

# *Proyecto de Ley*

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

## **Derecho a la prestación de ayuda para morir dignamente**

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

**ARTÍCULO 2°.- Marco normativo.** Las disposiciones de la presente ley deben ser interpretadas en el marco de los derechos consagrados por la Constitución Nacional y los tratados de derechos humanos de jerarquía constitucional, en especial la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención de los Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos de las Personas Con Discapacidad.

**ARTICULO 3°.- Principios.** La presente ley se sustenta en los siguientes principios:

- a) Respeto por la vida digna y el bienestar de las personas;
- b) Intervenciones basadas en la mejor evidencia científica disponible;
- c) Respeto de la dignidad y autonomía del paciente en las decisiones sobre los tratamientos y cuidados que ha de recibir a lo largo de su enfermedad de acuerdo a la normativa vigente;
- d) No injerencia arbitraria o abusiva en su vida privada, y a la libertad de elección.
- e) No sometimiento a torturas ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes

**ARTICULO 4°.- Definiciones.** A los fines de esta ley entiéndase por:

- a) "Enfermedad grave e incurable": toda 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.
- b) "Padecimiento grave, crónico e imposibilitante": Limitación o 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, existiendo fuerte probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.
- c) "Médico Responsable": profesional de la medicina que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales, este médico es responsable por la atención general del paciente en un hospital o en el ámbito clínico.
- d) "Médico consultor": Profesional de la medicina con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente e independiente al equipo del médico responsable y al paciente solicitante. Es el profesional que es consultado por el médico responsable, en segunda instancia, conforme lo dispuesto por el inciso 3° del artículo 12 de la presente ley, con el objeto de lograr una confirmación médica del diagnóstico, las opciones terapéuticas y el pronóstico respectivo del paciente que ha solicitado la prestación de ayuda para morir dignamente, en virtud de su nivel especializado de conocimiento y experiencia en la materia.
- e) "Consentimiento informado": Es la conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada, y en la oportunidad prevista en el inciso 2° del artículo 12° de la presente ley, para que, a petición suya, tenga lugar la prestación de la ayuda para morir dignamente. El consentimiento informado del paciente solicitante debe ser expresado por escrito, de conformidad con lo previsto en la ley 26.529 y concordantes, y en el artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación. Nadie puede ser sustituido en el ejercicio personal de este derecho.

**ARTICULO 5°.- Derechos.** Toda persona que se encuentre sufriendo una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, en los términos establecidos en esta ley, y en cumplimiento con los requisitos previstos por la misma, tiene derecho a:

- a) solicitar toda la información relativa a la prestación de ayuda para morir y recibir tal información de modo que formen y expresen su voluntad, otorguen su consentimiento y se

comuniquen e interactúen con el entorno, de modo libre, a fin de que su decisión sea individual, madura y genuina;

b) solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir, cumpliendo los requisitos y procedimientos previstos en la presente ley;

c) acceder al sistema de salud y contar con su asistencia y cobertura de las prestaciones correspondientes, desde su requerimiento y en las condiciones que se establecen en la presente ley y las leyes concordantes.

**ARTÍCULO 6°.- Garantías.** El personal de salud debe garantizar las siguientes condiciones mínimas y derechos en la atención:

a) Trato digno. El personal de salud debe observar un trato digno, respetando las convicciones personales y morales del paciente.

b) Privacidad. Toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener y transmitir información y documentación clínica del paciente debe garantizar la construcción y preservación de un ambiente de confianza entre el personal de salud y las personas que solicitan la atención, y observar el estricto respeto por su intimidad, dignidad humana y autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la confidencialidad.

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

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

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

f) Se debe suministrar información sobre los distintos métodos o modalidades de la prestación de ayuda para morir dignamente, los alcances y consecuencias de la práctica. Dicha información debe ser actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles.

