



# UNIVERSIDAD F.A.S.T.A



**“CUANDO LA MUERTE ES INEVITABLE, EL  
DERECHO A MORIR BIEN ES  
IMPRESINDIBLE”**

**Autor: Franco Zudaire**

**DIRECTOR: Andrea Marcón TUTOR: María Paula Giaccaglia**

**Carrera: Abogacía**

**Año: 2023**

## Repositorio Digital de la UFASTA

### AUTORIZACION DEL AUTOR

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

- Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

#### 1. Autor:

Apellido y nombre: Franco Zudaire

Tipo y N° de Documento: D.N.I 41.565.832

E-mail: francozudaire@gmail.com

Título obtenido: Abogado

#### 2. Identificación de la Obra

TESINA DE GRADUACIÓN: “Cuando la muerte es inevitable, el derecho a morir bien es imprescindible”

**AUTORIZO LA PUBLICACIÓN** bajo la licencia Creative Commons.

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimien- to-NoComercial-Compartirlqual 3.0 Unported

Firma del autor: *Franco Zudaire*

Lugar y Fecha: 16/08/2023

# Índice

<b>Introducción</b>	3
<b>Capítulo 1</b>	5
Dignidad de la persona humana como derecho fundamental	5
Ortotanasia	7
Distanasia	8
Suicidio asistido	9
Cuidados paliativos	9
Medios terapéuticos ordinarios o adecuados y extraordinarios o desproporcionados	10
Directrices anticipadas	12
Consentimiento informado	15
<b>Capítulo 2</b>	17
¿Qué es la eutanasia?	17
Clasificación de la eutanasia	17
Un poco de historia	18
La eutanasia en el mundo	19
<b>Capítulo 3</b>	21
La religión católica	21
La religión judía	23
El islam	25
El hinduismo	25
El protestantismo	26
<b>Capítulo 4</b>	28
La eutanasia y la medicina	28
<b>Capítulo 5</b>	32
Eutanasia en la legislación internacional	32
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	32
Declaración Universal de los Derechos Humanos	32
La Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica)	32
La Convención de los derechos del Niño	32
La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO	33
El Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales	34
<b>Capítulo 6</b>	35
La eutanasia en argentina	35
La eutanasia en el ojo público	36
Legislación vigente y aplicable	38
Proyectos de ley actuales	43
“Ley de Buena Muerte”	43
“Interrupción voluntaria de la vida”	47
“Ley Alfonso”	52
<b>Conclusión</b>	57
<b>Anexos</b>	60
<b>Citas</b>	65
<b>Bibliografía</b>	67

## Introducción

En el presente trabajo abordaremos, desde el derecho, un tema muy trascendente del hombre, “la muerte humana”. Hablaremos de aquello que gira en torno a ella y aún más nos enfocaremos en aquellos casos en donde ya no se ve como idea factible seguir con la vida humana.

En la actualidad determinar qué significa una muerte digna es quizás una de las cuestiones esenciales más debatidas en los ámbitos bioético, médico y legal. Al hablar de muerte digna hay que decir que la misma debe comprender, que la persona debe tener pleno conocimiento de la situación real en que se encuentra su enfermedad con base en una comunicación fluida y sincera brindada en un ámbito de confianza y solidaridad con los médicos, tratando de utilizar un lenguaje comprensible y fraternal, teniendo en cuenta la madurez del paciente y la realidad clínica a la que se debe enfrentar. Debe poder decidir sobre las intervenciones médicas que le serán practicadas, pudiendo rechazar aquellos tratamientos que sean desproporcionados y requerir la aplicación de terapias paliativas para así evitar sufrimientos innecesarios. El paciente debe contar con la posibilidad de ser acompañado por sus familiares y morir en un ambiente de paz y serenidad. Es decir, la muerte digna conlleva, que la muerte natural llegue en enfermedades incurables y terminales, tratándolas con tratamientos paliativos para evitar sufrimientos innecesarios, recurriendo a medidas razonables. No implica adelantar la muerte, sino acompañar al enfermo terminal, considerando su vida digna a pesar de sus condiciones y hasta sus últimos momentos (Favre Alejandra Y Giaccaglia María Paula, 2022).

La muerte digna, es sin duda alguna, un derecho humano fundamental, lo que implica que es un derecho subjetivo vitalicio e inherente a toda persona humana, el cual no es transmisible ni puede disponerse en forma absoluta y radical.

El video “Historias Innecesarias: Eutanasia” (Damian Kuc, 2021) relata la historia de un hombre que estaba luchando para que le permitan provocar su muerte, en una forma digna, sin sufrimiento y más importante aún, que se haga de forma legal. Este video se convierte en el disparador de muchas inquietudes, que plantearé a lo largo de las siguientes páginas, donde hablaremos de la eutanasia. Trataremos de comprender a qué nos estamos refiriendo cuando hablamos de eutanasia, estableceremos los diferentes métodos existentes, abordando los temas con una leve mirada médica para poder comprender qué implicancias tienen en la vida de una persona. Observaremos qué opiniones existen en el ambiente médico al respecto.

También nos adentraremos en la parte legal, se hará mención de nuestra propia legislación interna y los avances que hubo, sin olvidarnos de mencionar los avances que faltan. Trataremos algunos casos que han despertado la inquietud en la sociedad argentina y ayudaron a lograr avances.

Mencionaremos la legislación de diferentes Estados, con la finalidad de conocer cómo receptan la eutanasia.

# Capítulo 1

## Nociones fundamentales

En el presente capítulo desarrollamos los conceptos necesarios para el abordaje del tema de investigación planteado en el presente Trabajo final. Estos conceptos son extraídos de la legislación y diversos trabajos científicos sobre la materia.

## Dignidad de la persona humana como derecho fundamental

El Código Civil y Comercial (CCyC) inaugura el capítulo relativo a los derechos personalísimos, consagrando el reconocimiento y respeto de la dignidad. Todos los derechos de la personalidad derivan y se fundan en la noción de dignidad, el artículo 51 del nuevo CCyC sostiene:

*“Inviolabilidad de la persona humana. La persona humana es inviolable y en cualquier circunstancia tiene derecho al reconocimiento y respeto de su dignidad.”*

Por primera vez se introduce la palabra “dignidad” en un Código Civil y Comercial de Argentina, lo que implica un cambio de concepción y paradigma.

En el texto histórico de nuestra Carta Magna la dignidad no se encontraba mencionada, ni como derecho ni como principio, pero nadie duda que esté incluida dentro de las previsiones del artículo 33 de la Constitución Nacional (CN).

Así mismo se encuentra reconocida en diversas fuentes internacionales, entre ellas podemos mencionar:

La Conferencia de San Francisco de 1945 que convoca a

*“reafirmar la fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana...”*

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 que menciona

*“la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca [...] de todos los miembros de la familia humana”.*

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966 cuyo preámbulo expresa que la libertad, la justicia y la paz en el mundo, tienen por base el reconocimiento de la

dignidad humana inherente a todos los miembros de la familia humana y de sus derechos iguales e inalienables.

También en los principios enunciados en la Carta de las Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz del mundo tienen por base la dignidad inherente a todos los miembros de la familia humana.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 donde establece que

*“La educación debe orientarse hacia el pleno desarrollo de la personalidad humana y del sentido de su dignidad”.*

La Convención Americana sobre Derechos Humanos de 1969 donde se menciona

*“Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad”.*

La etimología latina de “digno” remite primeramente a *dignus* y su sentido es “que conviene a”, “que merece”, implica posición de prestigio “de cosa”, en el sentido de excelencia; corresponde en su sentido griego a *axios* (valioso, apreciado, precioso, merecedor). De allí deriva dignitas, dignidad, mérito, prestigio, “alto rango”.

Se parte de que la persona merece que se le reconozca, respete y por ende tutele su dignidad, atento a que ésta deriva del hecho de ser, ontológicamente, una persona y, consecuentemente, el derecho debe garantizarle esta dignidad precisamente por ser tal. El respeto por la dignidad de la persona humana comienza por reconocer su existencia, su autonomía y su individualidad, de allí parte su consideración de inviolable.

Ahora bien, se establece que el ser humano por el solo hecho de serlo posee derechos fundamentales a los cuales hay que proteger y respetar. Dentro de la propia dignidad se afrontan problemas relacionados con la vivienda, la educación y la salud, dentro de este último ámbito es en el cual se encuentra íntimamente relacionada con el tema central del trabajo, con la muerte. La dignidad de la persona abarca todos los ámbitos de su vida, por lo tanto, también incluiría en sus últimos momentos, donde aun cuando la persona se encuentre en un estado terminal o con una salud muy deteriorada, debe respetarse la dignidad.

Como eje central de los fundamentos de la eutanasia se encuentra el hecho de vivir dignamente, que se confronta con los padecimientos y sufrimientos de personas afectadas gravemente en su salud. Este hecho tan esencial de vivir dignamente relacionado con la propia autonomía de la voluntad son el puntapié para plantear la

eutanasia como un método de respeto a esa propia dignidad, evitando así el padecimiento excesivo del paciente y la prolongación de la vida por medios artificiales, para que el tránsito hasta la muerte se realice sin sufrimiento, con el apoyo necesario y acompañado de sus familiares. Sin acelerar ni retrasar la muerte.

Con todo esto cabe resaltar que la dignidad se posee hasta los últimos momentos de la vida. Vivir dignamente no solo implica el estar vivo sino el vivir, que conlleva el vivir adecuadamente en condiciones de dignidad, que es muy diferente al simple hecho de estar vivo. Las condiciones de vida de un enfermo terminal o gravemente enfermo de manera irreversible, podría considerarse que no es una digna forma de vivir. Con principio en la dignidad, la persona haciendo uso de su autonomía de la voluntad, puede decidir terminar con ese sufrimiento o padecimiento, lo que aún más resalta, la propia dignidad de la persona humana.

## **Ortotanasia**

Esta palabra tiene origen en el vocablo griego, del prefijo *orthos* (“recta” o “correcta”) junto a *tanathos* (muerte), y se entiende, que significa muerte correcta o a su debido tiempo.

La Real Academia de la Lengua Española (RAE) la define como: “muerte natural de un enfermo desahuciado sin someterlo a una prolongación médicamente inútil de su agonía”.

Designa la actuación correcta ante la muerte por parte de quienes atienden al que sufre una enfermedad incurable o en fase terminal. Se entiende como el derecho del paciente a morir sin el empleo de medios desproporcionados y extraordinarios para el mantenimiento de la vida.

La ortotanasia se refiere a permitir que la muerte ocurra en su tiempo, cuando deba de ocurrir, por lo tanto, los profesionales de la salud deben estar capacitados para otorgar al paciente todos los cuidados y tratamientos para disminuir el sufrimiento, pero sin alterar el curso de la enfermedad y por lo tanto el curso de la muerte.

La ortotanasia da la posibilidad de emplear medios para aliviar el dolor, respetando el tiempo natural para morir. Los cuidados paliativos, la alimentación, la hidratación, higiene y oxigenación no deben faltar para lograr esto.

En Bioética la ortotanasia equivale al término muerte digna y a los cuidados paliativos como el método de realización proporcionado, justo y vital, rehúsa la asistencia médica a través de medios desproporcionados; pero también acepta el desenlace de la muerte cuando esta deviene irreversible a causa de una enfermedad. Es decir, no se anticipa la muerte del paciente, pero tampoco se alarga la vida de forma artificial; se admite el hecho de “dejar morir” acción inherente de la condición humana. Se valora el respeto por la dignidad de la persona.

El objetivo de esto es lograr la mayor comodidad posible para el paciente, brindándole, en lo posible, su capacidad para moverse y realizar su aseo, la posibilidad de recibir curaciones indispensables para él. A su vez, se administran sedantes, y analgésicos en la frecuencia y dosis requerida según indicación médica. Se considera indispensable la comunicación y dialogo del propio enfermo con su médico, también con sus familiares y amigos e incluso si hubiera un ministro religioso propio de su creencia. El propósito de esto es el acompañamiento psíquico, moral y espiritual que colabora con el desarrollo de este camino en una forma más pacífica y más humana.

### **Distanasia**

Esta palabra tiene origen en el vocablo griego, del prefijo *dís* (mal, algo mal hecho) y *thánatos* (muerte). Comprende métodos que permiten prolongar por medios artificiales la vida de un enfermo incurable.

La Real Academia de la Lengua Española (RAE) la define como: *“prolongación médicamente inútil de la agonía de un paciente sin perspectiva de cura”*.

Consiste en el retraso de la muerte de un paciente infligiéndole al moribundo dolor o sufrimientos adicionales, que son secundarios a los efectos adversos de las terapias que se aplican, producto de una lucha desmesurada contra la muerte. Bajo el argumento de la obligación de prolongar la vida, se le puede realizar daño al paciente impidiéndole experimentar la muerte en circunstancias dignas.

A esto también se lo conoce como encarnizamiento terapéutico, en sí, es el uso de terapias desproporcionadas en relación a los riesgos y beneficios obtenidos, prolongando la agonía, más que ofrecer elementos curativos. Por ello se lo considera como éticamente inaceptable ya que existe el derecho de curarse y hacerse curar con medios proporcionados, cuidados normales y la renuncia voluntaria a medios desproporcionados no equivale al suicidio ni a la eutanasia.

Es de importancia aclarar que el no encarnizamiento terapéutico no implica suspender todas las intervenciones, sino solamente aquellas terapias que le quitan al enfermo esa necesaria tranquilidad, aquellas que conllevan el aislamiento con sus familiares y amigos, que le impiden su preparación interna para morir en un clima y contexto humano; que en estos momentos es lo más importante para el enfermo, ya que el morir se encuentra cerca, que ello sea de la mejor y menos dolorosa forma posible.

### **Suicidio asistido**

El suicidio asistido es el procedimiento en el cual se proporciona a una persona (generalmente gravemente enferma) con intención y conocimiento, los medios necesarios para que se suicide, esto incluye un asesoramiento en cuanto a los medicamentos a utilizar y las dosis en las cuales el mismo sería letal. En este caso es el paciente quien voluntariamente termina con su vida.

En general en los países donde se da su despenalización nos encontramos con una serie de requisitos y criterios para que la misma se lleve a cabo. Entre los requisitos se encuentran: que el paciente padezca una enfermedad incurable con consecuencia de muerte en un término breve, que a su vez se encuentre ligada a un sufrimiento permanente e insoportable y que la petición del paciente no sea producto de la ausencia de cuidados adecuados, sino que se haga de modo claro y repetido, producto de su iniciativa y propia voluntad, sin tener el juicio alterado.

### **Cuidados paliativos**

Estos incluyen aquellos cuidados ordinarios brindados a las personas ante el final de su vida, su finalidad es disminuir el sufrimiento del paciente, a través de prácticas terapéuticas que respeten la dignidad de la persona.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuidados paliativos son un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

En nuestro país, dentro del marco del Ministerio de la Salud, nos encontramos con el Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Su misión es promover la atención continua

e integrada de todos los pacientes oncológicos a lo largo de su enfermedad. Poniendo especial énfasis en prevenir el sufrimiento y mejorar su calidad de vida y la de sus familias. Además, se propone lograr que el alivio del dolor y el acceso a la medicación opioide sea una realidad efectiva para todos los pacientes del país, eliminando las barreras de accesibilidad para estos medicamentos.

El mismo establece que los cuidados paliativos son la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento severo relacionado con la salud, debido a una enfermedad grave con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores.

La iglesia católica, también ha abordado el tema de los cuidados paliativo. El Papa Francisco durante un discurso en el Vaticano ante dirigentes franceses, en un contexto de debate en Francia sobre el final de la vida pidió *"acompañar la vida hasta su fin natural"* y no dejarse *"atrapar por esta cultura del descarte"*. A su turno en el seminario web de tres días "Taller internacional sobre cuidados paliativos", organizado en 2022 por la Pontificia Academia para la Vida, donde se reúnen expertos de todo el mundo que afrontan el debate sobre los cuidados que deben ofrecerse a los pacientes moribundos. Monseñor Vincenzo Paglia afirmó que los cuidados paliativos son un derecho real y es positivo que se extienda la conciencia sobre ellos.

### **Medios terapéuticos ordinarios o adecuados y extraordinarios o desproporcionados**

El término adecuación del esfuerzo terapéutico, significa aplicar medidas terapéuticas adecuadas y proporcionales a la situación real del enfermo, en correspondencia al diagnóstico, pronóstico y estado evolutivo de su enfermedad, considerando los beneficios reales que se esperan de ellas, los efectos adversos que puedan tener y los costos de las mismas.

