nivel de detalle.

II.9. Directivas anticipadas

El proyecto 4597-D-2021 propone en el artículo 5: "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".

El proyecto 4734-D-2021 también incluye la posibilidad de pedir la eutanasia por directiva anticipada: "ARTÍCULO 8º.- Directiva anticipada. La directiva anticipada consiste en el mandato por el cual el/la paciente designa a una o más personas, con anterioridad, en privado y en estricto orden de preferencia, para que informen al/a la médico/a responsable acerca de su voluntad de acceder a la prestación de ayuda para morir dignamente, en caso de que concurren las circunstancias establecidas por esta ley y sea incapaz de manifestar su voluntad o se encuentre inconsciente. La directiva anticipada puede ser elaborada en cualquier tiempo, debe ser escrita y firmada ante escribano/a público o juzgados de primera instancia en presencia de 2 (dos) testigos, siguiendo las mismas condiciones del artículo 6º de la presente Ley. La directiva anticipada podrá ser modificada o revocada en cualquier tiempo".

El proyecto 4092-D-2022 se refiere a las directivas anticipadas en su artículo 9: "No será de aplicación lo previsto en las letras c) y d) del artículo 7º de la presente ley 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 en los términos exigidos por el artículo 11º de la ley 26.529". Además, se modifica el art. 11 de la ley 26529 para que disponga. "Artículo 11: Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.". También modifica el art. 60 del Código Civil y Comercial para que establezca: "Artículo 60º. 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.”

El proyecto 3956-D-2022 también propone modificar el art. 11 de la ley 26529: “Artículo 11: Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.”. Por su parte, en el art. 5 se dispone: “En caso de restricción de la capacidad o incapacidad por progresión de la enfermedad, sólo procederá la práctica si el paciente ha suscripto con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital o documentos equivalentes legalmente reconocidos, conforme lo establecido en el artículo 11 de la Ley 26.529, en cuyo caso la práctica se realizará conforme a lo dispuesto en dicho documento”.

En una valoración de las propuestas sobre este punto podemos decir:

-Un problema general de las directivas anticipadas es que refieren a una situación muy difícil de prever en sus circunstancias concretas. Para poner un ejemplo, los proyectos hablan de un sufrimiento “intolerable”. ¿Cómo saber cuándo será ese momento del sufrimiento intolerable en forma “anticipada”? En definitiva, aunque la ley afirma poner requisitos estrictos para autorizar los casos de eutanasia, en los hechos la posibilidad de dejar una directiva anticipada flexibiliza esos requisitos y transforma la petición en una obligación.

-Mientras que el proyecto 4734-D-2021 exige que se cumplan también, en el caso de las directivas anticipadas, los requisitos procedimentales del art. 6, los otros dos proyectos no tienen disposiciones similares. Así, si fueran aprobados estos proyectos, no se habría dado el plazo de reflexión de 15 días, ni el diálogo con el profesional, ni el conocimiento y la información sobre las alternativas existentes, ni la consejería, ni la opinión de un consultor, etc.

-Mientras que los proyectos 4734-D-2021 y 3956-D-2022 indican una forma expresa para las directivas, los otros dos proyectos no dicen nada sobre el asunto.

II.10. Personas menores de edad

Dos de los proyectos proponen que la eutanasia o el suicidio asistido puedan ser requeridos por personas menores de edad.

En efecto, el proyecto 4597-D-2021 sigue básicamente la redacción de la ley 27610 de aborto en lo que concierne a la capacidad para consentir. Así, en su art. 6 se establece: “ARTICULO 6°. - Personas menores de edad. En el marco de lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño, la ley 26.061, el artículo 7° del anexo I del decreto 415/06, el artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación y la resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación, la solicitud de ayuda para el buen morir deberá ser efectuada de la siguiente manera: a) Las personas mayores de dieciséis (16) años de edad tienen plena capacidad por sí para prestar su consentimiento a fin de ejercer los derechos que otorga la presente ley; b) En los casos de personas menores de dieciséis (16) años de edad, se requerirá su consentimiento informado en los términos del artículo anterior y se procederá conforme lo dispuesto en el artículo 26 del Código Civil y Comercial y la resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación en concordancia con la Convención de los Derechos del Niño, la ley 26.061, el artículo 7° del anexo I del decreto reglamentario 415/06 y el decreto reglamentario 1.282/03 de la ley 25.673”.