**ARTÍCULO 7°.- Requisitos.** Para solicitar la prestación de ayuda para morir dignamente, se deberán cumplir los siguientes requisitos:

- a) Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante
- b) Ser ciudadano argentino o residente por un término no menor a doce meses, mayor de edad, plenamente capaz al momento de presentar la solicitud.
- c) Formular la solicitud de manera totalmente voluntaria y por escrito, en documento fechado y firmado, o por otro medio que permita dejar constancia fehaciente, conforme se prescribe en el artículo 8° de la presente ley.
- d) Prestar consentimiento informado. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente.
- e) La solicitud de la prestación de la ayuda a morir debe ser presentada al médico responsable quien instará el procedimiento que se dispone en el artículo 12° de la presente ley.

**Artículo 8°.- Forma de la solicitud.** Toda solicitud de prestación de ayuda para morir dignamente deberá hacerse por escrito personalmente por el paciente, en documento fechado y firmado, siempre que sea posible o, en su defecto, por cualquier otro medio que permita dejar constancia fehaciente. En dicha solicitud el paciente deberá expresar, además de su voluntad de morir dignamente a través de la prestación que regula la presente ley, que conoce los cuidados paliativos que la medicina actual ofrece y que renuncia a ellos por no encontrar alivio suficiente a su sufrimiento.

**Artículo 9°.- Directivas médicas anticipadas.** No será de aplicación lo previsto en las letras c) y d) del artículo 7° de la presente ley en aquellos casos en los que el médico responsable certifique que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes, siempre que el paciente haya suscrito con anterioridad un documento de directivas médicas anticipadas en los términos exigidos por el artículo 11° de la ley 26.529.

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

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

b) En los casos de personas menores de dieciséis (16) años de edad, se requerirá su consentimiento informado y se procederá conforme lo dispuesto en el artículo 26 del Código Civil y Comercial, la Convención de los Derechos del Niño, la ley 26.061, y normas concordantes.

**ARTÍCULO 11°.- Personas con capacidad restringida.** En el marco de lo establecido en la Convención sobre los Derechos de las Personas Con Discapacidad, y lo dispuesto en los artículos 38 y concordantes del Código Civil y Comercial de la Nación y normas complementarias, en el caso de que la solicitud de la prestación de ayuda para morir dignamente fuera requerida por personas con capacidad restringida, se entiende que:

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

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

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

**ARTÍCULO 12°.- Procedimiento para autorizar la prestación de ayuda para morir dignamente.**

Recibida por parte del médico responsable la solicitud de prestación a que se refiere el artículo 7°, inciso c de la presente ley, se deberá proceder del siguiente modo:

1. El médico responsable deberá:
  - a) Informar fehaciente y detalladamente al paciente sobre su situación médica, esto es, diagnóstico, pronóstico y las diferentes opciones terapéuticas y de medicina paliativas existentes; potenciales beneficios, riesgos y consecuencias en relación con los efectos sobre la expectativa y calidad de vida,
  - b) Verificar con los medios científicos a su alcance la enfermedad grave e incurable o el padecimiento grave, crónico e incapacitante que el paciente considera indigna, de tal manera que concluyan que no existe otra alternativa terapéutica posible para aliviar la penosa situación del paciente. El médico responsable debe elaborar un informe escrito que incluya diagnóstico médico y su pronóstico, así como un concepto general sobre la capacidad y la autonomía de la voluntad del paciente para tomar una decisión libre e