Se debe realizar un análisis cuidadoso teniendo en cuenta el tipo de terapia, el grado de dificultad o riesgo que importan, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que cabe esperar de todo ello, según las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales. Esto permite decidir de manera particular a cada paciente si estas terapias o prácticas médicas son proporcionadas o desproporcionadas para el fin buscado. La adecuación del esfuerzo terapéutico como buena práctica clínica logra

evitar así una forma de iatrogenia conocida como ensañamiento terapéutico, obstinación terapéutica o distanasia.

El concepto de medio "ordinario" hace referencia a un medio que, es relativamente fácil de conseguir y no supone una gran carga para el paciente, por ello se considera que el mismo será obligatorio. Se puede decir que marca el límite inferior del deber de conservar la vida y la salud. Es decir, estos medios de tratamiento por sus propias características no presuponen una gran carga o afección para el paciente, por esa razón se va a considerar que este tipo de tratamientos se deben realizar para lograr una mejora en la calidad de vida y salud del paciente.

El medio "proporcionado" en cambio, no implica obligatoriedad. Simplemente se trata de un medio razonable. Un medio es proporcionado hasta el momento en que se demuestra fácticamente capaz de alcanzar la finalidad que le es propia, sin causar daños o riesgos excesivos para la salud del paciente. Entre los medios que se consideran razonables, algunos señalan que son obligatorios y otros que son opcionales, En este caso se señala el límite superior del mencionado deber.

Algo similar sucede con los otros extremos del accionar médico, un medio "extraordinario" es un medio que, por la dificultad, por la carga que supone, no se considera obligatorio, pero esto no quiere decir que sea ilícito su uso. En cambio, si se dice que algo es "desproporcionado" se estaría afirmando que no hay proporción entre beneficios y los riesgos o daños sufridos, por tanto, que no sería razonable utilizarlo.

Son medidas desproporcionadas las que no sugieren un beneficio sustancial para el paciente y que no sirven para preservar la vida o recuperar al enfermo, sino para prolongar el proceso de morir, con costos excesivos o severa desfiguración.

La Asociación Médica Mundial, en su 35 Asamblea Médica Mundial celebrada en Venecia, Italia, en el año 1983 sobre enfermedad terminal define al tratamiento desproporcionado o medios desproporcionados como aquellas medidas que no son adecuadas a la situación clínica real del enfermo, por no ser proporcionales a los resultados que se podrían esperar. Es aquel tratamiento que no mantiene un balance adecuado de costos-cargas/beneficios en función de los objetivos perseguidos; no ofrecería un beneficio relevante al paciente y produciría un gran daño o carga al paciente, su familia o a la sociedad. Lo contrario es un tratamiento proporcionado.

Una muerte digna significa considerar a los pacientes terminales o moribundos como personas responsables, con sentimientos y percepciones precisas, a quienes deben

proporcionárseles los medios materiales necesarios, humanos y espirituales según sus creencias, para que el tránsito hasta la muerte se realice sin sufrimiento, con el apoyo necesario y acompañado de sus familiares. Sin acelerar ni retrasar la muerte.

Morir con dignidad constituye un derecho esencial del ser humano, el cual debería entenderse como el derecho del enfermo a recibir cuidados paliativos de calidad, con medidas adecuadas y proporcionadas, sin extender la vida del paciente de manera artificial de manera que le causen agravios y sufrimientos innecesarios. El avance tecnológico permite a los médicos incurrir en el llamado ensañamiento terapéutico, donde por medio de máquinas se mantiene a las personas artificialmente vivas, lejos de sus seres queridos y en condiciones muchas veces inhumanas. Ante esta situación, las personas se sienten naturalmente inclinadas a rechazar una situación semejante y creen que la eutanasia es la única forma de impedir estas conductas. Por ello, muchas personas a favor de la eutanasia en realidad no son tales, sino más bien es una forma de protesta o rechazo por ese empeño arrogante de prolongar la vida a toda costa. La voluntad de quien renuncia a tratamientos que muchas veces son inhumanos, o que al menos carecen de sentido en un caso determinado, no es homicida, sino de simple aceptación de la condición finita del ser humano. La causa de la muerte, en esos casos, es el cáncer o la enfermedad de que se trate. En efecto, se la ha dejado morir. Muy distinto es el caso en que directamente se elige, como fin o como medio, quitar la vida a una persona. Eso es matar, aunque se haga por compasión.

A todo esto, cabe mencionar que lo que es idóneo u ordinario para una persona puede no serlo para otra, o lo que es extraordinario en una estructura sanitaria puede no serlo en la vecina, por ello a la hora de decidir sobre las prácticas médicas a realizar, se debe evaluar el caso concreto según las características del mismo. En cada caso deben ponderarse adecuadamente los aspectos clínicos, ya que no es lo mismo un paciente en estado crítico, reversible, que un paciente en estado terminal o irreversible.

### **Directrices anticipadas**

Los interesados pueden efectuar disposiciones y estipulaciones en previsión/para su propia, futura y eventual incapacidad, a fin de que aquellas se cumplan si sobreviene esta última. Ello, tanto respecto de su persona como de su patrimonio, volcadas en instrumentos dados por escrito, a las cuales se las llama genéricamente directivas anticipadas.

Según Luis Guillermo Blanco (2017) una especie de ellas son las directivas médicas anticipadas (DMA), denominándose así a una variedad de documentos mediante los cuales una persona civilmente capaz y bioéticamente competente, sana o enferma y en ejercicio de su autonomía, consigna determinadas pautas y/o indicaciones referentes a cómo deberá procederse a su respecto en materia de la atención médica que se le prestará ante un futuro estado patológico y/o su desenlace, en caso de incompetencia sobreviniente.

Las DMA contienen manifestaciones valorativas personales de sus otorgantes, en las cuales expresan cómo desean ser tratados en ocasión de enfrentar situaciones de grave riesgo, de muerte o discapacidad, para el caso que no estuvieren en aquel momento (futuro, hipotético), en condiciones de manifestarse, o de que su manifestación sea tomada en cuenta (sea por demencia, coma, confusión, etc.), expresando así sus preferencias, de acuerdo a los cuales requieren determinadas acciones (o inacciones) médicas.

Las mismas son decisiones informadas dadas por adelantado, con respecto a los tratamientos médicos que se aceptan y/o rechazan. Constituyen una indicación válida para sus familiares y para los profesionales de la Salud, destinadas a la toma de decisiones relacionadas con contingencias graves de salud o en la etapa final de la propia vida, por lo que merecen respeto y acatamiento. En ellas puede rehusarse a una o más prácticas médicas específicas o a su instrumentación en determinadas circunstancias, las DMA no implican “siempre” una “renuncia” general a todo tratamiento, sino que pueden disponer que se brinde a su otorgante tal o cual práctica médica.

Las directrices anticipadas se pueden dar de las siguientes modalidades:

- El llamado “Testamento de vida”, “Testamento vital” o “Testamento biológico” es un documento que generalmente contiene la solicitud de una persona para que, en caso de padecer una enfermedad fatal e irreversible, en fase terminal y pérdida de la capacidad para decidir, no se prolongue artificialmente su vida sometiéndolo a medios de soporte vital cuando no exista esperanza razonable de recuperación.
- La designación de un “representante legal” o “apoderado” en cuestiones de salud, quien será el interlocutor válido y necesario del equipo médico para adoptar decisiones terapéuticas por el paciente que se ha tornado incompetente, para lo cual se lo autoriza. Siendo posible designar a más de un apoderado para

que, conjuntamente o uno en sustitución del otro, intervengan en las decisiones a tomar.

- También se puede dar una especie de combinación de las dos anteriores, instrumentada en un solo documento, de tal modo que el representante cuenta aquí con instrucciones escritas a seguir, también dirigidas al médico tratante.

Las DMA pueden referirse al rechazo de un solo tratamiento, independientemente de cual fuere la patología que presentase su otorgante, es común que los Testigos de Jehová porten una “Directiva Médica Anticipada/Exoneración” en la cual, entre otras menciones, consta que no admiten transfusiones de sangre en ningún caso (cuya redacción excede con creces al “Testamento vital”), autorizando a la/s persona/s que se nombran a vigilar que se respeten sus instrucciones enunciadas en esa directiva.

En nuestro país las DMA fueron contempladas por la ley 26.529 sobre Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud que fue reformada por la ley 26.742 en 2012. Habla al respecto en su artículo 2 dentro de los derechos del paciente, donde menciona que en virtud de su “Autonomía de la Voluntad” el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa. Como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Cuando presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También, podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

Asimismo, en su artículo 11 establece:

*“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. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.*

*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.”*

El código civil y comercial en su artículo 60 establece:

*“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. Las directivas que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas se tienen por no escritas.*

*Esta declaración de voluntad puede ser libremente revocada en todo momento.”*

### **Consentimiento informado**

El consentimiento informado es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en una investigación o tratamiento médico, después de haber comprendido la información que se le ha dado acerca de los objetivos de la misma, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades.

Según el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos es el proceso en el que se proporciona a los pacientes información importante, como los riesgos y beneficios posibles de un procedimiento o tratamiento médico, una prueba genética o un ensayo clínico. Esto se hace para ayudar a los pacientes a decidir si se quieren someter a tratamientos o pruebas, o participar en un ensayo clínico. Los pacientes también reciben cualquier información nueva que pudiera afectar su decisión de continuar. También se llama proceso de consentimiento.

Como objetivo del consentimiento informado, encontramos el reconocer y respetar el derecho de autonomía de los pacientes, promover la participación del paciente en su proceso de atención en salud, y optimizar la relación equipo médico-paciente.

Los pacientes deben reunir ciertas condiciones para poder decir que su decisión es voluntaria y racional, entre ellas se encuentran las siguientes:

- Disponer de información suficiente.
- Comprender la información adecuadamente.
- Encontrarse libre para decidir de acuerdo con sus propios valores.
- Ser capaz para tomar la decisión en cuestión.

Dentro de las características más importantes del consentimiento informado nos encontramos con:

- Es un proceso de comunicación entre el profesional de la salud y el paciente, que culmina con la autorización o no de una intervención clínica específica.
- Es un derecho del paciente y proporcionar la información es un deber del médico.
- La información y la comprensión como únicas herramientas decisivas para dar el consentimiento. La misma debe especificar los riesgos del procedimiento y debe adecuarse a las condiciones particulares de cada paciente, familiares o representantes.
- El paciente tiene derecho a revocar su consentimiento en cualquier etapa del procedimiento médico, sin que conlleve al detrimento en la calidad de su atención.
- El consentimiento no es válido cuando por el estado de salud o la acción de medicamentos, el paciente no está en condiciones de elaborar un juicio crítico.

El consentimiento se estableció como obligación de los Estados en el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), entendido como derecho humano a la integridad. Dice el Pacto: “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos.”

## Capítulo 2

### ¿Qué es la eutanasia?

Su origen etimológico proviene del griego y se encuentra en dos vocablos *Eu* que significa bueno y *thánatos* que significa muerte, literalmente, significa buena muerte. Cabe resaltar que el dios Tánatos o Tánato en la mitología griega es el dios de la muerte no violenta, donde su intervención era más una especie de sueño con un toque suave y no una muerte violenta.

Podemos entender la Eutanasia como aquella conducta o comportamiento tendiente al cese o mitigación de los sufrimientos de una persona, implicando necesariamente la producción directa de la muerte o el aceleramiento de dicho hecho. Es decir, significa el hecho de provocar una muerte fácil y sin dolores a un paciente que está próximo a morir por causa de una enfermedad terminal.

La Real Academia de la Lengua Española (RAE) la define como: “Intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura” o “Muerte sin sufrimiento físico”.

En términos generales, la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como la Asociación Médica Mundial (AMM), acepta como definición de eutanasia: “el acto deliberado de poner fin a la vida, a petición propia o de algún familiar” (Sierra, 2007) (Asociación Médica Mundial, 2002).

### Clasificación de la eutanasia

Según la acción realizada:

Eutanasia Activa se da cuando hay una actuación que acelera el fallecimiento del sujeto, una intervención que provoca la muerte de la persona, es decir, una acción directa dirigida a terminar con la vida del paciente.

Eutanasia Pasiva se caracteriza por una conducta omisiva, el médico no aplica medidas extraordinarias de tratamiento o hay una omisión de cuidados que son necesarios para la curación o supervivencia, limitándose a aliviar el dolor y el sufrimiento del paciente.

Eutanasia Directa en este caso la acción u omisión tiene la intención de provocar la muerte, hay una acción directa tendiente a acortar o terminar la vida del paciente, a

diferencia de la Eutanasia Indirecta donde consiste en la aplicación de técnicas o la administración de medicamentos a una persona con una enfermedad incurable y dolorosa, con el fin primordial de paliar sus padecimientos, y que conlleva como efecto secundario un acortamiento de su vida.

Según la voluntad del paciente:

Eutanasia Voluntaria es aquella llevada a cabo con el consentimiento explícito del paciente, la Eutanasia Involuntaria es aquella realizada a pesar de que el paciente rechaza manifiestamente la práctica, es decir una mala muerte ya que es forzada.

Eutanasia No Voluntaria es aquella la cual se practica sin el consentimiento del paciente por ser imposible que este manifieste su voluntad, en estos casos dicha voluntad es reemplazada, según el caso y país, por la voluntad de sus representantes y/o familiares.

Según quien ejerce la acción:

Eutanasia Autónoma: la preparación y la acción de la muerte es elaborada sin que intervengan terceros, es decir, realizada por la propia iniciativa de la persona enferma.

Eutanasia Heterónoma: es consecuencia de la decisión y acción de otra persona que no es el enfermo.

### **Un poco de historia**

En los primeros siglos, alrededor del siglo V a.c hasta el siglo I d.c, no determinaba una práctica concreta, sino que reflejaba a aquellas prácticas que permitían a la persona una muerte estimada como buena; algunos autores de la época lo definían como “un morir disfrutando de las cosas buenas de la vida” o como “una muerte rápida y sin dolor”, inclusive como “una muerte honrosa y gloriosa” como lo sería el caso de algunos guerreros caídos por causas nobles.

Este término lo empleó por primera vez Francisco Bacon en el siglo XVII en un sentido de muerte sin dolor ni sufrimiento, lo que posteriormente conlleva a que se comience a hablar de las diferentes formas y clasificaciones (activa- pasiva, directa-indirecta, etc.).

En la Antigua Grecia la eutanasia no se planteaba como un problema moral ya que la concepción de la vida era diferente, para este pueblo una mala vida no era digna de ser vivida y por tanto ni el eugenismo, ni la eutanasia complicaban a las personas

En la Edad Media, bajo la óptica de creencias religiosas cristianas, la práctica de la eutanasia es considerada como pecado, puesto que la persona no puede disponer libremente sobre la vida, que le fue dada por un ser sobrenatural.

Con la Modernidad, se desgaja el pensamiento medieval, la perspectiva cristiana deja de ser la única y se conocen y discuten las ideas de la Antigüedad Clásica, se defiende que la salud puede ser alcanzada con el apoyo de la técnica, de las ciencias naturales y de la medicina. Francis Bacon en 1623, defiende que la muerte de un enfermo ayudado por el médico no constituye un problema religioso ya que es al científico a quien le corresponde determinar cuándo un hombre enfermo debe morir o no.

A fines del siglo XIX, en América del Sur existía la persona del despenador o despenadora, encargada de hacer morir a los enfermos desahuciados a petición de los parientes. A su vez, hacia fines del siglo XIX y principios del XX, surgieron teorías que establecían cierta superioridad o jerarquía en la vida, donde había vidas que no merecen ser vividas dando el origen a prácticas altamente reprochables como lo es el genocidio ejecutado por el nacional socialismo alemán.

Es recién a fines del siglo XX donde comienza a surgir el término de muerte digna. Uno de los países pioneros en el tema es Holanda, donde durante la década de los '70 surge un movimiento de opinión pública en favor de la eutanasia, el cual emergió con fuerza e intento lograr una legislación sobre la estancia en diferentes países y cada vez en forma más intensa. Cabe mencionar que dicho país fue el primero en legislar sobre la eutanasia.

En la actualidad este término se lo relaciona con la muerte provocada, ya sea con la intervención de un médico o sin ella, aunque aún se la intenta asociar con la buena muerte o esa idea de muerte con dignidad y sin sufrimiento. Cabe mencionar que, si bien hubo una traslación del término original, se lo intenta asociar con una buena muerte o una muerte digna, aunque esto se encuentre opacada por esa idea de muerte provocada o causada por un médico.