El proyecto 4092-D-2022 dispone: “ARTÍCULO 10°. - Personas menores de edad En el marco de lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño, la ley 26.061, el artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación y nomas complementarias, en el caso de que la solicitud de la prestación de ayuda para morir dignamente fuera requerida por

personas menores de edad, se entiende que: 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 y se procederá conforme lo dispuesto en el artículo 26 del Código Civil y Comercial, la Convención de los Derechos del Niño, la ley 26.061, y normas concordantes”.

Así como es muy grave que se permita la eutanasia y el suicidio asistido y se regule cómo se procederá a quitar la vida de una persona, también lo es que se lo haga sobre una persona menor de edad. De aprobarse el proyecto 4597-D-2021, una persona menor de edad podría pedir que le quiten la vida sin siquiera que se entere sus padres. Incluso, teniendo menos de 16 años, podría un simple allegado o algún referente afectivo dar el consentimiento al que refiere el artículo junto con la persona menor de edad. Aunque el proyecto 4092-D-2022 parece más acotado en las personas que acompañan a la persona menor de edad en el consentimiento, la redacción termina remitiendo a un conjunto de normas concordantes que agregan confusión y también pueden dar lugar a que se decida la eutanasia sin intervención ni conocimiento de los padres.

II.11. Personas con capacidad restringida

En cuanto a las personas con capacidad restringida, el proyecto 4597-D-2021 en su art. 6 se establece: “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”. El proyecto 4092-D-2022 tiene una redacción similar en su artículo 11.

El proyecto 4734-D-2021 pone como requisito para pedir eutanasia “tener mayoría de edad y ser plenamente capaz” (art. 5). Ello deja fuera los casos de personas menores de edad. Sin embargo, contempla el caso “en que el/la paciente sea declarado/a incapaz por autoridad competente o se encuentre inconsciente” y precisa que “sólo se le dará curso a la prestación de ayuda para morir dignamente mediante interpósita persona previo mandato constituido especialmente a tal fin, de acuerdo a lo establecido en el artículo 8° de la presente Ley”. Algo similar dispone el proyecto 3956-D-2022, aunque utiliza una terminología más precisa y adaptada al Código Civil y Comercial: “En caso de restricción de la capacidad o incapacidad por progresión de la enfermedad, sólo procederá la práctica si el paciente ha suscripto con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital o documentos equivalentes legalmente reconocidos, conforme lo establecido en el artículo 11 de la Ley 26.529, en cuyo caso la práctica se realizará conforme a lo dispuesto en dicho documento” (art. 5.d).

Los proyectos se limitan a regular aspectos vinculados a la capacidad para la toma de decisiones en los casos de personas con capacidad restringida, procurando seguir los lineamientos del Código Civil y Comercial. Sin embargo, como ya hemos explicado, legalizar la eutanasia con motivo de la presencia de una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante es una forma de discriminación hacia las personas con discapacidad. En lugar de mostrar premura por regular cómo pueden quitarse la vida y de apuntar a darles apoyo para la toma de esa decisión, el legislador

debería garantizar todos los derechos en relación a la salud y la vida que están declamados, pero que en la práctica no terminan de estar garantizados.

Por otra parte, aunque algunos de los proyectos hablan de "salvaguardas adecuadas para que no existan abusos y las decisiones sean tomadas por el titular del derecho" (exptes. 4597-D-2021 y 4092-D-2022), en ningún lugar aclaran cuáles serán esas salvaguardas ni cómo se garantizará que no haya "conflicto de intereses" o "influencia indebida", que son dos de las garantías que se recogen en el art. 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en lo que concierne a la toma de decisiones por esas personas.

II.12. La cobertura por el sistema de salud

Los proyectos de ley proponen que los distintos subsectores del sistema de salud cubran gratuitamente la eutanasia y el suicidio asistido con una redacción muy parecida, que explícitamente menciona al sector público de salud, las obras sociales nacionales y las particulares de Fuerzas Armadas, Poder Legislativo, Judicial y otras, el PAMI, las empresas de medicina prepaga, y otros (4597-D-2021, art. 18; 4734-D-2021, art. 3; 4092-D-2022, art. 20; 3956-D-2022, art. 18). Los proyectos 4597-D-2021 (art. 18), 4734-D-2021 (art. 3) y 4092-D-2022 (art. 20) explicitan que las prestaciones quedan incluidas en el Programa Médico Obligatorio. El proyecto 4597-D-2021 además agrega que se deben cubrir "las prestaciones de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo" (art. 18).