- informada, respecto de la prestación de ayuda para morir dignamente. El médico responsable denegará la solicitud cuando no se cumplieren los requisitos mencionados en el artículo 7º de la presente ley.
- c) Dialogar reiteradamente con el paciente, acerca de la solicitud de prestación de ayuda para morir dignamente, sus modalidades, así como de las diferentes opciones terapéuticas existentes. Dichas sesiones deben realizarse dentro de un periodo no inferior a 48 (cuarenta y ocho) horas desde que es recibida la solicitud por parte del médico responsable.
- d) Desarrollar un proceso deliberativo, por el plazo de quince (15), contados desde la fecha de la solicitud de la prestación de ayuda para morir dignamente, en el que el médico responsable atenderá cualquier duda o necesidad de ampliación de información que se le haya planteado al paciente. A requerimiento de médico responsable o del paciente, indistintamente, podrá participar en el proceso deliberativo, a título consultivo, un equipo de apoyo conformado por especialistas en psiquiatría y psicología que ayudará a confirmar la madurez del juicio del paciente y su inequívoca voluntad de morir.
2. Transcurrido el plazo de quince (15) días desde la fecha de la solicitud de la prestación de ayuda para morir dignamente, y finalizado el proceso deliberativo, el médico responsable requerirá del paciente su decisión de continuar o desistir de la solicitud de prestación de ayuda para morir dignamente. Si el paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el paciente deberá presentar una segunda solicitud por escrito u otro medio fehaciente, y el médico responsable deberá recabar del paciente la firma del documento de consentimiento informado. Cualquiera sea su decisión, de continuar o desistir, el médico responsable pondrá este hecho en conocimiento del equipo asistencial y de los familiares o allegados que el paciente solicitare
  3. En el caso que el paciente decida continuar con la solicitud de prestación de ayuda para morir dignamente, el médico responsable deberá derivarla a un médico consultor, quien tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 7º de la presente ley, a cuyo efecto redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del paciente. Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas al médico responsable y al paciente solicitante. El médico consultor deberá elaborar un informe escrito que incluya la confirmación del diagnóstico médico y su pronóstico, así como una nueva valoración sobre la capacidad y la autonomía de la voluntad del paciente para tomar una decisión libre e informada, respecto de la prestación de ayuda para morir dignamente. En caso de informe desfavorable del médico consultor sobre el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 7º de la presente ley, el paciente podrá recurrir a la Comisión Nacional de Garantía y Evaluación, en un plazo máximo de quince (15) días.
  4. Confirmado el cumplimiento de los requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir dignamente por parte del médico consultor, el médico responsable lo pondrá en inmediato conocimiento del presidente de la Comisión Nacional de Garantía y Evaluación, para que se realice el control previo.

5. Recibida la comunicación de confirmación médica a que se refiere el inciso anterior, el presidente de la Comisión Nacional de Garantía y Evaluación designará a dos miembros de la misma, un profesional médico y un abogado con versación en salud, para que verifiquen si concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir dignamente. Para el adecuado ejercicio de sus funciones, los dos miembros citados, tendrán acceso a la documentación que obre en la historia clínica, y podrán entrevistarse con el profesional médico y el equipo sanitario, así como con la persona solicitante. En los casos en que haya acuerdo entre los dos miembros citados, si la decisión es favorable, emitirán un informe que servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación de ayuda para morir dignamente. Si la decisión conjunta es desfavorable a la solicitud planteada, quedará abierta la posibilidad de recurrir por la vía prevista en el artículo 15° de la presente ley. En los casos en 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, a la mayor brevedad posible, en conocimiento del presidente, quien a su vez lo pondrá en conocimiento del médico responsable para proceder a realizar la práctica. Las resoluciones de la Comisión en pleno que informen desfavorablemente la solicitud de la prestación de ayuda para morir dignamente podrán ser recurridas por la vía prevista en el artículo 15° de la presente ley.
6. Recibida la resolución favorable por la cual la Comisión autoriza la prestación de ayuda a morir dignamente, la realización de la prestación debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales médicos, con aplicación de los protocolos correspondientes. En ningún caso el acceso a la prestación podrá dilatarse más allá de los 7 (siete) días corridos a partir de la fecha de emisión de la resolución que la autoriza. En caso de que el paciente se encuentre consciente, deberá comunicar al médico responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir. En el supuesto de que el paciente elija la administración directa de una sustancia por parte del profesional médico competente, el médico responsable asistirá al paciente hasta el momento de su muerte. En el supuesto de que elija la prescripción o suministro de una sustancia, de manera que ésta pueda ser autoadministrada por el paciente, para causar su propia muerte, el médico responsable, tras prescribir la sustancia que el propio paciente se autoadministrará, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a este hasta el momento del fallecimiento.