### **La eutanasia en el mundo**

A lo largo del globo encontramos varios países que contemplan en su legislación la eutanasia. El primero en hacerlo fue Holanda en abril de 2002, luego de que se tomaran diferentes decisiones judiciales con anterioridad que abrieron paso a la legislación. A éste le siguieron varios países de Europa como Bélgica que fue años después, el primer país del mundo donde se aprobó la eutanasia para menores de 12 años en casos de

enfermedad terminal. En Luxemburgo el Parlamento aprobó la legalización de la eutanasia en marzo de 2009 donde los pacientes terminales tienen la opción de solicitar el procedimiento después de recibir la aprobación de dos médicos y un panel de expertos.

En Canadá la eutanasia es llamada "asistencia médica para morir" y fue legalizada junto al suicidio asistido en junio de 2016. El país establece estrictos requisitos, que van desde solicitar el procedimiento 10 días antes de ponerse en práctica, la presencia de dos testigos independientes y la aprobación de dos médicos, quienes deben confirmar que el paciente no tiene cura y que está en una avanzada fase de sufrimiento.

Otro es el caso de Nueva Zelanda, este país fue el primero en el mundo en someter la eutanasia a referendo, junto a las boletas de las elecciones generales a finales de 2020. La mayoría de los votantes apoyó la medida, lo cual abrió las puertas para que el proyecto de ley entre en vigor el 6 de noviembre del 2021, 12 meses después del recuento final de votos. Quienes soliciten la eutanasia deberán tener 18 años y necesitarán la aprobación de dos médicos.

España es uno de los últimos en unirse a este pequeño club en el cual es legal la eutanasia. En marzo de 2021, tras una votación en el Parlamento con 202 votos a favor, 141 en contra y dos abstenciones, se reconoce el derecho de los enfermos en estados terminales a una "muerte digna". España se volvió el primero de tradición católica en aprobar una legislación que garantiza a las pacientes terminales el acceso tanto a la eutanasia como el suicidio asistido. En este país solo se autorizará su uso únicamente a personas que sufran una "enfermedad grave e incurable" o un padecimiento "grave, crónico e imposibilitante" que cause un "sufrimiento intolerable".

Colombia es el primer país de América Latina en promulgar su ley de eutanasia, en ella se establecen que el paciente debe tener una enfermedad en estado terminal, considerar que la vida ha dejado de ser digna producto de la enfermedad y manifestar el consentimiento de manera "clara, informada, completa y precisa", a su vez la ayuda para morir debe prestarla "un profesional de la medicina" con la autorización de un "comité científico-interdisciplinario". También cuenta con una figura llamada libertad de conciencia que les permite a los médicos no realizar el procedimiento si este va en contra de sus creencias personales.

Entre los países que permiten la eutanasia también se encuentran algunos estados de EEUU y de Australia.

## Capítulo 3

### La eutanasia y la religión

Se realizará un análisis de las diferentes posiciones que adoptan las principales religiones del mundo.

### La religión católica

La Iglesia, en sus 2000 años de historia, siempre ha defendido la vida humana desde la concepción hasta la muerte natural, con una particular atención a las fases frágiles de la existencia. El 'no' a la eutanasia y al ensañamiento terapéutico son un 'sí' a la dignidad y a los derechos de la persona: incurable no significa in-cuidable.

La tradición cristiana, a través del tiempo, ha establecido que la dignidad y el carácter sagrado de la vida humana como imagen de Dios (Génesis 1: 26-27) es inviolable. Es por esto que la Biblia plantea que la toma de la vida humana, así como la negación de Dios mismo, están entre los pecados más graves y peor castigados (Gen. 9, 5-6)

El Vaticano considera la eutanasia como un “crimen contra la vida” y el suicidio asistido como un “grave pecado”, que impide a las personas recibir los sacramentos.

En la encíclica "Mater e Magistra" Juan XXIII subraya que "La vida del hombre, en efecto, ha de considerarse por todos como algo sagrado, ya que desde su mismo origen exige la acción creadora de Dios". También en la encíclica "Pacem in Terris" indica que, entre los derechos, el derecho humano "a la existencia" está correlacionado "al deber de conservarla".

Pablo VI, en 1974, relacionó el final de la vida con las cuestiones raciales, dirigiéndose al Comité Especial de las Naciones Unidas para el Apartheid, subrayando la igualdad de todos los seres humanos y la necesidad de proteger los derechos de las minorías, así como los derechos “de los enfermos incurables y de todos aquellos que viven marginados en la sociedad o que no tienen voz”.

En su encíclica “Evangelium Vitae” de 1995, Juan Pablo II señala que la eutanasia, "encubierta y subrepticia, practicada abiertamente o incluso legalizada", está cada vez más extendida. "Por una presunta piedad ante el dolor del paciente, es justificada a veces por razones utilitarias, de cara a evitar gastos innecesarios demasiado costosos para la sociedad. Se propone así la eliminación de los recién nacidos malformados, de los minusválidos graves,

de los impedidos, de los ancianos, sobre todo si no son autosuficientes, y de los enfermos terminales". A su vez el Pontífice polaco subrayó que "es cada vez más fuerte la tentación de la eutanasia, esto es, adueñarse de la muerte, procurándola de modo anticipado y poniendo así fin 'dulcemente' a la propia vida o a la de otros". "En realidad, lo que podría parecer lógico y humano, al considerarlo en profundidad se presenta absurdo e inhumano. Estamos aquí ante uno de los síntomas más alarmantes de la 'cultura de la muerte'".

Benedicto XVI en 2007 partió de las siguientes preguntas "¿Tiene aún sentido la existencia de un ser humano que se encuentra en condiciones muy precarias, por ser anciano y estar enfermo? ¿Por qué seguir defendiendo la vida cuando el desafío de la enfermedad se vuelve dramático, sin aceptar más bien la eutanasia como una liberación?". Con estas preguntas, explicaba, "debe confrontarse quien está llamado a acompañar a los ancianos enfermos, especialmente cuando parece que no tienen ninguna posibilidad de curación". "La actual mentalidad eficientista a menudo tiende a marginar a estos hermanos y hermanas nuestros que sufren, como si sólo fueran una "carga" y un "problema" para la sociedad. Al contrario, quien tiene el sentido de la dignidad humana sabe que se les ha de respetar y sostener mientras afrontan serias dificultades relacionadas con su estado. Más aún, es justo que se recurra también, cuando sea necesario, a la utilización de cuidados paliativos que, aunque no pueden curar, permiten aliviar los dolores que derivan de la enfermedad". "Sin embargo, junto a los cuidados clínicos indispensables es preciso mostrar siempre una capacidad concreta de amar, porque los enfermos necesitan comprensión, consuelo, aliento y acompañamiento constante".

La oficina doctrinal del Vaticano publicó en septiembre de 2020 un documento de 17 páginas que se llama "El buen samaritano". Donde reafirma las prohibiciones de la Iglesia católica sobre la eutanasia y el suicidio asistido. Esto llega mientras algunos países tradicionalmente católicos están considerando legalizarlos. La eutanasia es un "crimen contra la vida humana" y un "acto intrínsecamente maligno en toda situación y circunstancia". También dice que los que aprueban leyes a favor de la eutanasia y el suicidio asistido son "cómplices de un pecado grave que otros ejecutarán".

"El Buen Samaritano" anima a los trabajadores de la salud y las familias a acompañar a un paciente terminal en su sufrimiento y culpa a una cultura que valora la "autonomía e individualismo" sobre la comunidad por permitir y ayudar a los pacientes terminales a terminar con sus vidas.

Considera que Participar en la eutanasia, es tomar el lugar de Dios al decidir el momento de la muerte.

Por su parte, se han pronunciado de igual manera las diferentes autoridades de la iglesia en los diferentes países, como es el caso de La Comisión Episcopal para la Vida, los Laicos y la Familia Conferencia Episcopal Argentina (CEA) publicó una reflexión ante el anuncio de distintos proyectos de ley de eutanasia promovidos en ambas Cámaras del Congreso de la Nación Argentina, al decir que “Aun en los casos de enfermedades que no tienen cura, todos los enfermos deben ser cuidados y acompañados para que sea respetada su vida hasta la muerte natural. No somos los dueños de la vida y por eso nos ponemos a su servicio”. Además, recuerda una de las enseñanzas del Papa Francisco sobre este tema: “La eutanasia y el suicidio asistido son una derrota para todos. La respuesta a la que estamos llamados es a no abandonar nunca a los que sufren, a no rendirse nunca, sino cuidar y amar para dar esperanza”.

A pesar de condenar la eutanasia promueven los cuidados paliativos, que ayudan a vivir la enfermedad grave sin dolor y al acompañamiento integral, por tanto, también espiritual, a los enfermos y a sus familias. Este cuidado integral alivia el dolor, consuela y ofrece la esperanza que surge de la fe y da sentido a toda la vida humana, incluso en el sufrimiento y la vulnerabilidad. Considera que no sería prudente imponer como norma general un comportamiento heroico determinado. Al contrario, la prudencia humana y cristiana sugiere para la mayor parte de los enfermos el uso de las medicinas que sean adecuadas para aliviar o suprimir el dolor. Condena el encarnizamiento terapéutico, reafirma la legitimidad de no recurrir a terapias extraordinarias o desproporcionadas que podrían prolongar la vida del enfermo, pero a costa de sufrimiento y pocas probabilidades de recuperación de la salud. Se considera muy importante, hoy en día, proteger en el momento de la muerte, la dignidad de la persona humana y la concepción cristiana de la vida contra un tecnicismo que corre el riesgo de hacerse abusivo”.

Se manifiesta que es lícito interrumpir la aplicación de los medios desproporcionados, cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos. Ahora bien, surge la pregunta sobre quién debe decidir en estos casos, se citan en primer lugar al propio enfermo y a sus familiares, y después al médico.

### **La religión judía**

Enseña que el Supremo Creador, no solo da la vida al hombre, sino que ilumina su acción cotidiana con los imperativos morales contenidos en la Revelación del Sinaí. La

vida, la terrenal y la eterna, constituye un valor primordial para el judaísmo. La vida terrenal se considera solo un pasaje entre la eternidad que la precede y la eternidad que la sigue, por ello es imperativo prolongar al máximo la vida, consecuentemente, existe una oposición incondicional tanto hacia la eutanasia como hacia el aborto. Según la ley judía o Halajá, “sólo Dios da y quita la vida”.

El médico se encuentra obligado a hacer lo posible para velar por la salud del paciente, incluso a pesar de la voluntad del enfermo, ya que existe la prohibición de entregar voluntariamente la vida. De ello surge con claridad que la eutanasia, sea esta pasiva o activa, es un acto que el médico judío debe evitar completamente, puesto que sólo Dios puede dictaminar cuándo una vida debe terminar.

Ningún paciente puede disponer total o parcialmente de su cuerpo, aun encontrándose consciente el paciente no puede opinar acerca de los métodos o tratamientos a utilizar, debido a que se considera que no es capaz de juzgar razonablemente su elección.

Aquella persona que incumple con esta prohibición de intervenir en una vida, se va a considerar como asesino y si es el mismo paciente quien lo efectúa se lo considera un suicida.

El Rabino Shai Frondich dice al respecto:

*“Esto es algo muy moderno, debido al avance de la medicina. Cuando una persona está conectada a una máquina y tiene vida artificial, es cuando nos preguntamos: “¿Hasta dónde debemos llegar?” Los doctores nos dicen que no va a salir de esta situación y además está sufriendo. La Torá nos obliga a salvar la vida incondicionalmente. Salvamos la vida, pero sabemos que la persona está viviendo de forma artificial”.*

*“La Torá y la ética nos llevan a pensar en la situación por la que el paciente y sus allegados están atravesando. En las Escrituras, se dice: “No hay que alargar la vida más de lo que es”. Se refiere a que, si una persona ya no puede respirar por sí misma, no hay que volverla a conectar. Cuando hay muerte cerebral, se presenta el dilema: ¿se puede alargar la vida o hay que desconectar al paciente? En esta situación, una persona puede salvar a otras y es cuando se habla de trasplante de órganos, el cual, en el mundo ortodoxo moderno, sí se permite”.*

En Israel, el dramático suicidio de un reputado doctor tras acabar supuestamente con la vida de su hija enferma terminal ha reabierto el debate sobre la eutanasia, donde está penada con cárcel y la religión tiene aún un enorme peso. A pesar de ello, se presentó en el año 2014 el primer proyecto sobre la eutanasia activa al que denominaron “muerte

por prescripción médica”. Aun al momento no se a dictado una norma al respecto, pero si se planteó el problema en la sociedad.

A todo esto, cabe destacar que la religión judía tiene una penosa historia acontecida en la segunda guerra mundial, donde la máquina de exterminio alemana mato a un sinnúmero de personas por el solo hecho de ser judías y no pertenecer a la raza aria. Este hecho se encuentra muy apegado al pueblo judío aun al día de hoy, por ello es importante para comprender la gran valoración del judaísmo a la vida y la alta protección que se le otorga.

Por mucho tiempo posterior al fin de la guerra y a que se hicieran de público conocimiento las atrocidades cometidas por los nazis, las personas rechazaron la eutanasia considerándola como una forma de asesinato. Esto sumado al gran valor dado a la vida por la torá y la propia indisponibilidad que a la persona impone, siembran la idea tan centrada en contra de la eutanasia.

## **El islam**

Los musulmanes están en contra de la eutanasia. Ellos creen que la vida de todos los humanos es sagrada porque es dada por Dios, que solo él elige cuánto tiempo vive cada persona. Los seres humanos no deberían interferir en esto. Está prohibido que un musulmán planee o llegue a saber, por adelantado y por voluntad propia, el momento de su muerte.

Así lo establece el Corán “Por esta razón, prescribimos a los Hijos de Israel que quien matara a una persona que no hubiera matado a nadie ni corrompido la tierra, fuera como si hubiera atado a toda la Humanidad” (Corán:5;32).

El islam prohíbe y penaliza tanto la eutanasia activa como pasiva, así como el suicidio asistido. Aunque el uso de mórficos y otros tratamientos utilizados en el final de vida para paliar el dolor pueden acelerar el proceso de muerte, estas acciones no son penalizadas, ya que son juzgadas por su intención, el profesional no quiere matar sino paliar el sufrimiento, una actitud considerada virtuosa en las enseñanzas islámicas.

## El hinduismo

Hay dos puntos de vista sobre la eutanasia. Al ayudar a poner fin a una vida dolorosa, una persona realiza una buena acción y cumple con sus obligaciones morales. Pero, por otro lado, al ayudar a poner fin a una vida, incluso si está llena de sufrimiento, una persona está perturbando el momento del ciclo de muerte y renacimiento. Esto es algo malo de hacer y aquellos involucrados en la eutanasia tomarán el karma restante del paciente.

Por lo tanto, según el médico Agarwal del hospital Sir Ganga Ram en Nueva Delhi dice “los enfermos y sus familias aceptan la enfermedad, incluso si es incurable, porque incita a comprender que la muerte es inevitable y que no es un desastre”

Está claramente establecido en los Vedas que el hombre solo tiene dos amigos dignos de confianza en la vida, el primero se llama *vidya* (conocimiento) y el segundo se llama *mrityu* (muerte). Lo primero es algo que es beneficioso y un requisito en la vida, el último es algo inevitable a veces incluso inesperado. No es la eutanasia lo que es el acto de pecar, sino el apego a lo mundano que causa que la eutanasia sea vista como un acto de pecado.

Por su parte, la India permite la eutanasia pasiva, como lo sugirió el Tribunal Supremo de la India después del caso de “Aruna Shanbaug”: “la eutanasia activa es ilegal, la eutanasia pasiva está permitida; pero esta última debe ser llevada a cabo bajo la supervisión de la Alta Corte”. La eutanasia activa está prohibida porque viola las reglas del karma: matar, de cualquier forma, que sea, causa un mal karma para el asesino.

## El protestantismo

Las opiniones varían ampliamente en su enfoque sobre la eutanasia y la muerte asistida por un médico. Desde la década de 1970, las Iglesias evangélicas han trabajado con la Iglesia católica en un enfoque sobre la santidad de la vida, aunque algunos evangélicos pueden estar adoptando una posición con menos excepciones. Como la muerte asistida por un médico ha obtenido mayor apoyo legal, algunas denominaciones protestantes liberales han ofrecido argumentos religiosos y apoyo a ciertas formas de eutanasia. Sin embargo, sus protestas son más débiles que las católicas.

Muchas Iglesias protestantes de los Estados Unidos de América toman una postura en contra de la eutanasia. Entre ellas, la Iglesia Episcopal aprobó una resolución en 1991

oponiéndose a la eutanasia y al suicidio asistido, afirmando que es “moralmente incorrecto e inaceptable tomar una vida humana para aliviar el sufrimiento causado por enfermedades incurables”.