La redacción propuesta para los proyectos de eutanasia es reveladora de las intenciones de los legisladores de impulsar decididamente esta forma de quitar la vida a personas vulnerables, especialmente si comparamos los artículos mencionados con la ley 27.768 de Cuidados Paliativos, que también señala su cobertura por el sistema de salud, y con la ley 27.130 de prevención del suicidio, pero con las siguientes diferencias (art. 7 ley 27678 y art. 16 Ley 27.130):

-La ley de Cuidados Paliativos y la de Prevención del suicidio no mencionan expresamente el "sector público de salud";

-tampoco mencionan a las obras sociales de las fuerzas armadas y de seguridad, que sí aparecen en los proyectos de eutanasia;

-no mencionan al PAMI (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados);

-no mencionan que quedan incluidos los cuidados paliativos ni las prestaciones requeridas por las personas víctimas de intento de suicidio y a sus familias para detección, seguimiento y tratamiento, en el PMO;

-la ley de Cuidados Paliativos remite el alcance de la cobertura a lo que determine la autoridad de aplicación, algo que no hacen los proyectos de eutanasia.

Si se sanciona la legalización de la eutanasia, será evidente la diferente voluntad política puesta por el Congreso en lo que hace a la atención de la salud. Mientras que es lo más amplia posible la redacción en materia de cobertura de la eutanasia, es mucho más mezquina la redacción de la ley de cuidados paliativos y de prevención al suicidio, lo que revela que la prioridad es garantizar a todos la eutanasia y el suicidio asistido.

II.13. Los aspectos penales

La eutanasia y el suicidio asistido son, en Argentina, conductas antijurídicas, penalmente punibles. En tal sentido, el proyecto 4597-D-2021 no contiene ninguna propuesta de cambio legislativo en materia penal. Por su parte, el proyecto 4734-D-2021 incluye un artículo que dispone: "ARTÍCULO 11°.- No punibilidad. No será objeto de sanción civil, penal y/o administrativa el/la profesional de la salud que respete estrictamente los requisitos y el procedimiento de cuidado debido para la ejecución de prestaciones de ayuda para morir dignamente que establecen esta Ley y su

correspondiente reglamentación". El proyecto 4092-D-2022 tiene un artículo similar (art. 20).

El proyecto 3956-D-2022 opta por la incorporación de un artículo al Código Penal bajo el número 83 bis con el siguiente texto: "Artículo 18° -Incorpórese como Artículo 83 bis del Código Penal. "Artículo 83 bis - No es delito la ayuda al suicidio ni la muerte causada como consecuencia de la realización de prácticas eutanásicas o de muerte asistida, que cuente con el consentimiento libre e informado del paciente que esté sufriendo una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, de conformidad con los requisitos y el procedimiento establecido por la ley que regula la interrupción voluntaria de la vida."

En los dos casos, se recurre a una mala técnica legislativa, pues no es propio de una ley determinar lo que "no" es delito. Esta redacción tiene alguna resonancia parecida a lo que sucedió con la ley 27610 de legalización del aborto, que también optó por señalar cuándo no había delito de aborto. Además, el proyecto 4734-D-2021 es más amplio, al incluir la eximición de sanciones civiles y administrativas.

El proyecto 3956-D-2022 propone modificar el Código Penal para incorporar un nuevo artículo: "Artículo 83 ter- Será reprimido con prisión de tres (3) meses a un (1) año e inhabilitación especial por el doble del tiempo de la condena, el funcionario público o la autoridad del establecimiento de salud, profesional, efector o personal de salud que dilatare injustificadamente, obstaculizare o se negare, en contravención de la normativa vigente, a realizar la interrupción voluntaria de la vida en los casos legalmente autorizados." (art. 19).

II.14. Objeción de conciencia

El proyecto 4597-D-2021 trata el tema de la objeción de conciencia individual en el art. 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". La redacción del proyecto 4734 en el art. 12 es casi idéntica, aunque no incluye la frase que inicia con "el rechazo o la negativa...". Además, el proyecto 4734-D-2021 incluye en el art. 4 una definición de objeción de conciencia: "derecho individual de los/las profesionales de la salud a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta ley por ser incompatibles con sus propias convicciones". El proyecto 4092-D-2022 tiene una redacción similar al proyecto 4597-D-2021.

El proyecto 3956-D-2022 se refiere al tema en el art. 12, con redacción distinta a los otros. "Artículo 12 -Objeción de conciencia de los profesionales de la salud. Los profesionales de la salud directamente implicados en la práctica podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito. De este mismo derecho gozará el resto del personal al que corresponda prestar funciones durante la práctica". En el art. 3 define "c) Objeción de conciencia sanitaria": "Derecho individual de los profesionales de la salud a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones".