**ARTÍCULO 13. Registro de la prestación.** Una vez realizada la prestación de ayuda para morir, el médico responsable deberá remitir a la Comisión Nacional de Garantía y Evaluación la documentación relativa al procedimiento realizado, adjuntando los siguientes instrumentos:

- a) El registro de las solicitudes escritas o por cualquier otro medio que haya dejado constancia, hechas al médico responsable por el paciente para el acceso a la prestación de ayuda para morir dignamente;

- b) El primer informe, elaborado por el médico responsable que incluya diagnóstico médico y su pronóstico, así como un concepto general sobre la capacidad y la autonomía de la voluntad del paciente para tomar una decisión libre e informada, respecto de la prestación de ayuda para morir dignamente;
- c) El segundo informe, elaborado por el médico consultor que incluya la confirmación del diagnóstico médico y su pronóstico, así como una nueva valoración sobre la capacidad y la autonomía de la voluntad del paciente para tomar una decisión libre e informada, respecto de la prestación de ayuda para morir dignamente;
- d) Copia de la resolución de la Comisión Nacional de Garantía y Evaluación que autoriza la prestación.
- e) La Comisión deberá llevar un registro y legajo de las prestaciones que hayan sido autorizadas y efectivamente practicadas, registro que tendrá un carácter estrictamente confidencial. Transcurrido el plazo de dos años desde la práctica de la prestación, los antecedentes serán eliminados de dicho registro y base de datos.

**ARTÍCULO 14°.- Garantías en el acceso a la prestación de ayuda para morir dignamente.** La práctica de la prestación de ayuda para morir dignamente se realizará en establecimientos sanitarios públicos o privados o en el domicilio del paciente, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza. No podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses, ni quienes resulten beneficiados de la práctica.

**ARTÍCULO 15°.- Denegación.** La denegación de la prestación de ayuda para morir dignamente debe justificarse y fundarse debidamente por escrito.

En caso de denegación de la prestación por parte del médico responsable o, en su caso, el médico consultor, el paciente solicitante de la prestación puede presentar en el plazo máximo de 15 (quince) días hábiles una petición de revisión ante la Comisión Nacional de Garantía y Evaluación, quien deberá resolver si confirma la denegación o la deja sin efecto, debiendo en este último caso ordenar que se prosiga con los trámites del procedimiento previstos en el artículo 12° de la presente ley.

En caso de denegación conjunta de la prestación por parte de los dos miembros de la Comisión Nacional de Garantía y Evaluación, citados conforme lo previsto en el inc. 6° del artículo 12° de la presente ley, o de la denegatoria de la Comisión Nacional de Garantía y Evaluación en pleno, dichas decisiones podrán ser recurridas ante la jurisdicción civil y comercial federal.



**ARTÍCULO 16°.- Comisión Nacional.** Créase la Comisión Nacional de Garantía y Evaluación en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación con el propósito de garantizar el cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley, la protección de los derechos de los pacientes, así como establecer los mecanismos de evaluación y control posteriores de las prestaciones de ayuda para morir dignamente. Los integrantes de la Comisión Nacional serán designados por el Ministerio de Salud en base a sus conocimientos y experiencia en la materia, debiendo respetarse la siguiente composición:

- a) 4 (cuatro) integrantes deben ser médicos, y al menos uno de ellos debe ser especialista en psiquiatría;
- b) 1 (uno) integrante debe ser psicólogo;
- c) 2 (dos) integrantes deben ser abogados, y al menos uno de ellos debe ejercer o haber ejercido como miembro de la Corte Suprema de Justicia de la Nación o de un Tribunal Superior de Justicia provincial o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**ARTÍCULO 17°.- Funciones.** La Comisión Nacional tiene las siguientes funciones:

- a) Resolver en el plazo máximo de 15 (quince) días corridos las peticiones de revisión que formulen las personas a las que el médico responsable o el médico consultor hayan denegado su solicitud de prestación de ayuda para morir dignamente.
- b) Intervenir en el Procedimiento previo para autorizar la prestación de ayuda para morir dignamente, en los términos previstos en los incisos 5 y 6° del artículo 12° de la presente ley.
- c) Crear y administrar un Archivo Nacional de carácter confidencial para el registro de todos los casos reportados de prestación de ayuda para morir dignamente;
- d) Elaborar un informe anual sobre la aplicación de la presente Ley. Dicho informe, será girado al Ministerio de Salud, al Consejo Federal de Salud y a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados y del Senado
- e) Diseñar todos los formularios a que haya lugar para la aplicación de la presente Ley
- f) Recomendar las reformas legislativas y administrativas que sean necesarias para la mejor implementación de la presente Ley.