## Capítulo 4

### La eutanasia y la medicina

Ante esta situación nos encontramos con argumentos en contra de la participación del médico en la muerte médica asistida. La Asociación Médica Mundial (AMM) condena la participación de médicos en estas acciones, por considerarlas contrarias a los objetivos de la medicina. Se ha manifestado en diferentes oportunidades, entre ellas se dictó la resolución sobre la eutanasia por la 53ª Asamblea General de la AMM, Washington DC, EE.UU., en octubre de 2002 y reafirmada con una revisión menor por la 194ª Sesión del Consejo, Bali, Indonesia, en abril de 2013. La misma fue cancelada y archivada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, en octubre de 2019.

Este documento ha sido reemplazado por la “Declaración de la AMM sobre la Eutanasia y el Suicidio con Ayuda Médica” (2019) que se volvió a redactar completamente. En este nuevo documento la AMM reitera su fuerte compromiso con los principios de la ética médica y con que se debe mantener el máximo respeto por la vida humana. Por lo tanto, la AMM se opone firmemente a la eutanasia y al suicidio con ayuda médica.

Para fines de esta declaración, la eutanasia se define como el médico que administra deliberadamente una sustancia letal o que realiza una intervención para causar la muerte de un paciente con capacidad de decisión por petición voluntaria de éste. El suicidio con ayuda médica se refiere a los casos en que, por petición voluntaria de un paciente con capacidad de decisión, el médico permite deliberadamente que un paciente ponga fin a su vida al prescribir o proporcionar sustancias médicas cuya finalidad es causar la muerte.

A su vez en la misma establece que ningún médico debe ser obligado a participar en eutanasia o suicidio con ayuda médica, ni tampoco debe ser obligado a derivar un paciente con este objetivo. Por separado establece que, el médico que respeta el derecho básico del paciente a rechazar el tratamiento médico no actúa de manera contraria a la ética al renunciar o retener la atención no deseada, incluso si el respeto de dicho deseo resulta en la muerte del paciente.

Esta negativa a la participación de médicos en la muerte médica asistida (MMA) es compartida por numerosas asociaciones médicas, entre las cuales se encuentra el COLMED, cuyo Código de Ética en el Art. 9º señala: *“El médico no podrá realizar acciones cuyo objetivo directo sea poner fin a la vida de un paciente bajo consideración alguna”*.

Por su parte el código adoptado por la 3ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, de Londres-Inglaterra, en octubre de 1949 y enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial, de Sydney Australia, en agosto de 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, de Italia, en octubre de 1983 y la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, de Pilanesberg, Sudáfrica, en octubre de 2006, establece dentro de los deberes de los médicos hacia los pacientes:

[...] *“EL MÉDICO DEBE, recordar siempre la obligación de respetar la vida humana”* [...]

Asimismo, quienes se oponen a la participación del médico en estas prácticas, aluden a que estas acciones no se encuentran comprendidas entre los “fines de la medicina”, que, si bien contemplan el alivio del dolor y del sufrimiento causados por la enfermedad e idealmente que ocurra una muerte en paz, no implican el deber del médico de ocasionar la muerte de un paciente que lo solicite, sino más bien proveer los cuidados necesarios para alcanzar los fines señalados. De no ser así, se cree que esto podría erosionar la relación de confianza que debe existir entre el paciente y su médico, al asumir este el doble propósito de proveer salud y, excepcionalmente, de ocasionar la muerte.

Para otros detractores liberales, la participación del médico en estas prácticas no sería más que una expresión de la corriente medicalizadora de la vida y de la muerte, que, al introducir la participación del médico en todo, limita el dominio de los individuos sobre su propio cuerpo, transformando a la profesión médica en censora de la voluntad del individuo sobre estas materias.

Un tema menos abordado se refiere a la carga emocional que enfrentan los médicos al realizar el procedimiento. Como bien lo ejemplifica un estudio holandés sobre las opiniones de médicos que participan en MMA, *“la persona que ayuda al paciente a morir tiene que seguir adelante con su vida, no el paciente”*. En este sentido, muchos médicos señalan sentirse presionados cuando reciben una solicitud de MMA y les cuesta encarar la carga emocional y la responsabilidad profesional de tener que tomar la decisión de aceptar o no dicha solicitud.

Para comprender esta negativa, es necesario recordar que la labor primordial de los médicos ha sido siempre la de ayudar a los pacientes y aliviar su sufrimiento, por lo que provocarles la muerte suele ser considerado un fracaso de la medicina. Quienes argumentan en contra de la participación del médico en la MMA señalan que el sentimiento de compasión (que es el sentimiento de pena, ternura y de identificación

ante los males que sufre el paciente), nunca puede llegar a ser tan fuerte como para justificar estas acciones. La medicina ha logrado proveer a los pacientes de recursos eficaces para mitigar su sufrimiento que, sumados al desarrollo de los cuidados paliativos, permiten un abordaje integral del paciente y de su situación vital, sin perder de vista que existen aspectos personales, familiares, sociales o de orden espiritual, que van más allá de la responsabilidad del médico. Concordante con este pensamiento, si el médico participara acelerando la muerte de sus pacientes, actuaría solamente como un ejecutor de una muerte provocada por una sociedad incapaz de proporcionarles ayuda y alivio verdaderos.

Contrapuesto a ello, nos encontramos con un cambio de opinión por parte de ciertas agrupaciones médicas o médicos. La razón fundamental detrás de esta tendencia en la sociedad occidental es el reconocimiento de la autonomía de los individuos como un valor en sí mismo. Según defensores de la eutanasia, esta cumpliría un rol benéfico en aquellos casos en que el sufrimiento ocasionado por la enfermedad se torna intolerable, incluso contando con acceso a los mejores cuidados paliativos.

Para los defensores de la intervención médica para el buen morir se encuentra en consonancia con los principios éticos utilizados en la medicina, los cuales son la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Los principios éticos más utilizados en la medicina son proporcionados por la Teoría de los Principios, también conocida como Principialismo. Este sistema ético es el más utilizado en la bioética en general por ser compatible con la mayoría de los sistemas de valores que hay en el mundo, ya sean religiosos, éticos o culturales. La teoría de los principios tuvo su inicio en el libro Principios de Ética Biomédica de los filósofos Tom L. Beauchamp y James Childress y se basa en cuatro principios:

Autonomía: Este principio nos pide ver a los individuos como agentes con la capacidad de tomar sus propias decisiones cuando cuenten con la información necesaria sobre los procedimientos a los que se les va a someter, su propósito, y sus posibles riesgos y beneficios, así como las alternativas que tienen. Así mismo, es importante que tengan presente que pueden hacer cualquier pregunta sobre los procedimientos y que pueden abandonarlos en cualquier momento. A partir de este principio se deriva la práctica del consentimiento informado. En caso de que el paciente no sea competente, las decisiones las debe tomar el representante legal.

Beneficencia: Las investigaciones desarrolladas tienen siempre que tener el propósito de beneficiar a los participantes o a los futuros pacientes.

No Maleficencia: Es importante minimizar los posibles daños a los participantes en las investigaciones o a los pacientes.

Justicia: Se deben de distribuir los bienes y servicios buscando proveer el mejor cuidado de la salud según las necesidades y promover el interés público.

Esta teoría no pretende presentar principios absolutos, sino que pueden entrar en conflicto generando dilemas éticos, uno de ellos lo encontramos al tratar la eutanasia, al considerar si prima o no el principio de autonomía del paciente al momento de decidir sobre su continuidad de la vida. Aquellos en favor de la eutanasia considerar como pilar de los principios y del comportamiento médico, la autonomía.

Para algunos filósofos morales, no existiría diferencia ética entre matar a un paciente que lo solicita o dejarlo morir luego de adecuar los esfuerzos terapéuticos. Esto último es hoy aceptado por la praxis médica, puesto que se reconoce la necesidad de suspender tratamientos considerados como poco útiles o desproporcionados, aun cuando de esta suspensión se siga la muerte del paciente.

Cabe mencionar que en aquellos países donde es legal la MMA, se han establecido criterios específicos y una serie de procedimientos para garantizar una buena práctica, esto implica un control sobre su aplicación, para así permitir que solo aquel que lo considera necesario y que cuente con los requisitos establecidos legalmente, pueda de forma segura acceder a una muerte digna.

Son los médicos los que verificar que se cumplan los requisitos legales y también quienes integran las comisiones que revisan el cumplimiento de dicha normativa. En estos casos, aunque el profesional médico no participa directamente en el procedimiento, contribuye a que puedan realizarse según lo dispuesto por la legislación, a su vez las sustancias que se administran o prescriben deben asegurar que la muerte se produzca de una manera adecuada, sin ocasionar dolor ni otros síntomas, siendo el médico quien puede enfrentar de manera más competente eventuales complicaciones.

Cabe resaltar que en ninguna legislación que lo admite determina que el médico está obligado a realizar el procedimiento, respetando así su derecho a invocar objeción de conciencia.

## Capítulo 5

### Eutanasia en la legislación internacional

En el marco normativo internacional nos podemos encontrar que en la mayoría de los tratados se encuentra reconocido y protegido el derecho a la vida. Entre los tratados en los que se reconoce nos podemos encontrar:

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) dentro de la parte III, en su artículo 6 establece:

*“El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente”.*

Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) hace mención en su preámbulo diciendo

*[...]“Considerando que el desconocimiento y el menosprecio de los derechos humanos han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad [...] Considerando esencial que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho” [...].*

Por su parte, en su artículo 3 establece:

*“Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”.*

La Convención Americana sobre Derechos Humanos, conocida en nuestro país como Pacto de San José de Costa Rica (1969) hace mención en su artículo 4 inc.1 que dice:

*“Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente”.*

También en el artículo 11 inc. 1 hace mención sobre el respeto a la honra y la dignidad, en el establece:

*“ Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad”.*

La Convención de los derechos del Niño (1990) hace mención dentro de su artículo 6 inc. 1:

*“ Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida” y en su inc.*

*2: “Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño”.*

A su vez se han manifestado al respecto numerosas comisiones e instituciones internacionales, entre algunas de ellas nos encontramos con:

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2006)

Invita a los estados a adoptar políticas y legislaciones en materia de salud y bioética, considerando que los rápidos adelantos de la ciencia y la tecnología, afectan cada vez más a nuestra concepción de la vida y a la vida propiamente dicha, y han traído consigo una fuerte demanda para que se dé una respuesta universal a los problemas éticos que plantean esos adelantos y los mismos deben examinarse teniendo en cuenta no sólo el respeto debido a la dignidad de la persona humana, sino también el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales. A raíz de ello establece que es necesario y conveniente que la comunidad internacional establezca principios universales que sirvan de fundamento para una respuesta de la humanidad a los dilemas y controversias cada vez numerosos que la ciencia y la tecnología plantean a la especie humana y al medio ambiente.

En su artículo 2 inc. C, establece como uno de sus objetivos:

*“promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos.”*

Posteriormente habla sobre los principios a seguir para tomar decisiones y llevarlas a la práctica entre ellos nos encontramos en su artículo 3 que:

*“Inc.1.Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.*

*Inc.2.Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.”*

También aparece como principios la autonomía y responsabilidad individual mencionada en el artículo 5 y el consentimiento en el artículo 6:

Artículo 5:

*“Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.”*

Artículo 6 inc.1:

*“Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.”*

El Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales fue dictado por los miembros del Consejo de Europa, Considerando la Declaración Universal de Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En su artículo 1 da reconocimiento a los derechos humanos y posteriormente en el “título I” establece derechos y libertades, entre ellos nos encontramos con el derecho a la vida, la prohibición de la tortura, la esclavitud y el trabajo forzado, el derecho a la libertad y seguridad, la libertad de pensamiento, el respeto a la vida privada y familiar entre otros.

Artículo 2 inc.1 (derecho a la vida):

*“El derecho de toda persona a la vida está protegido por la Ley. Nadie podrá ser privado de su vida intencionadamente, salvo en ejecución de una condena que imponga pena capital dictada por un tribunal al reo de un delito para el que la ley establece esa pena.”*

Por otra parte, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa a dictados diversas recomendaciones a los estados miembros en relación a la protección de los enfermos en estado terminal, abordando los cuidados paliativos y la asistencia médica, en pos de su vocación de proteger la dignidad de todos los seres humanos y los derechos que nacen en ella.

## Capítulo 6

### La eutanasia en Argentina

En nuestro país el tema nunca fue tratado directamente por la norma y sólo encontramos una normativa que habla en relación a lo que denominamos muerte digna, que sería una forma de eutanasia pasiva.

En la ley 26.529 sobre “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud” en sus orígenes no contenía nada sobre la muerte digna hasta su actualización por la ley 26.742 donde se modifica el inciso e) del Artículo 2 de dicha ley. Por primera vez, tras la actualización del año 2012 se encuentra en nuestra normativa la muerte digna.

Dicha norma establece que:

*“Artículo 2° inc. e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.*

*Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.*

*En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.*

*En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente.”*

Se puede observar cómo tras la actualización se le da la posibilidad al paciente del rechazo de determinados procedimientos o terapias que provocan el prolongamiento de

su vida. Para esto la normativa impone ciertos requisitos: el paciente debe presentar una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación; se lo debe informar fehacientemente para que luego manifieste su voluntad, en ella puede rechazar procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital como también podrá rechazar la hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

Que se rechace un tratamiento no implica que se interrumpan las medidas tendientes a controlar y aliviar el sufrimiento del paciente.

### La eutanasia en el ojo público

Si bien en cuanto hablamos de legislación la misma inicio en 2012 el tema tomó importancia en los medios de comunicación por primera vez en el año 1995. Se trato del caso de Ángel Parodi, un paciente diabético que se negaba a la amputación de su miembro inferior izquierdo. Para resolver sobre su negativa se acude a la justicia donde se da intervención al Juzgado en lo Criminal y Correccional N° 3 de Mar del Plata, a cargo del Dr. Pedro Hooft. Tras la entrevista con el paciente el juez determinó el derecho de ese paciente a negarse a un tratamiento considerado conveniente o necesario para el equipo de salud. El Dr. Hooft falló decidiendo a favor del respeto de la decisión autónoma del paciente. El paciente fallece posteriormente a la sentencia.

Posteriormente se da el caso de Camila Sánchez. La niña había nacido en un parto complicado, donde a la madre le rompieron la bolsa y la nena nació muerta. Los médicos lograron reanimar a la beba y el corazón de la niña volvió a latir, pero por el daño sufrido entró en un estado vegetativo permanente. Sus padres lucharon para que se sancione una ley que garantice a los enfermos terminales su derecho a rechazar terapias que prolonguen su agonía y finalmente lograron y tras la actualización de la ley 26.529 se logró desconectar a Camila después de 3 años.

Finalmente, otro de los casos resonantes que junto con el anterior llevaron a la sanción de la ley 26.742 es el de Melina Gonzales quien a sus 19 años pesaba tan solo 18Kg y permanecía postrada en una cama del Hospital Garrahan, la misma padecía una neurofibromatosis del sistema nervioso y había sido operada de un tumor cerebral maligno. Por parte del hospital rechazaban que sea sometida a una sedación profunda hasta que sobrevenga la muerte. La joven termina falleciendo en el año 2011 y días

antes del deceso el Comité de Bioética del Hospital Garrahan había accedido al pedido de la chica y la sedó profundamente hasta esperar el final.

Estos casos fueron los que dieron a conocer la problemática sobre la muerte digna en Argentina y los que lograron que en el año 2012 se actualizara la ley 26.529. Actualmente nuestra legislación aun sin incorporar ni considerar la eutanasia contempla la muerte digna y la posibilidad de los pacientes de rechazar tratamientos que hagan prolongar su vida y por lo tanto su agonía.

Posteriormente a la actualización del lay 26.529 se presentó el caso de Marcelo Diez (M.A.D.) en 2015. El joven se encontraba en estado vegetativo desde el 23 de octubre del 1994 cuando fue embestido por un auto mientras manejaba rumbo a su chacra de Plottier. El grave accidente le provocó una secuela con desconexión del cerebro, destrucción del lóbulo frontal y severas lesiones en los lóbulos temporales y occipitales.

Desde hace más de 20 años no habla, no muestra respuestas gestuales o verbales, no vocaliza ni gesticula ante estímulos verbales y tampoco responde ante estímulos visuales. Carece de conciencia del medio que lo rodea, de capacidad de elaborar una comunicación, comprensión o expresión a través de lenguaje alguno y no presenta evidencia de actividad cognitiva residual. Dado su estado, necesita atención permanente para satisfacer sus necesidades básicas y es alimentado por una sonda conectada a su intestino delgado.