La redacción de los proyectos de Diputados toma como modelo al articulado de la ley 27610 de aborto y merece distintas críticas. Ante todo, es restrictiva e inconstitucional por intentar limitar la posibilidad de objeción al médico que participa en forma "directa". En realidad, objetores pueden ser todos los profesionales y empleados que de cualquier forma tenga una participación en la eutanasia o el suicidio asistido. En este punto, el proyecto 3956—D-2022 es más amplio en la legitimación, pero luego en su redacción termina incorporando un artículo que busca penalizar a los médicos que dificultan la eutanasia. Pensemos que esta práctica puede afectar a muchas especialidades médicas y además también a farmacéuticos (en tanto se deben suministrar sustancias para provocar la muerte al paciente), personal de enfermería, psicólogos y otras profesiones vinculadas con la salud.

Es criticable en los proyectos la obligación de derivar que pone en cabeza de los médicos. Para el objetor, tal obligación puede significar una forma de colaboración con el acto objetado, que contraría las convicciones profundas que llevan a objetar.

Además, es muy criticable que se amenace al médico con sanciones, máxime en un tema tan delicado y controversial como es la eutanasia y el suicidio asistido.

Sobre la objeción de conciencia institucional, los proyectos 4597-D-2021 (art. 17) y 4734-D-2021 (art. 13) se refieren a "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" (art. 17 proyecto 4597-D-2021). Algo similar dispone la última parte del art. 12 del proyecto 3956-D-2022 y el art. 19 del proyecto 4092-D-2022. Complementariamente, el art. 10 del proyecto 3956-D-2022 habla del "lugar de realización": "La práctica de la interrupción voluntaria de la vida se realizará en establecimientos sanitarios públicos o privados o en el domicilio del paciente, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza. No podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses, ni quienes resulten beneficiados de la práctica". Una redacción similar tiene el art. 19 del proyecto 4092-D-2022.

Nuevamente aquí se advierte la influencia de la ley 27610 de legalización del aborto. Por un lado, hay un tácito reconocimiento sobre la posibilidad de que las instituciones de salud no realicen eutanasias. Pero se confunde la presencia de objetores a título individual, con el legítimo derecho de las instituciones de negarse a practicar eutanasia por razón de su ideario. Esta objeción de ideario, u objeción institucional, tiene que ver con la libertad de asociación, así como con la libertad de conciencia, pensamiento, culto y religión. Por ese motivo, pensamos que no debe ser restringida y que tales limitaciones son inconstitucionales.

II.15. Alcance nacional de la ley

El art. 3 del proyecto 4597-D-2021 señala que la 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". Por su parte, el proyecto 4734-D-2021 adopta una redacción parecida a la ley 27610 de aborto, pues en el art. 17 dice que la autoridad de aplicación "será establecida por el Poder Ejecutivo Nacional" y el art. 18 dice que las "disposiciones" de la ley "son de orden público y de aplicación obligatoria en todo el territorio de la República Argentina". Una redacción similar utiliza el proyecto 3956-D-2022 en sus artículos 20 y 22. El proyecto 4092-D-2022 señala al Ministerio de Salud

de la Nación como autoridad de aplicación (art. 24) y luego se refiere a la ley como “de orden público” y de “aplicación obligatoria y operativa en todo el territorio de la República Argentina” (art. 25).

En tanto la ley ingresa en materias propias del denominado “poder de policía en materia de salud”, al regular cómo se debe proceder en torno a esta pretendida prestación para morir, el Congreso de la Nación no tiene potestad para obligar a las provincias en las materias que le son propias como la cuestión de la cobertura y los aspectos procedimentales vinculados con la salud. En tal sentido, la ley es inconstitucional por violentar la distribución de competencias entre la Nación y las provincias. Para tener una referencia, en la reciente ley 27678 de Cuidados Paliativos, se invita a las provincias y a la Ciudad de Buenos Aires a adherir a la ley (art. 10). Lo mismo sucede en el art. 19 de la ley 27.130 de prevención del suicidio.

Afirmar por ley que una norma es “de orden público” no la convierte en obligatoria para las provincias, que conservan los poderes no delegados a la Nación, entre los que se incluyen lo relativo al poder de policía en salud. Por cierto que la Nación tiene atribuciones para dictar disposiciones sobre los códigos de fondo, como el civil o el penal, o bien para dictar disposiciones para promover la igualdad de derechos, pero no para imponer normas a las provincias en materias procedimentales en salud.

Un ejemplo de la extralimitación se verifica en el proyecto 4597-D-2021 cuando dispone que exista una comisión médica de asistencia y evaluación “en cada una de las provincias y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires” (art. 10). Más extralimitada es la propuesta del proyecto 3956-D-2022 de crear una única comisión de Garantía y Evaluación para que intervenga en todas las peticiones de eutanasia, como verificación previa a la realización de la práctica (art. 8).