**ARTÍCULO 18°.- Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.** El profesional de salud que deba intervenir de manera directa en la prestación de ayuda para morir dignamente, tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito. A los fines del ejercicio de la misma, deberá: a) Mantener su decisión en todos los

ámbitos, público, privado o de la seguridad social, en los que ejerza su profesión; b) Derivar de buena fe al paciente para que sea atendido por otro profesional en forma temporánea y oportuna, sin dilaciones; c) Cumplir con el resto de sus deberes profesionales y obligaciones jurídicas. El incumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente artículo dará lugar a sanciones disciplinarias, administrativas, penales y civiles, según corresponda.

**ARTICULO 19°.- Obligaciones de los establecimientos de salud.** Aquellos efectores de salud del subsector privado o de la seguridad social que no cuenten con profesionales para realizar las prestaciones de ayuda para morir dignamente a causa del ejercicio del derecho de objeción de conciencia de conformidad con el artículo anterior, deberán prever y disponer la derivación a un efector que realice efectivamente la prestación y que sea de similares características al que el paciente de la prestación solicitó. En todos los casos se deberá garantizar la ejecución de la prestación conforme a las previsiones de la presente ley. Las gestiones y costos asociados a la derivación y el traslado del/de la paciente quedarán a cargo del efector que realice la derivación.

**ARTÍCULO 20°.- Cobertura integral y gratuita de las prestaciones.** El sector público de salud, las obras sociales enmarcadas en las leyes 23.660 y 23.661, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados creado por la ley 19.032, las entidades y agentes de salud comprendidos en la ley 26.682, de marco regulatorio de medicina prepaga, las entidades que brinden atención dentro de la reglamentación del decreto 1.993/11, las obras sociales de las fuerzas armadas y de seguridad, las obras sociales del Poder Legislativo y Judicial y las comprendidas en la ley 24.741, de obras sociales universitarias, y todos aquellos agentes y organizaciones que brinden servicios médico-asistenciales a las personas afiliadas o beneficiarias, independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar la cobertura integral y gratuita de las prestaciones de ayuda directa e indirecta para morir dignamente. Estas prestaciones quedan incluidas en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en el Programa Médico Obligatorio con cobertura total.

**ARTÍCULO 21°.- No punibilidad.** No será objeto de sanción civil, penal y/o administrativa el profesional de la salud que respete estrictamente los requisitos y el procedimiento previsto en la presente ley para la ejecución de prestaciones de ayuda para morir dignamente.

**ARTÍCULO 22°.- Sustitución en el Código Civil y Comercial.** Sustituyese el artículo 60° del Código Civil y Comercial el que quedará redactado de la siguiente manera:

“Artículo 60°. Directivas médicas anticipadas. La persona plenamente capaz puede anticipar directivas y conferir mandato respecto de su salud y en previsión de su propia incapacidad. Puede también designar a la persona o personas que han de expresar el consentimiento para los actos médicos y para ejercer su curatela. Esta declaración de voluntad puede ser libremente revocada en todo momento.”

**ARTÍCULO 23°.- Sustitución en la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.** Sustituyese artículo 11° de la Ley 26.529 el que quedará redactado de la siguiente manera:

“Artículo 11: Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.”

**ARTÍCULO 24°.- Autoridad de aplicación.** Designase como autoridad de aplicación de la presente ley al Ministerio de Salud de la Nación.

**ARTÍCULO 25°.- Orden público.** Las disposiciones de la presente ley son de orden público, y de aplicación obligatoria y operativa en todo el territorio de la República Argentina.

**ARTÍCULO 26°.-** De forma. Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

## Fundamentos

Señora Presidenta:

Este es el primer proyecto que dirijo a la primera Presidenta de la Cámara de Diputados, lo que es parte del cambio de tiempos que vivimos. Me alegra que estos nuevos tiempos traigan cambios y más derechos.

En este sentido, vengo a presentar un proyecto que se propone dar fin a algunas de las prácticas médicas más arraigadas, como es la distanasia que, tal como la entiende la Real Academia Española, es la "prolongación médicamente inútil de la agonía de un paciente sin perspectiva de cura". Pero antes de entrar en los detalles del proyecto quiero dar un contexto al por qué de esta propuesta.