La particularidad que presenta este caso es que el paciente no había brindado ninguna instrucción formalizada por escrito respecto a qué conducta médica debía adoptarse en una situación como la que se encuentra en la actualidad, cabe resaltar que al momento del accidente no se había dictado aún la Ley de Derechos del Paciente (26.529) que autoriza a las personas a disponer mediante instrumento público sobre su salud dando directivas anticipadas. Sin embargo, él les había manifestado a sus hermanas que, en la eventualidad de hallarse en el futuro en esta clase de estado irreversible, no era su deseo que se prolongara artificialmente su vida. En consecuencia, basándose en esta manifestación de voluntad de M.A.D., sus hermanas solicitaron la suspensión de las medidas de soporte vital que se le vienen suministrando desde hace dos décadas.

Debido a la trascendencia de la decisión que debía adoptarse y para obtener una mayor certeza científica, la Corte Suprema ordenó al Cuerpo Médico Forense y al Instituto de Neurociencias de la Fundación Favaloro la realización de nuevos estudios médicos al

paciente para complementar y actualizar los que ya se habían realizado en la causa. Estos estudios confirmaron el carácter irreversible e incurable de su situación, sin aportar elementos científicos que permitan suponer que tenga posibilidades de recuperarse de su actual estado.

La Corte Suprema, confirma la decisión del Tribunal Superior de Justicia de la Provincia del Neuquén. En el fallo, la Corte Suprema consideró que la Ley de Derechos del Paciente contempla la situación de quienes, como M.A.D., se encuentran imposibilitados de expresar su consentimiento informado y autoriza a sus familiares a dar testimonio de la voluntad del paciente respecto de los tratamientos médicos que éste quiere o no recibir. En razón de ello, resolvió que debía admitirse la petición planteada en la causa a fin de garantizar la autodeterminación de M.A.D. Por otra parte, la Corte aclaró que no se estaba en presencia de un caso de eutanasia. Enfatizó la importancia de respetar exclusivamente la voluntad del paciente, por fuera de otra consideración, en lo que hace al final de su vida, subrayando que el legislador no ha exigido que el ejercicio del derecho a aceptar o rechazar las prácticas médicas quede supeditado a una autorización judicial previa y, por tal razón, no debe exigírsela para convalidar las decisiones tomadas por los pacientes en la medida en que estas se ajusten a los requisitos establecidos en la ley que regula esta temática, no existan controversias respecto de cuál es la voluntad del paciente y se satisfagan las garantías y resguardos previstos en las leyes que protegen a los menores de edad y a las personas con discapacidades físicas o psíquicas. Por último, remarcó que, como regla, deben evitarse judicializaciones innecesarias de decisiones relativas al cese de prácticas médicas, para ello formuló precisiones acerca de cómo deberán tratarse, en el futuro, situaciones en las que se pretenda hacer efectivo el derecho a la autodeterminación en materia de tratamientos médicos.

### **Legislación vigente y aplicable**

Ley 26.529 sobre “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud” (actualizada por ley 26.742)

La Ley 26.529 sobre “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud” fue sancionada en octubre de 2009 y promulgada en noviembre de 2009, regula los derechos esenciales del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud, consagra un trato digno y respetuoso, protege la

intimidad, confidencialidad y la autonomía de la voluntad, también deberes sobre la información sanitaria y la documentación clínica para tener la posibilidad de realizar una consulta médica.

En septiembre de 2011, la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados convoca a audiencia pública donde se convoca a profesionales médicos, psicólogos, especialistas en bioética y a familiares de pacientes. Al transcurso de un año se logró presentar un proyecto que modificaba la Ley 26.529 de Derechos de los Pacientes, que fue elevado a votación y en mayo de 2012 la ley 26.742 fue aprobada con 54 votos a favor y ninguno en contra.

La norma consta de ocho artículos, de los cuales modifica seis artículos e incorpora el artículo 11bis a la Ley de Derechos del Paciente. Se modifica el inciso e) del Artículo 2 de dicha ley, por primera vez se encuentra en nuestra normativa la muerte digna. Únicamente contempla lo que se considera como eutanasia pasiva, es decir, no implica un accionar activo por parte del médico sino una abstención del hacer médico.

La normativa impone ciertos requisitos: el paciente debe presentar una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, a su vez, debe ser correctamente informado sobre su situación para así poder establecer su voluntad de negarse a ciertos procedimientos o tratamientos médicos preventivos o paliativos que prolonguen su vida, sin necesidad de dar razón alguna.

Mas allá de las importantes modificaciones continúan siendo practicas reprimidas por la normativa nacional la eutanasia activa y el suicidio asistido.

### Código Civil y Comercial

En el Código Civil y Comercial sancionado en 2015 dentro del Libro Primero, que trata la Parte General en su Título I habla sobre Persona Humana y su Capítulo 1 establece en el Artículo 19 el comienzo de la existencia, dice:

*“La existencia de la persona humana comienza con la concepción.”*

En el Capítulo 3 habla de los Derechos y Actos Personalísimos y contiene diferentes artículos importantes para la materia:

En el artículo 51 habla sobre la inviolabilidad de la persona humana, dice:

*“La persona humana es inviolable y en cualquier circunstancia tiene derecho al reconocimiento y respeto de su dignidad.”*

En el artículo 52 habla sobre las afectaciones a la dignidad, donde contempla la posibilidad de reclamar ante lesiones, dice:

*“La persona humana lesionada en su intimidad personal o familiar, honra o reputación, imagen o identidad, o que de cualquier modo resulte menoscabada en su dignidad personal, puede reclamar la prevención y reparación de los daños sufridos.” [...].*

En el artículo 55 habla sobre la disposición de derechos personalísimos, donde es admitido de no ser contrario a la ley y las buenas costumbres, también establece que el consentimiento no es presumible y puede ser libremente revocado, dice:

*“El consentimiento para la disposición de los derechos personalísimos es admitido si no es contrario a la ley, la moral o las buenas costumbres. Este consentimiento no se presume, es de interpretación restrictiva, y libremente revocable.”*

En el artículo 59 habla sobre el consentimiento informado para actos médicos e investigaciones de salud, dice:

*“El consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud es la declaración de voluntad expresada por el paciente, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada, respecto a:*

*a) su estado de salud.*

*b) el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos.*

*c) los beneficios esperados del procedimiento.*

*d) los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles.*

*e) la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto.*

*f) las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.*

*g) en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, el derecho a rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro*

*de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación a las perspectivas de mejoría, o produzcan sufrimiento desmesurado, o tengan por único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable.*

*h) el derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.”*

Contempla casos de personas con discapacidad y establece la necesidad del consentimiento para el sometimiento a exámenes o tratamientos clínicos y quirúrgicos, dice:

*“Ninguna persona con discapacidad puede ser sometida a investigaciones en salud sin su consentimiento libre e informado, para lo cual se le debe garantizar el acceso a los apoyos que necesite.*

*Nadie puede ser sometido a exámenes o tratamientos clínicos o quirúrgicos sin su consentimiento libre e informado, excepto disposición legal en contrario.”*

En su última parte contempla casos donde la persona esta imposibilitada para expresar su voluntad y no lo hizo previamente, dice:

*“Si la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad al tiempo de la atención médica y no la ha expresado anticipadamente, el consentimiento puede ser otorgado por el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o el allegado que acompañe al paciente, siempre que medie situación de emergencia con riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida o su salud. En ausencia de todos ellos, el médico puede prescindir del consentimiento si su actuación es urgente y tiene por objeto evitar un mal grave al paciente.”*

En el artículo 60 habla sobre las directivas medicas anticipadas, las permite y posibilita designar una persona para manifestarlo, a su vez, considera por no escrita la directiva que implique practicas eutanásicas, dice:

*“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. Las directivas que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas se tienen por no escritas.”*

En el Capítulo 8 habla sobre el fin de la existencia de la persona y dice:

En el artículo 93 establece el principio general:

*“La existencia de la persona humana termina por su muerte.”*

En el artículo 94 habla sobre la comprobación de la muerte:

*“La comprobación de la muerte queda sujeta a los estándares médicos aceptados, aplicándose la legislación especial en el caso de ablación de órganos del cadáver.”*

### Código penal

La aceptación de la eutanasia pasiva no implica la legalización de la eutanasia activa ni el suicidio asistido, esto se sigue considerando como matar a una persona o facilitar y ayudar a una persona a que lo haga, estas acciones se encuentran tipificadas en el Código Penal argentino en su Libro Segundo, sobre los delitos, en el Título 1 que trata los delitos contra las personas, contempla el caso de que una persona mate a otra y se establecen situaciones agravantes y atenuantes.

En el artículo 79 se establece la figura conocida como el homicidio simple, la misma es una figura residual prevista para aquellos casos donde no son contemplados específicamente por otro artículo, se caracteriza por la intencionalidad del autor, dice:

*“Se aplicará reclusión o prisión de ocho a veinticinco años, al que matare a otro siempre que en este código no se estableciere otra pena.”*

En el artículo 80 se establece la figura conocida como homicidio agravado, donde contempla ciertas situaciones en donde la pena que se impone es mayor, la misma es de reclusión o prisión perpetua.

En el artículo 83 penaliza la ayuda e instigación al suicidio, aun, aunque el acto no se allá consumado, dice:

*“Será reprimido con prisión de uno a cuatro años, el que instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si el suicidio se hubiese tentado o consumado.”*

En el artículo 84 se establece la figura conocida como homicidio culposo, que se caracteriza por carecer de intencionalidad, dice:

*“Será reprimido con prisión de uno (1) a cinco (5) años e inhabilitación especial, en su caso, por cinco (5) a diez (10) años el que, por imprudencia, negligencia, impericia en su arte o profesión o inobservancia de los reglamentos o de los deberes a su cargo causare a otro la muerte.”*

El mínimo de la pena se elevará a dos (2) años si fueren más de una las víctimas fatales.”

### **Proyectos de ley actuales**

Entre noviembre y diciembre de 2021, ingresaron en el Congreso argentino, tres proyectos de ley que buscan aprobar la provocación de la muerte de un paciente cuando es su propio deseo. Se plantea la despenalización de la práctica y su regulación para dotarla de legalidad, el primer proyecto en ser presentado fue denominado “Ley de Buena Muerte” que lleva la firma de los diputados radicales Alfredo Cornejo, Jimena Latorre y Alejandro Cacace. Luego, ingresó el documento impulsado por Julio Cobos y Pamela Versay, llamado “Interrupción voluntaria de la vida” y finalmente, se presentó el proyecto de ley de “Derecho a la Prestación de Ayuda para Morir Dignamente”, conocido como “Ley Alfonso”, que es promovido por Gabriela Estévez, Mara Brawer, Carla Carrizo, Carolina Gaillard, Mónica Macha, Cecilia Moreau, Florencia Lampreabe y Jimena López.

#### “Ley de Buena Muerte”

Esta ley tiene por objeto regular el derecho de toda persona a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento formal, las garantías y los derechos a observar y los deberes del personal médico y del servicio de salud. Será aplicada en todo el territorio de la República Argentina, como autoridad de aplicación se determina a el Ministerio de Salud de la Nación y los respectivos ministerios provinciales a cargo del servicio de salud.

Aquella persona que sufra una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, siempre que encuadre dentro de los términos establecidas por la ley tendrá derecho a solicitar y recibir ayuda para morir, a requerir y acceder a la atención de la ayuda para morir y a los servicios de salud, al acceso de toda la información necesaria para recibir ayuda para morir.

ARTICULO 2°. Derechos.

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

*a) solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir;*

*b) requerir y acceder a la atención de la prestación de ayuda para morir, en los servicios del sistema de salud;*

*c) acceder a toda la información necesaria para recibir la ayuda para morir.”*

Para poder solicitar la prestación de ayuda para morir se deben cumplir ciertos requisitos, debe sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, a su vez la norma establece que se va a considerar como tal para el efecto de la ley y dice:

Artículo 4 inc. a:

*...” 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.”*

También pone como requisito ser ciudadano argentino, mayor de edad, plenamente capaz al momento de presentar la solicitud. Se deben formular dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, en documento fechado y firmado, o por otro medio que permita dejar constancia fehaciente, se deben realizar con una separación de al menos quince días corridos entre ambas. El médico del paciente puede determinar la reducción del plazo por circunstancias clínicas que lo amerite, si lo hace debe dejar constancia en la historia clínica. A su vez se debe incorporar a la historia clínica el consentimiento informado del paciente. El medico responsable, antes de prestar la ayuda debe poner en conocimiento del caso a la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación.

No será necesario formular las dos solicitudes y prestar el consentimiento informado 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, la valoración que realice se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, para ello impone una condición:

Artículo 5:

*...” 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 ley contempla el caso de aquellas personas menores de edad, 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. En los casos de personas menores de dieciséis (16) años de edad se rige por el Código Civil y Comercial, la Convención de los Derechos del Niño y otras leyes y resoluciones reglamentarias, de ellas resulta que los menores de entre trece (13) y dieciséis (16) años pueden prestar su consentimiento informado con asistencia de sus progenitores. En el caso de personas con capacidad restringida con sentencia judicial si esa restricción le impide prestar el consentimiento para el ejercicio de los derechos previstos en la presente ley, el consentimiento puede ser otorgado por el representante legal o una persona allegada que acompañe al paciente en casos de emergencia con riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida o su salud, de lo contrario se deberá resolver judicialmente, exceptuando los casos donde 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.

Se le confieren derechos al paciente frente a los profesionales y las instituciones de salud, tendrán derecho a:

- Solicitar toda la información relativa a la prestación de ayuda para morir y a recibir dicha información de modo que otorgue su consentimiento de modo voluntario, libre y genuino.
- Solicitar la prestación de ayuda para morir.
- Acceder al sistema de salud o contar con su asistencia, desde su requerimiento y en las condiciones que se establecen en la presente ley y las leyes concordantes.

El personal de salud debe garantizar ciertas condiciones mínimas y derechos de atención, que son:

- Trato digno: se deben respetar las convicciones personales y morales del paciente.

- Privacidad: se debe observar el respeto por su intimidad, dignidad humana y autonomía de la voluntad.
- Confidencialidad: se deben crear las condiciones para el resguardo de la confidencialidad y el secreto médico durante todo el proceso de atención y también con posterioridad.
- Autonomía de la voluntad: El personal de salud debe respetar las decisiones de los pacientes respecto al ejercicio de sus derechos y las alternativas de tratamiento.
- Acceso a la información: se debe suministrar información sobre los distintos métodos que se pueden utilizar de ayuda para un buen morir, los alcances y consecuencias de la práctica. Dicha información debe ser actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles.

En el capítulo cuatro habla de la prestación de la ayuda para morir, para realizar este procedimiento el paciente presentará la solicitud de ayuda para morir ante la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación según su jurisdicción correspondiente. El presidente de la comisión designará a dos miembros de la misma, uno de ellos será médico y el otro jurista, ellos son los encargados de verificar si concurren los requisitos y condiciones establecidos, los mismos tendrá acceso a la historia clínica y también al paciente solicitante. Deberán expedirse dentro del plazo máximo de cinco días corridos. En caso que no exista acuerdo entre ambos miembros, decidirán en conjunto con el presidente de la comisión, esto deberá ser dentro de los dos días corridos siguientes al pronunciamiento de los miembros asignados al estudio del caso particular.

Si la solicitud es aceptada, se remitirá el informe para que se realice la prestación. En caso que el informe sea negativo el paciente peticionante podrá solicitar la revisión de aquel por la comisión en pleno, la misma deberá expedirse en el plazo de cinco días corridos a contar desde que la solicitud le fuere elevada por el interesado.

Recibida la resolución positiva se debe realizar la prestación con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los médicos, aplicando los protocolos correspondientes. La prestación no podrá ser dilatada más allá de los diez días corridos desde la emisión de la resolución que lo autoriza. En caso de que el paciente se encuentre consciente, deberá comunicar al médico responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación, puede optar por la aplicación por parte del profesional o la auto aplicación, en ambos casos el médico responsable asistirá al paciente hasta el momento de su muerte.

Realizado el procedimiento el médico responsable deberá remitir a la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación de su jurisdicción toda la documentación relativa al procedimiento realizado. Los costos del procedimiento se encuentran cubiertos por los sistemas públicos o privados de salud, los que deberán dar cobertura integral de la práctica.