II.16. Otras disposiciones

El art. 19 del proyecto 4597-D-2021 señala que “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”.

Anexo – La pendiente resbaladiza en los Países Bajos

En los debates relacionados con la eutanasia se suele esgrimir que su legalización no acarrea un aumento de casos y que su aplicación se limita a algunos supuestos muy excepcionales. De esta manera, se trata de responder al argumento denominado “pendiente resbaladiza”, que sostiene que la legalización de la eutanasia, inicialmente planteada para pocos y excepcionales casos, va dejando paso a una aplicación cada vez en mayor número y en un más amplio espectro de situaciones.

Para evaluar esta cuestión en este anexo⁵⁴ proponemos analizar la experiencia de los Países Bajos, que han legalizado la eutanasia en 2002. Allí, las Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia (en adelante CRVE) emiten informes anuales dando cuenta de la cantidad de notificaciones de eutanasia que se producen, detallando desde el informe de 2004 las enfermedades de base de quienes solicitaron la eutanasia. Tomamos para nuestro análisis los informes oficiales correspondientes al período 2002-2019, que están disponibles en el sitio web <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/annual-reports>

La eutanasia y el suicidio asistido fueron despenalizados en 2002 a partir de la ley denominada “Terminación de la vida a petición y suicidio asistido” (Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act) que, en lo fundamental, considera que un médico no incurre en delito si cumple con los criterios de debido cuidado que establece la ley y notifica su proceder a las comisiones regionales de verificación de la eutanasia. Estas comisiones evalúan si el médico cumplió con los criterios legales y por tanto quedó eximido de responsabilidad penal. Los criterios establecen que el médico: a. tiene la convicción de que el requerimiento del paciente fue voluntario y bien meditado; b. tiene la convicción que el sufrimiento del paciente es duradero e insoportable; c. ha informado al paciente sobre la situación que atraviesa y sus perspectivas; d. y el paciente tiene la convicción de que no había otra solución razonable a su situación; e. el paciente consultó al menos a otro médico, independiente, quien lo entrevistó y le dio su opinión escrita sobre los requerimientos de debido cuidado antes indicados en los puntos a-d; y f. terminó su vida o se suicidó con debido cuidado. A su vez, hay que tener presente que existe un “Código de Eutanasia”, aprobado en el año 2018⁵⁵ y cuya versión revisada es del año 2020⁵⁶.

Estructuramos este anexo en dos partes. En la primera, ofrecemos las estadísticas de peticiones de eutanasia, que permiten advertir el significativo aumento en el número de casos anuales en el período analizado. Mientras que en 2002 se registraron 1882 notificaciones anuales, en 2019 el total de pedidos fue de 6391. En la segunda parte, presentamos una descripción de las distintas enfermedades de base que padecen las personas que solicitan la eutanasia o el suicidio asistido en Holanda según surge de los informes. Ello permite advertir que, lejos de tratarse de casos excepcionales, la eutanasia tiende a ser aplicada de forma cada vez más amplia.

i) Las estadísticas de eutanasia entre 2002 y 2019

Entre 2002 y 2019 el número de solicitudes de eutanasia y suicidio asistido en los Países Bajos ascendió de 1882 pedidos a 6391. Este notable incremento en el número de personas que fueron muertas por este procedimiento se puede constatar no sólo en números absolutos, sino también en términos proporcionales al total de muertes ocurridas

⁵⁴ Replicamos aquí, con algunas variantes, la siguiente nota: Lafferriere, J.N. (2022), “La pendiente resbaladiza de la eutanasia: la experiencia de los Países Bajos”, 8 de agosto de 2022, disponible en: <https://centrodebioetica.org/la-pendiente-resbaladiza-de-la-eutanasia-la-experiencia-de-los-paises-bajos/>

⁵⁵ <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/euthanasia-code/euthanasia-code-2018/euthanasia-code-2018/codigo-eutanasia-2018>

⁵⁶ <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/euthanasia-code/euthanasia-code-2018/euthanasia-code-2018/version-revisada>

en el país. Mientras que en 2002 la eutanasia reportaba el 1,32% de las muertes, en 2019 las muertes por eutanasia ascienden al 4,21% del total del país⁵⁷.