En otras culturas la muerte es parte de la vida. Pero para occidente es cada vez más difícil enfrentar la muerte. Vemos que lo "natural" es vivir el mayor tiempo posible. Leemos en Jean Baudrillard<sup>1</sup> que "nuestra idea moderna de la muerte está dominada por un sistema de representaciones totalmente diferente: el de la máquina y el funcionamiento. Una máquina anda o no anda. Del mismo modo, la máquina biológica está muerta o viva". Nos dice Byung-Chul Han que "en los tiempos actuales, que aspiran a proscribir de la vida toda negatividad, también enmudece la muerte<sup>2</sup>" que termina siendo un "mero cese de la vida, que hay que postergar por todos los medios". Y volviendo a Baudrillard, la muerte "entra en contradicción aguda con los principios de la racionalidad burguesa; valores individuales, progreso ilimitado de la ciencia, dominio de la naturaleza en todas las cosas. Neutralizada como «hecho natural», se vuelve también, cada vez más, un escándalo<sup>3</sup>". Por esto vamos a indagar en el origen de la necesidad de regular legalmente. Estamos atravesando un momento histórico en que necesitamos completar una serie de derechos individuales que podemos datar desde la aceptación de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre en diciembre de 1948.

Pero volviendo a las culturas y a la visión de la muerte, en la cultura cristiana el suicidio está castigado, aunque no así en toda la cultura occidental. Es la cultura cristiana la que castiga el suicidio frente a la grecorromana que no lo hace. De ahí que siempre se haga mención al juramento hipocrático original que dice "No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco

---

<sup>1</sup> Ver Jean Baudrillard, "El intercambio simbólico y la muerte", Monte Avila Editores, 1980, pág. 185.

<sup>2</sup> Byung-Chul Han, "La expulsión de lo distinto", Herder Editorial, 2017, pág. 51

<sup>3</sup> Baudrillard (1980), pág. 187.

letal, ni haré semejante sugerencia". Dado esto, veremos primero cuál ha sido el valor de verdad de este juramento.

Los principios éticos del juramento hipocrático no fueron aceptados unánimemente en la antigüedad sino que fueron los valores de los pitagóricos "pero a lo largo de los siglos se transformaron casi en universales a través de la medicina cristiana, judía y musulmana y de las escuelas de medicina de las edades media y moderna"<sup>4</sup>. Por su parte, el Dr. José Antonio Remis, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán, nos ilustra acerca del texto de este juramento y devela que no hay ninguna certeza de que estos principios se hayan aplicado antes de la era cristiana y, abunda, explicando que se le introdujeron modificaciones antes de que el Papa Clemente VII, en la bula *Quod jusiurandum*, de 1531, prescribiera su adopción para todos los nuevos médicos. En esa nota publicada en la Revista Argentina de Radiología, el médico subraya que el viejo juramento fue modificado en 1948 para abandonar el principio paternalista y para dar preeminencia a la autodeterminación del paciente. Hemos dejado a un lado el "deber y derecho" del médico de decidir cómo tratar al paciente. Hoy reconocemos el derecho del paciente a recibir información adecuada y suficiente sobre su diagnóstico, pronóstico, alternativas terapéuticas y riesgos. Y también reconocemos el derecho del paciente a decidir sobre su propia salud, rechazando algunos tratamientos según su propia determinación tras haber recibido la información suficiente.

Agrego sobre este punto recurrente sobre la prohibición médica de asistir a un suicida contenida en el viejo juramento hipocrático de 1531, que el Dr. Remis subraya que "La principal revisión moderna fue llevada a cabo en Ginebra, por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (AMM) cuya resultante es conocida como Declaración de Ginebra, Suiza, en septiembre de 1948. Posteriores enmiendas fueron realizadas por la AMM en Australia en agosto de 1986, en Venecia, Italia en octubre de 1983, en Estocolmo, Suecia, septiembre 1994 y revisada en su redacción en Francia en mayo 2006"<sup>5</sup>. En efecto, el juramento hipocrático que nos ha llegado decía "No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia. Igualmente tampoco proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo. En pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte" mientras que el texto actual, según la Declaración de Ginebra<sup>6</sup> de la Asociación Médica Mundial dice "Velar con el máximo respeto por la vida humana", sin más.