Los centros sanitarios que lo realicen adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad de las personas solicitantes y la confidencialidad de sus datos personales. Aquellos establecimientos que no cuenten con profesionales para realizar el procedimiento, debido al ejercicio del derecho de objeción de conciencia deberán prever y disponer la derivación a un efector que realice efectivamente la prestación y que la misma sea de similares características al que la persona solicitante consultó. Las gestiones y costos asociados a la derivación y el traslado de la paciente quedarán a cargo de quien realice la derivación.

En su artículo 16 hace mención de la objeción de conciencia, estableciendo que aquel profesional que deba intervenir directamente tiene derecho a ejercerla. La negativa del profesional es una decisión individual y deberá manifestarse anticipadamente y por escrito, deberá:

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

El incumplimiento de estas obligaciones dará lugar a sanciones disciplinarias, administrativas, penales y civiles, según corresponda.

Es importante resaltar 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.

#### “Interrupción voluntaria de la vida”

Esta ley tiene por objeto reconocer el derecho que corresponde a toda persona a solicitar la interrupción de su vida siempre que se cumplan las condiciones establecidas, a su vez regular el procedimiento que ha de seguirse y establecer mecanismos de control y evaluación de los procedimientos y las garantías que han de observarse.

Para este procedimiento se establecen dos modalidades, la que debe realizarse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte del personal de la salud. El procedimiento puede ser efectuado por el profesional médico o por el propio paciente solicitante a raíz del suministro dado por el médico.

En su artículo 3 establece ciertas definiciones, determinando que a efecto de esta ley se van a entender determinados conceptos como la practica eutanásica y la muerte asistida, el concepto de objeción de conciencia, consentimiento informado, medico consultor y medico responsable. A su vez en el mismo artículo define lo que es un padecimiento grave, crónico e imposibilitante y una enfermedad grave e incurable:

Artículo 3 inc. E: 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 con fines curativos han dejado de ser eficaces.”*

Artículo 3 inc. 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.”*

La decisión de realizar esta práctica debe ser autónoma, fundamentada en el conocimiento del paciente sobre su proceso médico, después de haber sido informado adecuadamente por el equipo sanitario responsable. Esto debe constar en la historia clínica del paciente. Únicamente podrá realizar este procedimiento el personal médico.

En su artículo 5 establece los requisitos que deben cumplirse para poder realizar este procedimiento:

*“a) Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, certificada por el médico responsable.*

*b) Tener acceso a información clara y precisa sobre su proceso médico, las alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos.*

*c) Prestar consentimiento informado a la práctica que se incorporará a la historia clínica del paciente. Dicha manifestación de voluntad deberá ser efectuada por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Esta declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.*

*d) Tener nacionalidad argentina o ser residente por un término no menor a doce meses, ser mayor de edad, y capaz al momento de la solicitud. 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 [...].*

*e) Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria, por escrito u otro medio [...].*

*El documento de solicitud deberá estar fechado y firmado por el paciente. 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.”*

El paciente podrá solicitar el aplazamiento o revocar la solicitud sin formalidad alguna y en cualquier tiempo, incluso hasta último momento, en este caso se debe incorporar su decisión a la historia clínica.

En el capítulo III en los artículos 7, 8 y 9 establece el procedimiento a realizar. Recibida la primera solicitud el médico responsable verificará el cumplimiento de los requisitos previstos en el artículo 5º, de no cumplirse con los requisitos la misma será denegada,

la denegación será por escrito y motivada. Contra dicha denegación, el solicitante podrá recurrir ante la Comisión de Garantía y Evaluación en el plazo de quince (15) días.

Verificado el cumplimiento de los requisitos el médico responsable iniciará junto con el paciente solicitante (en un plazo máximo de dos (2) días) un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que le facilita.

Transcurrido el plazo de quince (15) días, el paciente presentará la segunda solicitud al médico responsable, donde se retomará el proceso deliberativo en un plazo máximo de dos (2) días. Durante este proceso el médico responsable atenderá cualquier duda o necesidad de ampliación de información que plantee el paciente respecto a la información proporcionada en la presentación de la primera solicitud. En este proceso deliberativo participará un equipo de apoyo, el que estará conformado por especialistas en psiquiatría y psicología que ayudará a confirmar la madurez del juicio del paciente y su inequívoca voluntad de morir. Finalizado el proceso deliberativo, el médico responsable recabará la decisión del paciente de continuar o desistir con la solicitud de interrupción voluntaria de la vida. Si el paciente manifestara su deseo de continuar, el médico responsable deberá recabar del paciente la firma del documento de consentimiento informado. Cualquiera sea la decisión tomada el médico responsable pondrá este hecho en conocimiento del equipo asistencial y a los familiares o allegados que el paciente solicitare.

Luego de ello el médico responsable deberá someter la solicitud a un médico consultor, quien tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas. El consultor realizará un informe que se incorporará a la historia clínica del paciente, además de comunicarle al médico responsable y el paciente las conclusiones de su informe. En caso de informe desfavorable del médico consultor, el paciente podrá recurrir a la Comisión de Garantía y Evaluación, en un plazo máximo de quince (15) días. De lo contrario, si se confirma la solicitud de interrupción voluntaria de la vida por parte del médico consultor, el médico responsable lo pondrá en inmediato conocimiento del presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación, para que se realice el control previo a la práctica. Para el control se designará a dos miembros de la comisión, un profesional médico y un abogado, los que deberán verificar si concurren los requisitos y condiciones establecidos. Para ello

tendrán acceso a la documentación que obre en la historia clínica y podrán entrevistarse con el profesional médico, el equipo sanitario y con la persona solicitante.

En caso que los dos miembros de la comisión estén de acuerdo, si la decisión es favorable emitirán un informe que servirá de resolución a los efectos de la realización del procedimiento. Si la decisión es desfavorable a la solicitud planteada, quedará abierta la posibilidad de reclama ante la Comisión de Garantía y Evaluación. En caso que no haya acuerdo entre los miembros citados, se elevará la verificación al pleno de la Comisión, que decidirá definitivamente.

La resolución definitiva deberá ponerse (en la mayor brevedad posible) en conocimiento del presidente de la comisión, 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 podrán ser recurridas ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

La práctica 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. En el procedimiento no podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes posean conflicto de intereses, ni quienes resulten beneficiados de la práctica. Los establecimientos sanitarios que realicen el procedimiento adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad de las personas solicitantes de la prestación y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal. Deberán contar con sistemas de custodia de las historias clínicas y cumplir con la normativa en materia de protección de datos personales.

Los costos del procedimiento se encuentran cubiertos por los sistemas públicos o privados de salud, los que deberán dar cobertura integral de la práctica.

Los profesionales de la salud que se encuentre directamente implicados en la práctica podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional, el que deberá manifestarse anticipadamente y por escrito. También puede objetar el resto del personal al que corresponda prestar funciones durante la práctica.

Los establecimientos sanitarios que no cuenten con profesionales para realizar la práctica a raíz del ejercicio del derecho de objeción de conciencia, 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. Las gestiones y costos asociados a la derivación y el traslado del paciente quedarán a cargo del efector que realice la derivación.

### “Ley Alfonso”

Esta ley tiene por objeto regular el derecho de toda persona a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir dignamente, siempre que cumpla con los requisitos exigidos por la ley.

Los sistemas públicos o privados de salud, independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar la cobertura integral y gratuita de las prestaciones de ayuda directa e indirecta para morir dignamente. También los centros de salud que realicen la prestación de ayuda para morir dignamente deben adoptar las medidas necesarias para asegurar la intimidad de las personas solicitantes de la prestación y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal y deben contar con un sistema de custodia activa de las historias clínicas.

Dicha ley en su artículo 4 establece ciertas definiciones a los fines de la ley, donde nos encontramos con la definición de Prestación de ayuda para morir dignamente, Enfermedad grave e incurable, Padecimiento grave, crónico e imposibilitante, entre otros.

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

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

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

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

*Inc 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.” [...]*

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

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

También en el artículo 8 contempla las directivas anticipadas, donde va a considerar que es el mandato por el cual el paciente designa a una o más personas, con anterioridad, en privado y en estricto orden de preferencia, para que informen al médico responsable acerca de su voluntad de acceder a la prestación de ayuda para morir dignamente, en caso de que concurran las circunstancias establecidas por esta ley y sea incapaz de manifestar su voluntad o se encuentre inconsciente. La misma puede ser elaborada en cualquier tiempo, debe ser escrita y firmada ante escribano público o juzgados de primera instancia en presencia de 2 (dos) testigos. Por último La directiva anticipada podrá ser modificada o revocada en cualquier tiempo.

Esta ley establece que únicamente el médico responsable puede prestar la ayuda para morir dignamente y determina los requisitos que debe cumplir aquella persona que desee realizar este procedimiento.

Artículo 5:

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

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

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

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

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

Para realizar este procedimiento el interesado (paciente) deberá realizar su solicitud por escrito personalmente siempre que sea posible o, en su defecto, por cualquier otro medio que permita dejar constancia. La misma deberá ser diligenciada y firmada por el y debe contar con un mínimo de dos testigos que en su presencia atestigüen de buena fe que el/la paciente está actuando voluntariamente, es plenamente capaz y no está siendo conminado por otras personas a firmar la solicitud de la prestación de ayuda para morir dignamente. En el caso de que por su situación no le fuera posible diligenciar y firmar el documento, podrá hacer uso de otros medios que le permitan dejar constancia. El solicitante además de su voluntad de morir dignamente a través de la prestación que regula la presente ley, debe expresar que conoce los cuidados paliativos que la medicina actual ofrece y que renuncia a ellos por no encontrar alivio suficiente a su sufrimiento.

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

Luego de presentada la solicitud el medico responsable deberá informar fehaciente y detalladamente al paciente sobre su situación médica, lo que involucra un diagnóstico y pronóstico, como también las diferentes opciones terapéuticas y de medicina paliativa

existentes, los potenciales beneficios, riesgos y consecuencias y la expectativa y calidad de vida.

El medico verificará la enfermedad grave e incurable o el padecimiento grave, crónico e imposibilitante que el paciente considera indigna, para continuar el proceso deberá concluir (al igual que el paciente) que no existe otra alternativa terapéutica posible para aliviar la penosa situación del/de la paciente.

Antes de realizar el procedimiento el medico debe dialogar reiteradamente con el paciente a cerca de su solicitud y las modalidades disponibles, esto se debe realizar dentro de un periodo no inferior a 48 (cuarenta y ocho) horas ni superior a 15 (quince) días, debiendo participar la Consejería como equipo de apoyo.

El medico responsable derivar al paciente con su respectiva historia clínica, para una segunda valoración del diagnóstico, de las opciones terapéuticas posibles y el pronóstico emitidos por él. A esto se lo denomina “confirmación medica” y le corresponde a un médico consultor, el que deberá emitir un informe y entregar copias del mismo para el paciente y el médico responsable. Por otro lado, también va a derivar al paciente a la Consejería, que representa una tercera valoración, este equipo está formado por profesionales de diversas áreas como psiquiatras y psicólogos, entre otros. Se encarga de realizar la última confirmación de que el paciente ha tenido los elementos necesarios para tomar una decisión libre, voluntaria e informada.

Una vez cumplido con esto, y tras analizar los informes respectivos, el médico tratante deberá indicarle al paciente acerca de la posibilidad de desistir de su solicitud. a partir de ello se deberá esperar un periodo de tiempo de 15 (quince) días corridos antes de practicar la prestación de ayuda para morir dignamente en caso de que el paciente confirme su solicitud.

Es el medico responsable quien firmar el certificado de registro médico de la prestación de ayuda para morir dignamente y el acta de defunción del paciente. En el certificado de defunción debe señalar que la muerte del paciente se produjo a razón de una prestación de ayuda para morir dignamente.

En caso que se deniegue la prestación de ayuda para morir dignamente debe justificarse por escrito por el médico responsable, contra dicha denegación el paciente solicitante puede presentar en el plazo máximo de 15 (quince) días hábiles una petición de revisión ante la Comisión Nacional de Evaluación y Control. El médico responsable que deniegue la solicitud está obligado a informarle de esta posibilidad al paciente. A su vez, con

independencia de que se haya formulado o no una petición de revisión, deberá remitir a la Comisión Nacional de Evaluación y Control, en el plazo de 48 (cuarenta y ocho) horas hábiles contadas a partir de que se le haya notificado la denegación al paciente, el informe médico donde constan los motivos de la denegación.

El proyecto de ley hace referencia a la posibilidad de realizar la objeción de conciencia por parte de los profesionales de la salud que intervengan de manera directa en el procedimiento. En caso de ejercer dicha opción deberá:

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

Si incumple con estos deberes dará lugar a sanciones disciplinarias, administrativas, penales y civiles, según corresponda.

Por otro lado, le impone la obligación a los establecimientos de salud que no cuenten con profesionales para realizar las prestaciones a causa del ejercicio del derecho de objeción de conciencia, de prever y disponer la derivación a un efector que realice efectivamente la prestación y que sea de similares características a las que el paciente de la prestación solicitó. Las gestiones y costos asociados a la derivación y el traslado del paciente quedarán a cargo del efector que realice la derivación.

En el artículo 11 establece la 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”.*

## Conclusión

Comenzaremos hablando de algunas cuestiones básicas de la vida humana, una tan básica como la vida y a consecuencia de ella la propia dignidad que reviste al hombre, una palabra muy de moda, “dignidad”, utilizada para defender numerosas causas del ser humano y actualmente reconocida por gran parte del derecho y los estados. Ahora bien, como podemos hablar de la vida y la dignidad que atraviesa todos los aspectos de ella, también podemos hablar de la muerte, ya que es indefectible que en algún momento va a llegar. Hablando de esto cabe preguntar ¿hay dignidad en la muerte?

Esta pregunta parece tener una respuesta lógica, la dignidad del hombre lo va a seguir hasta sus últimos días, hasta el momento en que muera. Ahora bien, qué hay de digno en vivir con una muy baja calidad de vida a causa de problemas de salud que lo único que permiten desear es la muerte.

Tras el análisis profundo de gran cantidad de material y la observancia a las diferentes legislaciones internas de aquellos países que permiten la eutanasia podremos comprender el valor que tiene en una sociedad. Considero necesario hablar seriamente de la dignidad y no solo usarlo como un juego de palabras bonito que sirve para llamar la atención y llegar a las masas.

Nos encontramos en un momento de oportunidad, donde hay diversos proyectos presentados con el fin de garantizar la dignidad en los últimos momentos de la vida. Es nuestra responsabilidad como sociedad y ciudadanos llevar a cabo lo necesario para que este tipo de legislaciones sean promulgadas.

Creemos que es momento de emprender esta transformación social que nos va a llevar a un pleno desarrollo de la vida humana, aprovechando el apogeo de los derechos humanos y de la utilización de la dignidad para montarnos en la ola del cambio y de una vez por todas tomar las riendas en el asunto, no un tema cualquiera, sino una problemática que nos compete a todos.

Al realizar una pregunta muy sencilla podemos abrir los ojos ¿Qué harías si la persona gravemente enferma que quiera acabar con su vida fueras vos? Y aún más ¿Qué harías si esa persona es tu papá, tu mamá, inclusive tu hijo?

Estas preguntas pueden hacer sentir el más profundo dolor, pero en ocasiones es necesario sentir para poder decidir. Estamos convencidos de que una legislación que regule y reglamente la eutanasia es muy necesaria en nuestro país, utilizando la

experiencia de aquellos países que ya han legislado para mejorar y contemplar las diferentes variables sin dejar lugar a vacíos legales, abordado el tema tanto desde lo médico como de lo psicológico, desde lo personal como lo social.

En nuestro país contamos con tres proyectos de ley que se encuentran a la espera, si bien son distintos e impulsados por diferentes personas, en sí, representan lo mismo y las pequeñas diferencias en los procedimientos, conceptos o plazos no hacen al fondo de la cuestión. Podríamos centrarnos en discutir si hace falta un doble o triple control, si se debe esperar quince (15) días o un plazo diferente, para realizar el procedimiento. Podemos discutir cuales serían los requisitos adecuados, si una mayoría de edad, en qué casos y con qué requisitos se consideraría para menores o incapaces. Pero en lo que no podemos detenernos a discutir es en la necesidad que tiene nuestro país en tratar la eutanasia, hay que lograr que no sea un tema tabú y abordarlo lo más seriamente y humano posible. Tenemos la ventaja de tener a disposición la práctica realizada por diversos países y que esto nos ayude a no cometer aquellos errores que se han cometido y poder mejorar y lograr un sistema, robusto, completo y efectivo. Con un correcto análisis y adecuación a nuestra propia cultura y normativa podemos lograr un gran avance y así poder dar protección a la dignidad humana desde otra de las aristas del sistema.