Año	Notificaciones eutanasia	Total muertes	% Eutanasia
2002	1882	142355	1,32%
2003	1815	141936	1,28%
2004	1886	136553	1,38%
2005	1933	136402	1,42%
2006	1923	135372	1,42%
2007	2120	133022	1,59%
2008	2331	135136	1,72%
2009	2636	134235	1,96%
2010	3136	136058	2,30%
2011	3695	135741	2,72%
2012	4188	140813	2,97%
2013	4829	141245	3,42%
2014	5306	139223	3,81%
2015	5516	147134	3,75%
2016	6091	148997	4,09%
2017	6585	150214	4,38%
2018	6216	153363	4,05%
2019	6391	151885	4,21%

ii) Los casos que habilitan la eutanasia en los Países Bajos

La lectura de los informes de los CRVE permite advertir que recién en el año 2004 se detallaron las enfermedades que padecían los que pidieron la eutanasia. A partir de ese año, los informes de los CRVE indican la naturaleza de las enfermedades y el total de casos de cada enfermedad.

ii.1) Cáncer

El cáncer es la enfermedad que registra el mayor número de peticiones, reportando el 87,3% de los casos totales de eutanasia en 2004 y el 64,2% en 2019, según la siguiente tabla:

Año	Total	Cáncer	%
2004	1886	1647	87,3%
2005	1933	1713	88,6%
2006	1923	1656	86,1%
2007	2120	1768	83,4%

⁵⁷ Cabe consignar que el número total de peticiones de eutanasia surge de los informes oficiales de los CRVE, mientras que el número total de muertes se obtuvo de la página oficial de estadísticas de población de los Países Bajos (<https://opendata.cbs.nl/>).

2008	2331	1893	81,2%
2009	2636	2153	81,7%
2010	3136	2548	81,3%
2011	3695	2797	75,7%
2012	4188	3251	77,6%
2013	4829	3588	74,3%
2014	5306	3888	73,3%
2015	5516	4000	72,5%
2016	6091	4137	67,9%
2017	6585	4236	64,3%
2018	6216	4013	64,6%
2019	6391	4100	64,2%

El cáncer es la causal más invocada para la eutanasia y en el Código de Eutanasia 2018 no se contienen precisiones sobre esta causal. Se advierte que, si bien aumenta el número de casos de petición de eutanasia por parte de enfermos de cáncer, desciende el número relativo de estos casos por aumento de la incidencia de otras enfermedades, según se puede advertir en los siguientes apartados.

ii.2) Enfermedades cardiovasculares

Año	Total	Enfermedades cardiovasculares	%
2004	1886	24	1,27%
2005	1933	23	1,19%
2006	1923	55	2,86%
2007	2120	40	1,89%
2008	2331	62	2,66%
2009	2636	54	2,05%
2010	3136	158	5,04%
2011	3695	114	3,09%
2012	4188	156	3,72%
2013	4829	223	4,62%
2014	5306	247	4,66%
2015	5516	233	4,22%
2016	6091	315	5,17%
2017	6585	275	4,18%
2018	6216	231	3,72%
2019	6391	251	3,93%

En el Código de Eutanasia 2018 no se contienen precisiones sobre esta causal.

ii.3) Enfermedades del sistema nervioso

Año	Total	Enfermedades sist. nervioso	%
2004	1886	63	3,34%
2005	1933	85	4,40%
2006	1923	105	5,46%
2007	2120	105	4,95%
2008	2331	117	5,02%
2009	2636	131	4,97%
2010	3136	75	2,39%
2011	3695	205	5,55%
2012	4188	257	6,14%
2013	4829	294	6,09%
2014	5306	317	5,97%
2015	5516	311	5,64%
2016	6091	411	6,75%
2017	6585	374	5,68%
2018	6216	382	6,15%
2019	6391	408	6,38%

Según el informe de 2019, bajo esta categoría ingresan como por ejemplo, la enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Huntington. En el Código 2018 no se formulan precisiones sobre esta causal.

ii.4) Enfermedades pulmonares

Año	Total	Enfermedades Pulmonares	%
2004	1886	34	1,80%
2005	1933	20	1,03%
2006	1923	58	3,02%
2012	4188	152	3,63%
2013	4829	174	3,60%
2014	5306	184	3,47%
2015	5516	207	3,75%
2016	6091	214	3,51%
2017	6585	226	3,43%
2018	6216	189	3,04%
2019	6391	187	2,93%

Los informes de los CRVE no brindan datos de cantidad de solicitudes de eutanasia por enfermedades pulmonares entre 2007 y 2011. Pareciera que muchas son incluidas como "otras" pues ese número crece significativamente entre 2007 y 2011.