Hoy avanzamos hacia una sociedad en la que la dignidad humana y el derecho a la libre determinación del ciudadano son los pilares de nuestros valores. Por lo tanto, así como

---

<sup>4</sup> Ver: Rancich, A. M., & Gelpi, R. J. (1998). Análisis de los principios éticos en juramentos médicos utilizados en las facultades de medicina de la Argentina en relación al hipocrático. *Medicina (Buenos Aires)*, 58, 147-152.

<sup>5</sup> Remis, J. A. (2009). Pasado y presente del juramento Hipocrático: Análisis de su vigencia. *Revista argentina de radiología*, 73(2), 139-141.

<sup>6</sup> La actual redacción incluye una enmienda por parte de la 68ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en Chicago, Estados Unidos, en octubre de 2017. Ver: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-ginebra/>

defendemos la dignidad de los ciudadanos en todos los aspectos de su vida, también defendemos su derecho a una muerte autodeterminada en el que la persona pueda preservar su personalidad en todo momento de su vida, decidiendo cómo vivirla y cómo ponerle fin, como acto de autodeterminación plenamente autónomo. Es en este sentido que creemos que en estas situaciones el ciudadano tiene derecho a solicitar la asistencia para terminar con una situación que afecta a su dignidad como persona.

La República Argentina ha suscrito diversos tratados internacionales y convenciones que apuntan a considerar la dignidad humana como valor supremo, y de ahí que, siendo la dignidad la base de consideración, buscamos restaurar el derecho de la persona a ser ella misma cabalmente, pudiendo tomar las decisiones debidamente informadas que hagan que pueda ejercer sus derechos hasta el último instante. Si esto hace a los aspectos más íntimos y personales del ciudadano, mal podría el Estado limitar sus alcances cuando todo andamiaje jurídico apunta a la defensa irrestricta de estas libertades y derechos personalísimos. Hoy estamos levantando algunas de esas rémoras que limitan el ejercicio de los derechos más íntimos de una persona.

Coincidimos en este caso con lo afirmado por el Tribunal Constitucional Alemán en 2020<sup>7</sup>:

*"El individuo debe conservar la libertad de rechazar las ofertas destinadas a preservar la vida y poder ejecutar la decisión adoptada en correspondencia con su comprensión del sentido de la propia existencia de poner fin a la propia vida con la ayuda de un tercero. Una protección de la vida dirigida contra la autonomía contradice la autocomprensión de una comunidad en la que la dignidad del ser humano está en el centro del orden de valores y que, por lo tanto, se compromete a respetar y proteger la libre personalidad humana como valor supremo de su constitución. Dada la importancia existencial que le corresponde a la libertad de suicidarse para la salvaguarda autodeterminada de la personalidad, tal posibilidad debe estar siempre garantizada de una manera atenta a la realidad".*

Y coincidimos porque la legislación argentina avanza en el mismo sentido desde principios de siglo con la sanción de la Ley 26.529, "Ley de Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud", cuyo proyecto de base lo presentó el Senador Marcelo Guinle en 2007, sienta las bases del consentimiento informado mientras que la Ley 26742 la modifica por iniciativa del Diputado Miguel Bonasso presentada en 2011, ampliando los derechos a no recibir información o a negarse a seguir ciertos tratamientos. Así ratificamos que nuestra legislación se aparta de esas prácticas medievales en las que el paciente es solo un sujeto pasivo que es conducido por un médico que toma decisiones ya que el Congreso de la Nación avanzó en la protección de los derechos del paciente desde inicios del siglo, por lo que esta línea

---

<sup>7</sup> Citado por Ivo Coca-Vila en "El derecho a un suicidio asistido frente a la prohibición de su fomento como actividad recurrente (§ 217 StGB). Comentario a la Sentencia del Tribunal Constitucional Federal alemán de 26 de febrero de 2020" publicado en *InDret*, 4.

lleva 15 años de antigüedad. No se trata de avances intempestivos, sino que vamos construyendo la plena libertad del ciudadano en cada nueva norma.