Podemos encontrarnos con algunas variantes dependiendo el proyecto en el cual nos centremos, pero todos buscan lo mismo, dar mayor protección a las personas y reconocer la dignidad que se tiene por el simple hecho de ser humano, esa dignidad que poseemos hasta el último de nuestros momentos.

A todo lo evaluado y expuesto surge un nuevo interrogante. ¿vivir en condiciones de sufrimiento, con un padecimiento grave e incurable, es digno? ¿Hay vida digna si no hay dignidad en ella? Cuando la calidad de vida se encuentra gravemente afectada ya no hay una vida la cual vivir, no se está viviendo, se está sobreviviendo. Cuando la muerte es inevitable, morir bien es imprescindible.








Vivir dignamente no solo implica el estar vivo sino vivir, que conlleva vivir adecuadamente en condiciones de dignidad, que es muy diferente al simple hecho de estar vivo. Es muy visible hoy en día el uso del argumento de la calidad de vida y la vida digna en diferentes aspectos de la vida cotidiana, como lo sería la salud, la educación o el hecho de tener un hogar para desarrollarse. Si nos esforzamos tanto en justificar una casa, la atención médica, la educación; no vale la pena esforzarse en justificar la

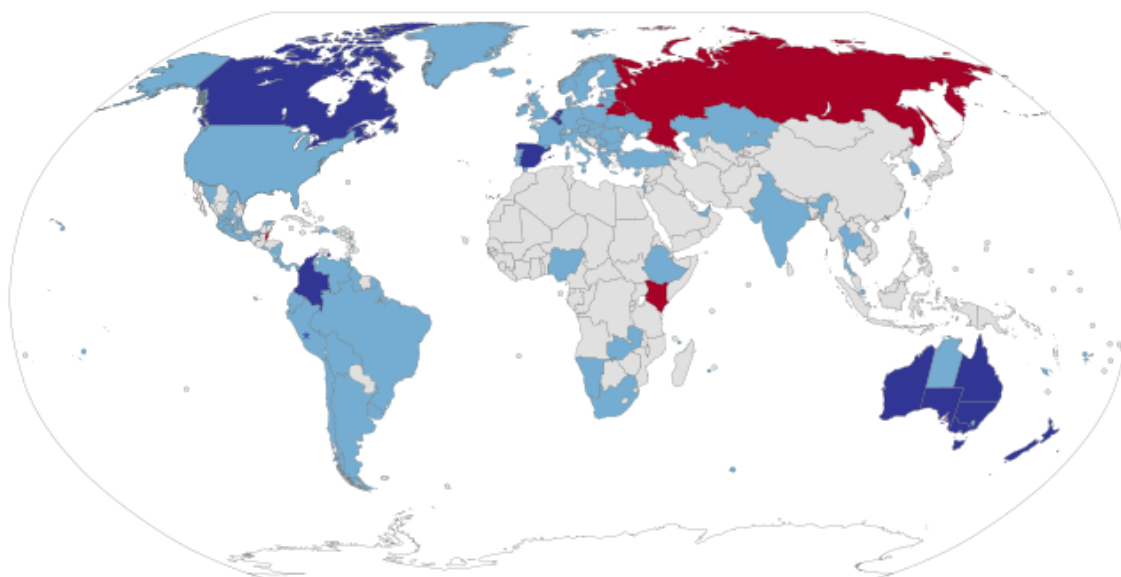
dignidad en la vida y el hecho de vivir una vida plena y digna. Llegado el momento en que eso ya no sea posible, poner fin a la vida antes de tornarse una vida indigna.

Estamos totalmente convencidos que solo es cuestión de tiempo para que en Argentina tengamos una ley, que independientemente del nombre, proteja la dignidad del hombre en sus últimos días. Para una vida digna tiene que haber una muerte digna.





## Anexos

### Países en donde es legal la eutanasia

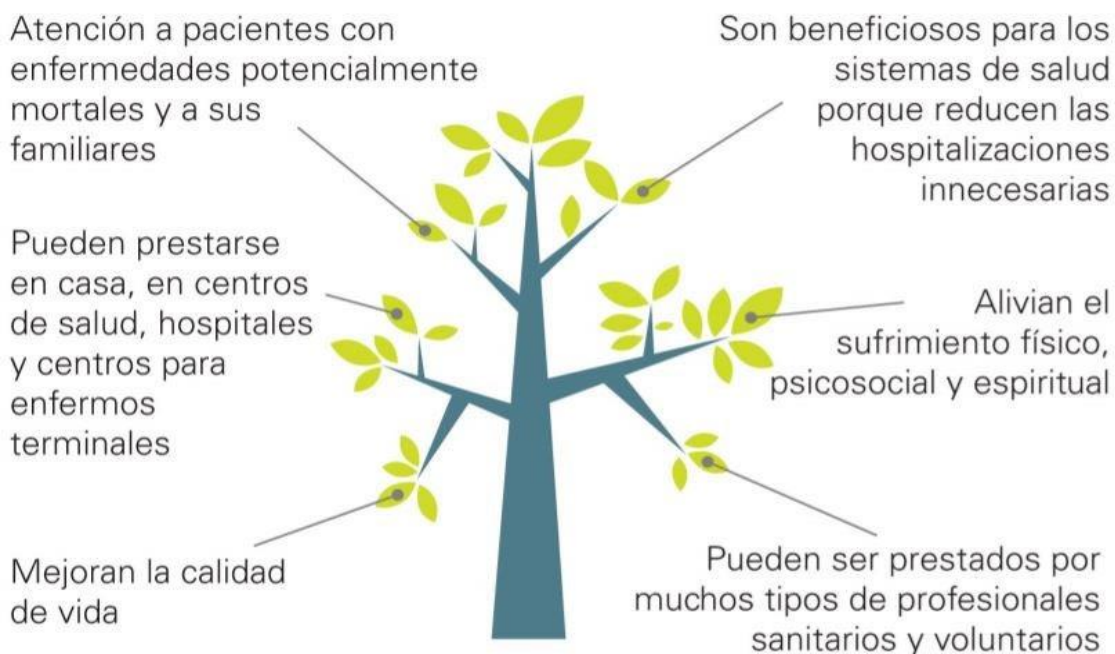
	País	Aprobado por	Fecha
1.	 Países Bajos	Los Estados Generales.	1 de abril de 2002
2.	 Bélgica	El Parlamento.	28 de mayo de 2002
3.	 Luxemburgo	La Cámara de Diputados.	19 de marzo de 2009
4.	 Colombia	La Corte Constitucional.	15 de diciembre de 2014
5.	 Canadá	El Parlamento.	17 de junio de 2016
6.	 España	El Congreso de los Diputados y el Senado.	25 de junio de 2021
7.	 Nueva Zelanda	El Parlamento y aprobado por los ciudadanos en referéndum.	6 de noviembre de 2021



Estatus de la eutanasia en el mundo:

-  Eutanasia activa legal
-  Eutanasia pasiva legal (rechazo de tratamientos / retiro del soporte vital)
-  Eutanasia activa ilegal, eutanasia pasiva no regulada
-  Toda forma de eutanasia ilegal

## Cuidados paliativos:



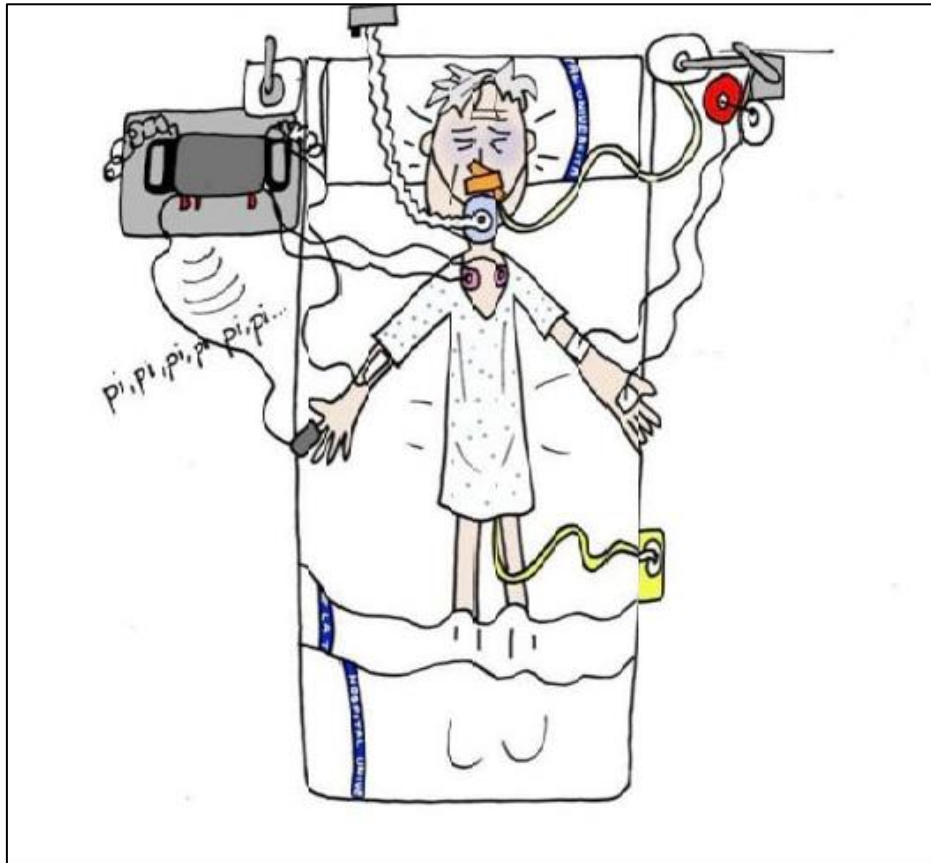
Cuadro comparativo de los proyectos de ley en Argentina

	Ley de Buena Muerte	Interrupción Voluntaria de la vida	Ley Alfonso
Impulsores del proyecto	Alfredo Comejo Jimena Latorre Alejandro Cacace	Julio C. Cobos Pamela F. Verasay	Gabriela Estévez Mara Brawer Carla Carrizo Carolina Gaillard Mónica Macha Cecilia Moreau Florencia Lampreabe Jimena López
Fundamentos	La legalización y regulación de la eutanasia se asientan sobre derechos fundamentales reconocidos en nuestra Constitución Nacional como es el caso de: los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral, propia	Desde la perspectiva de la autonomía de la voluntad de cada individuo y del derecho a disponer de nuestras vidas y de nuestra intimidad, introducir la eutanasia en nuestra legislación significaría la adquisición de un	Regular el derecho de recibir asistencia para morir dignamente es un pendiente en ese virtuoso ciclo de ampliación de derechos que llamamos "la década ganada" y que a pesar de haberse visto interrumpida por cuatro años ya

	y de otro. Bienes jurídicamente protegidos como la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad.	nuevo derecho con el cual se posibilita la solicitud de la interrupción voluntaria de la vida ante determinadas condiciones reguladas.	estamos comenzando a restablecer. Necesitamos comprender que permitir que cada persona pueda elegir las condiciones en las cuales quiere vivir significa también permitir que toda persona pueda elegir en qué condiciones no quiere vivir; que es lo mismo que decir permitimos a cada ser humano poder elegir, en parte, en qué condiciones morir.
<b>Objetivo</b>	Permitir que aquellas personas que padezcan “una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante” puedan solicitar y accedan al procedimiento de asistencia para provocar su propia muerte.		
<b>Requisito común</b>	Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante. Consentimiento informado.		
<b>Requisito para solicitarla</b>	Ciudadano argentino, mayor de edad y plenamente capaz al momento de presentar la solicitud.	<i>Tener nacionalidad argentina o ser residente por un término no menor a doce meses, ser mayor de edad, y capaz al momento de la solicitud.</i>	
<b>Edad para solicitarlo</b>	Mayores de 16 tienen plena capacidad para dar su consentimiento. Menores entre 13 y 16 se encuentra permitido con el consentimiento de los padres. Persona con capacidad restringida por sentencia judicial, por vía judicial.	<i>A partir de los 18 años. 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.</i>	
<b>Procedimiento</b>	El paciente presentara dos solicitudes por escrito y firmado con	El paciente deberá presentar dos solicitudes al médico	Se debe aprobar la solicitud por un médico responsable y un

	<p>una separación de al menos 15 días entre ambas solicitudes. El medico responsable, antes de prestar la ayuda debe poner en conocimiento del caso a la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación. La misma designara a dos miembros que deberán dictar su aprobación o rechazo. En caso de aprobarse la práctica no podrá ser dilatada más allá de los diez días corridos desde la emisión de la resolución que lo autoriza. En caso de rechazo el paciente podrá solicitar la revisión por la comisión en pleno.</p>	<p>responsable con 15 días de diferencia. Si desea continuar se firma el consentimiento informado. Someten la solicitud a la revisión de un médico consultor, el cual realizara un informe. Tras el informe del médico consultor, el medico responsable pone en conocimiento al presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación, para que se realice el control previo a la práctica.</p>	<p>médico consultor, ambos presentan informe. A su vez es necesario un tercer informe que lo apruebe que va a ser dado por la Consejería (órgano integrado por diversos profesionales). Finalmente, aprobado, transcurrirán 15 días corridos para que el paciente revise su solicitud, luego de ello se podrá practicar el procedimiento.</p>
<b>Modalidades</b>	<p>Administración de fármacos letales por un médico. Autoadministración de los fármacos letales proporcionados por el médico.</p>		
<b>Costos</b>	<p>Los sistemas públicos o privados de salud, independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar la cobertura integral y gratuita de las prestaciones de ayuda directa e indirecta para morir dignamente.</p>		
<b>Directivas anticipadas</b>	<p>Son contempladas (voluntad de la paciente manifestada previamente)</p>		
<b>Objeción de conciencia</b>	<p>Los profesionales de la salud directamente implicados en la práctica podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia. Deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.</p>		
<b>Establecimientos de salud</b>	<p>Los establecimientos sanitarios que no cuenten con profesionales para realizar la práctica a causa del ejercicio del derecho de objeción de conciencia, deberán prever y disponer la derivación a un efector que realice efectivamente la prestación. Las gestiones y costos asociados a la derivación y el traslado del/de la paciente quedarán a cargo del efector que realice la derivación</p>		

**“Cuando la muerte es inevitable, morir bien es imprescindible”**



## Citas

Cobos, J. C., & Verasay, P. F. (2021). Proyecto de Ley S-2577/2021. Interrupción Voluntaria de la Vida. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Código Civil y Comercial. Disponible en:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm#6>

Código Internacional De Ética Médica De La AMM. (1949). Disponible en:

<https://www.wma.net/es/polices-post/codigo-internacional-de-etica-medica/>

Código Penal. Disponible en:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm#15>

Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (CEDH), 4 de noviembre de 1950 en la ciudad de Roma. [Fecha de consulta 16 de junio de 2023] Disponible en:

<https://www.derechoshumanos.net/Convenio-Europeo-de-Derechos-Humanos-CEDH/#a2>

Cornejo , A., Latorre, J., & Cacace, A. (2021). Proyecto de Ley de Buena Muerte. Regulación de la Eutanasia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Damian Kuc video “Historias innecesarias: Eutanasia” (2021) [ Fecha de consulta 23 de febrero de 2023] Disponible en:

<https://www.youtube.com/watch?v=EpMqtINbJxA&t=1367s>

Enlace Judío, artículo de Elena Bialostocky. (2012). “¿está permitida la eutanasia en el judaísmo?”. [Fecha de consulta 18 de abril de 2023] Disponible en:

<https://www.enlacejudio.com/2012/10/04/esta-permitida-la-eutanasia-en-el-judaismo-documental-de-enlace-judio/>

Estevez, G., Brawer, M., Carrizo, C., Gaillard, C., Macha , M., Moreau, C., & .Lopez , G. (2021). Proyecto de Ley Alfonso. Derecho a la prestación de ayuda para morir dignamente. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Favre Alejandra Y Giaccaglia María Paula (2022), trabajo "LA DIGNIDAD PERSONAL EN EL FINAL DE LA VIDA" [ Fecha de consulta 23 de febrero de 2023].