En el informe de 2019 se da cuenta del caso de una mujer de entre sesenta y setenta años fue diagnosticada con EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) nueve años antes del fallecimiento y que, dos años antes del fallecimiento, se encontraba en la última fase de la enfermedad (GOLD IV). Renunció a recibir analgésicos y oxígeno extra y el tratamiento disponible era de naturaleza paliativa. A su pedido, se le realizó la eutanasia.

ii.5) Otras enfermedades

Año	Total	Otras enfermedades	%
2004	1886	73	3,87%
2005	1933	27	1,40%
2006	1923	45	2,34%
2007	2120	128	6,04%
2008	2331	145	6,22%
2009	2636	168	6,37%
2010	3136	237	7,56%
2011	3695	394	10,66%
2012	4188	144	3,44%
2013	4829	160	3,31%
2014	5306	291	5,48%
2015	5516	417	7,56%
2016	6091	104	1,71%
2017	6585	147	2,23%
2018	6216	155	2,49%
2019	6391	167	2,61%

Según el informe 2019, las comisiones de revisión "también utilizan en el registro de notificaciones la categoría residual "otras enfermedades". Se trata de enfermedades no incluidas en las categorías anteriores, como por ejemplo un síndrome de dolor crónico".

ii.6) Combinación de afecciones

Año	Total	Combinación de afecciones	%
2004	1886	41	2,17%
2005	1933	56	2,90%
2006	1923	6	0,31%
2007	2120	79	3,73%
2008	2331	114	4,89%
2009	2636	130	4,93%
2010	3136	118	3,76%

2011	3695	185	5,01%
2012	4188	172	4,11%
2016	6091	465	7,63%
2017	6585	782	11,88%
2018	6216	738	11,87%
2019	6391	846	13,24%

Entre 2013 y 2015 no se consigna esta causal en los informes anuales. En el informe de 2019 se indica que "sucede con frecuencia que el sufrimiento del paciente está ocasionado sobre todo por enfermedades somáticas y, además, el paciente tiene problemas psíquicos. Dichos problemas pueden contribuir a la forma en que el paciente experimenta el sufrimiento. También en esos casos, el médico y el asesor deben considerar expresamente si la problemática psiquiátrica del paciente puede impedir que realice una petición voluntaria y bien meditada. Si el asesor no es psiquiatra, en esos casos también puede ser necesario pedir asesoramiento a un psiquiatra. Es normal encontrar un estado de ánimo pesimista en las circunstancias en que se hace una petición de eutanasia y no tiene por qué ser un signo de depresión".

ii.7) Acumulación de enfermedades propias de la vejez

Año	Total	Acumulación enfermedades propias vejez	%
2013	4829	251	5,20%
2014	5306	257	4,84%
2015	5516	183	3,32%
2016	6091	244	4,01%
2017	6585	293	4,45%
2018	6216	205	3,30%
2019	6391	172	2,69%

Esta categoría comienza a registrarse a partir de 2013. No se brindan demasiadas explicaciones sobre los motivos por los que se la incluye. En el informe de ese año se afirma que no se requiere que la condición médica que habilita la eutanasia sea amenazante para la vida y "múltiples síndromes geriátricos pueden causar un sufrimiento intolerable sin perspectiva de mejoría". En el informe de 2013 se incluye el caso de un paciente mayor de 90 años, que tenía sordera severa, dificultades para la visión como consecuencia de una degeneración macular y osteoartritis. Fue perdiendo la movilidad y se volvió "excesivamente dependiente de los demás". Sentía que su vida era "vacía e inútil". Entonces, se consideró su pedido de eutanasia como habilitado legalmente.

En el Código de Eutanasia 2018 se explica: "Si un paciente quiere ser considerado para la eutanasia, su sufrimiento tiene que tener un fundamento médico. Pero no es necesario que padezca una enfermedad que amenace a su vida. También una acumulación de enfermedades propias de la vejez, como alteraciones visuales, alteraciones auditivas, osteoporosis, artrosis, problemas de equilibrio, deterioro cognitivo, pueden ser motivo para un sufrimiento insostenible y sin perspectivas de mejora. Esas enfermedades, generalmente degenerativas, suelen producirse en edades avanzadas. La suma de una o más de estas enfermedades y los síntomas que conllevan son las que pueden ocasionar un sufrimiento que, conjuntamente con el historial clínico, la biografía, la personalidad, el

patrón de valores y el umbral de aguante del paciente, puede ser experimentado por dicho paciente como insoportable y sin perspectivas de mejora. De esta forma se diferencian, por ejemplo, una acumulación de enfermedades generalmente degenerativas de la problemática de la "vida agotada", al menos porque con esta última expresión se hace referencia a un sufrimiento sin fundamento médico. Al contrario de la problemática de la "vida agotada", una acumulación de enfermedades propias de la vejez sí que tiene un fundamento médico."