Hace 30 años, Carlos Nino, adelantado a nuestros tiempos, hablaba sobre la diferencia entre lo que entonces se llamaba eutanasia pasiva (derecho a negarse a seguir ciertos tratamientos, por ejemplo, derecho receptado en la Ley 26.529) de la eutanasia activa (expresamente negada en la Ley 26.529). Transcribimos la cita de Erica Baum<sup>8</sup> sobre el texto de Nino:

*"Creo que la diferencia está dada por la distinción entre requerimiento y consentimiento: el primero es la expresión del ejercicio de la autonomía del individuo, indica que el estado de las cosas en cuestión se conforma con el proyecto vital del individuo. En cambio, el consentimiento del individuo meramente expresa su disposición a ceder parte de su autonomía como condición necesaria —dados los arreglos legales de la sociedad— para satisfacer razones que pueden o no estar asociadas al ejercicio de su autonomía en persecución de un plan de vida".*

Resalta Baum la "diferencia entre pedir y tolerar, entre requerir y consentir", agregando que es el "estado paternalista en asuntos de salud que decide por los individuos que lo componen qué es bueno para ellos ante una situación de enfermedad grave e irreversible: soportar el dolor hasta la muerte (natural)". Esto es lo que criticó Nino en 1992, lo que puntualizó Baum en 2017 y lo que venimos a corregir: no queremos ese Estado paternalista, sino que queremos que los ciudadanos puedan tomar decisiones meditadas sobre todos los aspectos de sus vidas. Y de sus muertes.

Los editores de "The New York Review" exponían crudamente la situación frente al dolor en 1997 publicando que "El actual sistema de dos niveles —una muerte elegida y el fin del dolor fuera de la ley para quienes tienen conexiones y negativas pétreas para la mayoría de las demás personas— es uno de los mayores escándalos de la práctica médica contemporánea. La sensación que tienen muchas personas de clase media de que, si es necesario, su propio médico "sabría qué hacer" ayuda a explicar por qué la presión política no es más fuerte a favor de un sistema más justo y abierto en el que la ley reconozca para todos lo que ahora esperan las personas influyentes para ellos mismos". También lo vemos en la Argentina de hoy y, nuevamente, venimos a reparar en nuestro país estas situaciones que hacen que el acceso a medios económicos distintos, desemboquen en acceso a prácticas distintas.

Por estas razones venimos a proponer la aprobación de este proyecto que tiene por objeto el acceso a una muerte digna, en cumplimiento de los tratados ya firmados por nuestro país. En el texto en particular se establece una serie de principios rectores de la interpretación tanto como se da una serie de definiciones para que la reglamentación y las normas derivadas sean claras y no se tergiversen los conceptos. Proponemos garantías de trato digno, privacidad y confidencialidad que deben ser estrictos porque se trata de la preservación de derechos

---

<sup>8</sup> Baum, E. (2017). Eutanasia, empatía, compasión y Derechos Humanos. *Revista de bioética y derecho*, (39), 5-21.

personalísimos de las personas. Los requisitos para la solicitud son los que se exigen en países como Colombia o España, por lo que hay un cierto consenso en sus formas. Por el lado de los tiempos, hemos buscado que no sean demasiado extensos ya que se trata de decisiones que deben ser meditadas, informadas y aceptadas, pero deben tener también una rápida respuesta por parte del Estado que no puede erigirse en la autoridad paternalista sino solamente en el garante del derecho y supervisor de que todas las garantías estén dadas. Por otra parte, se crea una Comisión Nacional de Garantía y Evaluación en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación que será la autoridad que concentrará las solicitudes e investigará los antecedentes rápidamente. Por último, para quitar alguna de las rémoras del Estado paternalista que criticara Nino, proponemos modificar el artículo 11 de la Ley 26.529 que era uno de los que establecía esa distinción señalada por Baum entre el pedir y tolerar.

De esta forma, creemos que estamos dando respuestas a viejos problemas, velando por la integridad y dignidad de los y las argentinas.

Por estas razones es que solicito a mis pares que me acompañen con la aprobación del presente proyecto de ley.