Ley 26.529 (Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud). Disponible en:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/texact.htm>

Ley 26.742 (modificación a la ley 26.529). Disponible en:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm>

ONU: Asamblea General, Declaración Universal de Derechos Humanos, 10 diciembre 1948. [Fecha de consulta 20 de marzo de 2023] Disponible en:

<https://www.refworld.org/es/docid/47a080e32.html>

ONU: Asamblea General, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 16 de diciembre de 1966, Naciones Unidas. [Fecha de consulta 20 de marzo de 2023] Disponible en:

<https://www.refworld.org/es/docid/5c92b8584.html>

ONU: Asamblea General, Convención sobre los Derechos del Niño, 20 noviembre 1989. [Fecha de consulta 23 de marzo de 2023]. Disponible en:

<https://www.refworld.org/es/docid/50ac92492.html>

Organización de los Estados Americanos (OEA), Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José de Costa Rica", 22 noviembre 1969. [Fecha de consulta 22 de marzo de 2023]. Disponible en:

<https://www.refworld.org/es/docid/57f767ff14.html>

UNESCO, Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. (2006). [Fecha de consulta 20 de marzo de 2022]. Disponible en:

[https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa)

## Bibliografía

ACI Prensa. (2018). La enseñanza de la iglesia sobre la eutanasia. [Fecha de consulta 17 de abril de 2023] Disponible en:

<https://infovaticana.com/2018/01/13/ensena-la-iglesia-catolica-la-eutanasia/>

ACI Prensa. (2020). Papa Francisco defiende los cuidados paliativos para enfermos terminales. [Fecha de consulta 13 de marzo de 2023] Disponible en:

<https://www.aciprensa.com/noticias/papa-francisco-defiende-los-cuidados-paliativos-para-enfermos-terminales-58154>

AishLatino. (2019). “La vida es sagrada: eutanasia y judaísmo”. [ Fecha de consulta 18 de abril de 2023] Disponible en:

<https://aishlatino.com/la-vida-es-sagrada-eutanasia-y-judaismo/>

Ámbito Jurídico. (2001). Eutanásia: historia y actualidad. [ Fecha de consulta 23 de mayo de 2023] Disponible en:

<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/eutanasia-historia-y-actualidad/>

Angel Patitó, J., Guzmán, C.(2015). Eutanasia: aspectos médico-legales : El derecho al buen morir. Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires. [Fecha de consulta 18 de mayo de 2023] Disponible en:

[http://repositorioubi.sisbi.uba.ar/gsd/collect/encruce/index/assoc/HWA\\_525.dir/525.PDF](http://repositorioubi.sisbi.uba.ar/gsd/collect/encruce/index/assoc/HWA_525.dir/525.PDF)

Artículo de Wikipedia. (2023). Puntos de vista religiosos sobre la eutanasia. [Fecha de consulta 16 de abril de 2023] Disponible en:

[https://es.wikipedia.org/wiki/Puntos\\_de\\_vista\\_religiosos\\_sobre\\_la\\_eutanasia](https://es.wikipedia.org/wiki/Puntos_de_vista_religiosos_sobre_la_eutanasia)

Blanco, L G. (2017). Directivas anticipadas. Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS) [Fecha de consulta 12 de marzo 2022] Disponible en:

<https://salud.gob.ar/dels/entradas/directivas-anticipadas>

BBC News Mundo. (2019). “No siento que esté matando al paciente”: el médico que ha practicado más de 100 eutanasias en Bélgica. [Fecha de consulta 26 de abril de 2023] Disponible en:

<https://www.bbc.com/mundo/noticias-48639428>

BBC News Mundo. (2019). Qué son la eutanasia pasiva y activa y en qué se diferencian del suicidio asistido. [Fecha de consulta 10 de abril de 2023] Disponible en:

<https://www.bbc.com/mundo/noticias-48551092>

BBC News Mundo. (2021). Eutanasia: los 7 países del mundo donde es una práctica legal (y cuál es la situación en América Latina). [Fecha de consulta 25 de abril de 2023] Disponible en:

<https://www.bbc.com/mundo/noticias-56423589>

Centro de información judicial (2015). La Corte Suprema reconoció el derecho de todo paciente a decidir su muerte digna. [ Fecha de consulta 16 de abril de 2023] Disponible en:

<https://www.cij.gov.ar/nota-16952-La-Corte-Suprema-reconoci--el-derecho-de-todo-paciente-a-decidir-su-muerte-digna.html>

Cobos, J. C., & Verasay, P. F. (2021). Proyecto de Ley S-2577/2021. Interrupción Voluntaria de la Vida. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

CNN. (2020). Oposición del vaticano respecto a la eutanasia y el suicidio asistido. [Fecha de consulta 17 de abril de 2023] Disponible en:

<https://cnnespanol.cnn.com/2020/09/22/el-vaticano-expresa-su-fuerte-oposicion-a-la-eutanasia-y-el-suicidio-asistido-y-dice-que-son-homicidio/>

Código Civil y Comercial. Disponible en:

<http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm#6>

Código de Etica Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires. Disponible en:

<https://sites.google.com/site/portalargentinodesalud/legislacion/codigo-de-etica?pli=1>

Código Internacional De Ética Médica De La AMM. (1949). Disponible en:

<https://www.wma.net/es/policias-post/codigo-internacional-de-etica-medica/>

Código Penal. Disponible en:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm#15>

Colegio Médico de Chile. Revista Medica de Chile. [Fecha de consulta 18 de mayo de 2023]  
Disponible en:

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872020000400542&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872020000400542&script=sci_arttext)

Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (CEDH), 4 de noviembre de 1950 en la ciudad de Roma. [Fecha de consulta 16 de junio de 2023] Disponible en:

<https://www.derechoshumanos.net/Convenio-Europeo-de-Derechos-Humanos-CEDH/#a2>

Cornejo , A., Latorre, J., & Cacace, A. (2021). Proyecto de Ley de Buena Muerte. Regulación de la Eutanasia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Creagh Peña, M. (2012). Dilema ético de la eutanasia. Revista Cubana de Salud Pública. [Fecha de consulta 11 de junio de 2023] Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21421516014>

Damian Kuc video “Historias innecesarias: Eutanasia” (2021) [ Fecha de consulta 23 de febrero de 2023] Disponible en:

<https://www.youtube.com/watch?v=EpMqtINbJxA&t=1367s>

Declaración De La AMM Sobre La Eutanasia Y Suicidio Con Ayuda Médica. (2019). Disponible en:

<https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-sobre-la-eutanasia-y-suicidio-con-ayuda-medica/>

Declaración De Venecia De La AMM Sobre La Atencion Médica Al Final De La Vida. (1983).  
Disponible en:

<https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-venecia/>

Diccionario de cáncer del NCI. [Fecha de consulta 10 de marzo 2022] Disponible en:

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/consentimiento-informado>

Diccionario de la Real Academia Española. (2022). [Fecha de consulta 15 de marzo 2022] Disponible en:

<https://dle.rae.es/eutanasia>

Diccionario de la Real Academia Española. (2022). [Fecha de consulta 15 de marzo 2022] Disponible en:

<https://dle.rae.es/distanasia>

Diccionario de la Real Academia Española. (2022). [Fecha de consulta 15 de marzo 2022] Disponible en:

<https://dle.rae.es/ortotanasia?m=form>

DW Noticias. (2020). "Vaticano: la eutanasia "es un crimen contra la vida humana". [Fecha de consulta 17 de abril de 2023] Disponible en:

<https://www.dw.com/es/vaticano-la-eutanasia-es-un-crimen-contra-la-vida-humana/a-55020071>

Enlace Judío, artículo de Elena Bialostocky. (2012). "¿está permitida la eutanasia en el judaísmo?". [Fecha de consulta 18 de abril de 2023] Disponible en:

<https://www.enlacejudio.com/2012/10/04/esta-permitida-la-eutanasia-en-el-judaismo-documental-de-enlace-judio/>

Estevez, G., Brawer, M., Carrizo, C., Gaillard, C., Macha, M., Moreau, C., & Lopez, G. (2021). Proyecto de Ley Alfonso. Derecho a la prestación de ayuda para morir dignamente. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Favre Alejandra Y Giaccaglia María Paula (2022), trabajo "LA DIGNIDAD PERSONAL EN EL FINAL DE LA VIDA" [ Fecha de consulta 23 de febrero de 2023].

García, F. (2019). Eutanasia, distanasia y ortotanasia. ¿Cuál es la diferencia? Bioética para todos. [Fecha de consulta 15 de marzo 2022] Disponible en:

<https://bioeticaparatodos.com/eutanasia-distanasia-y-ortotanasia-cual-es-la-diferencia/>

García Moriyon, F. (2020). ¿Es legítimo legalizar la eutanasia?. Niaiá. [Fecha de consulta 20 de abril de 2023] Disponible en:

<https://niaia.es/es-legitimo-legalizar-la-eutanasia/>

García Otero, A., & Sabio, M. F. (2011). ¿Existe justificación moral para la eutanasia? Revista Americana de Medicina Respiratoria. [Fecha de consulta 20 de junio de 2023] Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=382138389006>

GONZÁLEZ GARCETE, J. M., (2016). LA DIGNIDAD HUMANA. ACADEMO. [Fecha de consulta 20 de junio de 2023] Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=688273458013>

Grupo de Estudios de Ética Clínica, de la Sociedad Médica de Santiago. (2003). Sobre las acciones médicas proporcionadas y el uso de métodos extraordinarios de tratamiento. Revista médica de Chile. [Fecha de consulta 22 de mayo de 2023] Disponible en:

[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872003000600015](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000600015)

Infobae. (2022). En Bélgica practicaron eutanasia a una joven de 23 años por sufrimiento psíquico irreparable. [Fecha de consulta 12 de abril de 2023] Disponible en:

<https://www.infobae.com/america/mundo/2022/10/08/en-belgica-practicaron-eutanasia-a-una-joven-de-23-anos-por-sufrimiento-psiquico-irreparable/>

Irrazábal, G., (2015). Religión y salud: la intervención pública de agentes religiosos católicos formados en bioética en el debate parlamentario sobre la muerte digna en la Argentina. Salud Colectiva. [Fecha de consulta 18 de junio de 2023] Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73141743003>

La Capital. (2022). Eutanasia: ¿es posible en la Argentina decidir el momento de la propia muerte?. [Fecha de consulta 28 de abril de 2023] Disponible en:

<https://www.lacapital.com.ar/informacion-general/eutanasia-es-posible-la-argentina-decidir-el-momento-la-propia-muerte-n10011919.html>

Lamm Eleonora, artículo sobre dignidad humana publicado por el Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS). [Fecha de consulta 20 de marzo de 2023] Disponible en:

<https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-dignidad-humana>

Lamm, E. (2017). Directivas médicas anticipadas. Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS) [Fecha de consulta 13 de marzo 2022] Disponible en:

<https://salud.gob.ar/dels/entradas/directivas-medicas-anticipadas>

Lázaro Betancourt Reyes, G. (2017). Un dilema ético actual: ¿Ensañamiento terapéutico o adecuación del esfuerzo terapéutico? Revista Médica Electrónica. [Fecha de consulta 20 de mayo de 2023] Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242017000400012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000400012)

Leisa Bailey, MD., personal de la editorial familydoctor.org. (2020). Directrices anticipadas y órdenes de no resucitar. [Fecha de consulta 12 de marzo 2022] Disponible en:

<https://es.familydoctor.org/directrices-anticipadas-y-ordenes-de-no-resucitar/>

Ley 26.529 (Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud). Disponible en:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/texact.htm>

Ley 26.742 (modificación a la ley 26.529). Disponible en:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm>

Maglio, I., Wierzba, S. M., Belli, L., & Somers, M. E. (2016). El derecho en los finales de la vida y el concepto de muerte digna. Revista Americana de Medicina Respiratoria. [Fecha de consulta 11 de junio de 2023] Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=382144644009>

Nota pública de La Conferencia Episcopal Española. (2020). La iglesia frente a la eutanasia. [Fecha de consulta 17 de abril de 2023] Disponible en:

<https://www.conferenciaepiscopal.es/interesa/eutanasia/iglesia-frente-eutanasia/>

ONU: Asamblea General, Convención sobre los Derechos del Niño, 20 noviembre 1989. [Fecha de consulta 23 de marzo de 2023]. Disponible en:

<https://www.refworld.org.es/docid/50ac92492.html>

ONU: Asamblea General, Declaración Universal de Derechos Humanos, 10 diciembre 1948. [Fecha de consulta 20 de marzo de 2023] Disponible en:

<https://www.refworld.org.es/docid/47a080e32.html>

ONU: Asamblea General, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 16 de diciembre de 1966, Naciones Unidas. [Fecha de consulta 20 de marzo de 2023] Disponible en:

<https://www.refworld.org.es/docid/5c92b8584.html>

Organización Amnistía Internacional, artículo sobre dignidad humana. [Fecha de consulta 20 de marzo de 2023] Disponible en:

<https://www.amnesty.org/es/what-we-do/living-in-dignity/>

Organización de los Estados Americanos (OEA), Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José de Costa Rica", 22 noviembre 1969. [Fecha de consulta 22 de marzo de 2023]. Disponible en:

<https://www.refworld.org.es/docid/57f767ff14.html>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). [Fecha de consulta 13 de marzo 2022] Disponible en:

<https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. [Fecha de consulta 21 de marzo de 2023] Disponible en:

<http://www.aprodeh.org.pe/documentos/marco-normativo/legal/Pacto-Internacional-de-Derechos-Civiles-y-Policicos.pdf>

Pecksen, M. (2022). Eutanasia en la Argentina: cómo impactaría la "Ley de la Buena Muerte". Ambito.com. [Fecha de consulta 15 de abril de 2023] Disponible en:

<https://www.ambito.com/opiniones/eutanasia/la-argentina-como-impactaria-la-ley-la-buena-muerte-n5370838>

Programa Nacional de Cuidados Paliativos. [Fecha de consulta 13 de marzo 2022] Disponible en:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/programa-paliativos#:~:text=Los%20cuidados%20paliativos%20son%20la,sus%20familias%20y%20sus%20cuidadores.>

Resolución De La AMM Sobre La Eutanasia. (2002). Disponible en:

<https://www.wma.net/es/policias-post/resolucion-de-la-amm-sobre-la-eutanasia/>

Salas, S., Salinas, R., Besio, M., Micolich, C., Arriagada, A., Misseroni Raddatz, A., Y Valenzuela, C., NOVOA, F., Bórquez Estefó, G. (2020). Argumentos éticos a favor y en contra de la participación del profesional médico en la muerte asistida. Análisis del Departamento de Ética

Sierra, G. (2007). Eutanasia: no confundir conceptos. [Fecha de consulta 16 de abril 2022] Disponible en:

<http://bcn.cl/29fyo>

UNESCO, Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. (2006). [Fecha de consulta 20 de marzo de 2022]. Disponible en:

[https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa)

Vatican News. (2017). "La eutanasia es una solución errónea al sufrimiento humano". [Fecha de consulta 16 de abril de 2023] Disponible en:

<https://www.vaticannews.va/es/mundo/news/2017-11/-la-eutanasia-es-una-solucion-erronea-al-sufrimiento-humano-.html>

Vatican News. (2018). Cuidados paliativos y el mensaje del Papa Francisco. [Fecha de consulta 14 de marzo de 2023] Disponible en:

<https://www.vaticannews.va/es/papa/news/2018-02/papa-francisco-cuidados-paliativos-vida-enfermos-eutanasia.html>

Vatican News. (2022). “Argentina: Iglesia anima nuevamente a proteger y defender la vida”. [Fecha de consulta 16 de abril de 2023] Disponible en:

<https://www.vaticannews.va/es/iglesia/news/2022-08/argentina-vida-defensa-comisionepiscopal.html>

Vatican News. (2022). Cuidados paliativos, por Monseñor Paglia. [Fecha de consulta 14 de marzo de 2023] Disponible en:

<https://www.vaticannews.va/es/vaticano/news/2022-02/cuidados-paliativos-monsenor-paglia-se-necesita-compromiso.html>

Vatican News. (2022). El magisterio de la Iglesia Católica sobre la eutanasia. [Fecha de consulta 16 de abril de 2023] Disponible en:

<https://www.vaticannews.va/es/iglesia/news/2022-02/el-magisterio-de-la-iglesia-catolica-sobre-la-eutanasia.html>

Vera Carrasco, O. (2015). El código de ética en medicina. Revista Médica La Paz. [Fecha de consulta 15 de mayo de 2023] Disponible en:

[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582015000200001](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200001)

Yitzak Calafi M.D. (2016). “La perspectiva del judaísmo sobre la Eutanasia”. [ Fecha de consulta 18 de abril de 2023] Disponible en:

<https://www.centrokehila.org/halaja/eutanasia>

20 Minutos. (2012). “El debate de la eutanasia en Israel”. [Fecha de consulta 18 de abril de 2023] Disponible en:

<https://www.20minutos.es/noticia/1668232/0/israel/debate/eutanasia/>