En el informe de 2019, se consigna que se recibieron 172 notificaciones en esta categoría que engloba "una acumulación de enfermedades propias de la vejez (como alteraciones visuales (enfermedades de la vista), alteraciones auditivas, osteoporosis (descalcificación ósea), artrosis (desgaste), problemas de equilibrio, deterioro cognitivo (problemas de memoria y conocimiento)) puede causar un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora". Se afirma que "este tipo de enfermedades suelen aparecer en edades avanzadas y constituyen un cúmulo de una o más enfermedades, con los síntomas que conllevan. Todo ello, conjuntamente con el historial clínico, la biografía, la personalidad, el patrón de valores y el umbral de aguante del paciente, puede ser experimentado por dicho paciente como insoportable y sin perspectivas de mejora."

ii.8) Enfermedades mentales

Año	Total	Enfermedad mental	%
2012	4188	14	0,33%
2013	4829	42	0,87%
2014	5306	41	0,77%
2015	5516	56	1,02%
2016	6091	60	0,99%
2017	6585	83	1,26%
2018	6216	67	1,08%
2019	6391	68	1,06%

Los informes anuales distinguen la demencia de otras enfermedades mentales. En 2012, luego de que se hiciera la segunda evaluación sobre el funcionamiento de la ley, se comenzó a registrar la eutanasia pedida en razón de enfermedades mentales o demencia. Sin embargo, el informe de 2012 da cuenta que ya en 2011 había habido 13 casos de pedidos originados en enfermedades mentales y 49 en demencia.

Estas afecciones merecen un tratamiento especial en el Código de Eutanasia 2018 (punto 4.3.), donde se invoca una sentencia del Tribunal Supremo holandés en el caso *Chabot*, de 1994, como fundamento de la posibilidad de invocar la enfermedad mental para pedir la eutanasia. El código 2018 dice: "En este tipo de casos, suele tratarse de problemas psiquiátricos complejos y es necesario aportar expertos específicos. El cuidado y la atención mencionados se refieren sobre todo a los requisitos de diligencia y cuidado relativos a la voluntariedad y a la debida consideración de la petición, el sufrimiento sin perspectivas de mejora y la ausencia de otra solución razonable. Al evaluar la petición, se trata de descartar que la capacidad del paciente de formarse una opinión se haya visto afectada por la enfermedad mental. Si la capacidad de opinar del paciente con relación a la petición es insuficiente, no puede hablarse de una petición voluntaria y bien meditada. El médico debe fijarse en que el paciente dé alguna señal de poder comprender información relevante, tener información sobre la enfermedad y ser coherente en sus consideraciones."

Por ejemplo, en el caso 2016-41, se aplicó la eutanasia a una mujer que estaba entre los 40 y 50 años de edad, diagnosticada con desorden por estrés postraumático, que continuamente revivía experiencias malas en sus sueños, con características psicóticas, síntomas de disociación y desórdenes del sueño. Fue internada en varias ocasiones, recibió terapia cognitiva conductual y otros tratamientos. Además, estaba medicada para la

depresión y la psicosis y tomabas píldoras para dormir. Se había inscripto en cursos para avanzar en su educación, pero no los había podido seguir.

ii.9) Demencia

Año	Total	Demencia	%
2012	4188	42	1,00%
2013	4829	97	2,01%
2014	5306	81	1,53%
2015	5516	109	1,98%
2016	6091	141	2,31%
2017	6585	169	2,57%
2018	6216	146	2,35%
2019	6391	162	2,53%

En el informe de 2019 se consigna que “en 160 notificaciones, la causa del sufrimiento era la demencia en fases tempranas. Se trataba de pacientes en una fase de demencia en la que todavía tenían conciencia de (los síntomas de) su enfermedad, como la pérdida de orientación y personalidad. Fueron considerados capaces de expresar su voluntad con relación a su petición de eutanasia, porque todavía podían prever las consecuencias de su petición.”. Por su parte, “dos notificaciones se refirieron a pacientes en un estado (muy) avanzado de demencia, que ya no estaban en condiciones de comunicarse sobre su petición y en los que fue determinante la declaración de voluntad por escrito para establecer que la petición era voluntaria y bien meditada.”

En el Código de Eutanasia 2018 se afirma: “También en el caso de pacientes con demencia es necesario prestar una atención y un cuidado especiales al cumplimiento de los requisitos de diligencia y cuidado, en especial al requisito sobre la capacidad de expresar la voluntad y el sufrimiento insoportable. A medida que progresa el cuadro clínico de los pacientes con demencia, disminuye su capacidad de expresar la voluntad. Con el transcurso del tiempo, el paciente puede ser totalmente incapaz de expresar la voluntad”.