

PROYECTO DE LEY

Senado y Cámara de Diputados, ...

REGULACIÓN DE LA EUTANASIA Y LA MUERTE ASISTIDA

CAPÍTULO I Disposiciones Generales

Artículo 1°- Objeto. El objeto de esta Ley es reconocer el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas, a solicitar la interrupción de su vida y regular el procedimiento que ha de seguirse, establecer los mecanismos que permiten controlar y evaluar los procedimientos y las garantías que han de observarse.

Artículo 2°-Modalidades de interrupción de la vida. La interrupción de la vida del paciente puede realizarse en dos modalidades, práctica eutanasica o muerte asistida, y debe efectuarse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte del personal de la salud, con aplicación de los protocolos que a ese efecto determine la reglamentación, los cuales contendrán los criterios respecto a la forma y tiempo de realización de la prestación.

Artículo 3°-Definiciones. A los efectos de lo previsto en esta Ley, se entiende por:

- a) Práctica Eutanasica:** Administración directa al paciente de una sustancia que provoca la muerte, por parte del profesional de la salud competente, a partir de la petición libre, informada y reiterada del paciente que esté sufriendo intensos dolores, continuados padecimientos o una condición de gran dependencia y disminución de su integridad, que la persona considere indigna a causa de una enfermedad grave e incurable o de un padecimiento grave, crónico e imposibilitante.
- b) Muerte Asistida:** Prescripción o suministro al paciente por parte del profesional de la salud de una sustancia, de manera que éste se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte a partir de su petición libre, informada y reiterada, cuando esté sufriendo intensos dolores, continuados padecimientos o una condición de gran dependencia y disminución de su integridad, que la persona considere indigna a causa de enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante.
- c) Objeción de conciencia sanitaria:** Derecho individual de los profesionales de la salud a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones.
- d) Consentimiento informado:** Es la conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar la interrupción de su vida a través de la práctica eutanasica o muerte asistida. 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.
- 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.

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.

g) Médico responsable: Profesional de la medicina a cargo del cuidado del paciente, y a petición expresa del mismo, de la interrupción voluntaria de su vida. Tiene el deber de 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.

h) 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, con el objeto de lograr una confirmación médica del diagnóstico, las opciones terapéuticas y el pronóstico respectivo del paciente que ha solicitado la interrupción voluntaria de su vida, en virtud de su nivel especializado de conocimiento y experiencia en la materia.

CAPÍTULO II Decisión y requisitos

Artículo 4º- Decisión. La decisión de solicitar la practica eutanásica o muerte asistida ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento del paciente sobre su proceso médico, después de haber sido informado adecuadamente por el equipo sanitario responsable. En la historia clínica deberá quedar constancia que la información ha sido recibida y comprendida por el paciente.

La única persona que puede practicar el procedimiento eutanásico o asistir a la muerte a un paciente, es un profesional de la medicina, que para los efectos de esta ley es el médico responsable.

Artículo 5º-Requisitos. La práctica del procedimiento eutanásico o muerte asistida deberá realizarse cuando se verifique el cumplimiento de cada uno de los siguientes requisitos:

- 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, conforme lo establecido en el artículo 11 de la Ley 26.529, en cuyo caso la práctica se realizará conforme a lo dispuesto en dicho documento.
- e) Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria, por escrito u otro medio, con cumplimiento a las disposiciones del Capítulo III de la presente Ley.
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.

Artículo 6°-Revocabilidad. El paciente podrá solicitar el aplazamiento o revocar la solicitud de interrupción voluntaria de su vida sin formalidad alguna y en cualquier tiempo, incluso hasta último momento, debiéndose incorporar su decisión a la historia clínica.

CAPÍTULO III Procedimiento de la interrupción de la vida

Artículo 7°-Procedimiento. El procedimiento a seguir por el médico responsable ante una solicitud de interrupción voluntaria de la vida, será el siguiente:

- a) Recibida la primera solicitud de interrupción de la vida a la que se refiere el artículo 5º, inciso e), el médico responsable verificará el cumplimiento de los requisitos previstos en el artículo 5º.
- b) El médico responsable denegará la solicitud cuando no se cumplieren los requisitos mencionados en el artículo 5º. La denegación deberá realizarse siempre por escrito y deberá consignar el motivo del rechazo.

Contra dicha denegación, el solicitante podrá recurrir ante la Comisión de Garantía y Evaluación en el plazo de quince (15) días.
- c) Verificado el cumplimiento de los requisitos mencionados en el artículo 5º, el médico responsable iniciará con el paciente solicitante, en un plazo máximo de dos 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, quien retomará con el mismo el proceso deliberativo en un plazo máximo de dos días. Durante el proceso, el médico responsable atenderá cualquier duda o necesidad de ampliación de información que se le haya planteado al paciente con la información proporcionada en la presentación de la primera solicitud.

En el proceso deliberativo participará un equipo de apoyo conformado por especialistas en psiquiatría y psicología que ayudará a confirmar la madurez del juicio del paciente y su inequívoca voluntad de morir.

d) Finalizado el proceso deliberativo, el médico responsable recabará del paciente su decisión de continuar o desistir de la solicitud de interrupción voluntaria de la vida.

Si el paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico responsable deberá recabar del paciente la firma del documento de consentimiento informado, y cualquiera sea su decisión, de continuar o desistir, el médico responsable pondrá este hecho en conocimiento del equipo asistencial y a los familiares o allegados que el paciente solicitare.

e) 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 en el artículo 5º, 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.

En caso de informe desfavorable del médico consultor sobre el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5º, el paciente podrá recurrir a la Comisión de Garantía y Evaluación, en un plazo máximo de quince (15) días.

f) Confirmada 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 eutanásica o muerte asistida, previsto en el artículo 8º.

Artículo 8º-Verificación previa por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación. Recibida la comunicación de confirmación médica a que se refiere el artículo 7º inc. f), el presidente de la Comisión 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 interrupción de la vida.

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 interrupción

voluntaria de la vida. Si la decisión es desfavorable a la solicitud planteada, quedará abierta la posibilidad de reclamar en virtud de lo previsto en el inciso a) del artículo 16º.

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 que informen desfavorablemente la solicitud de interrupción voluntaria de la vida podrán ser recurridas ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

Artículo 9º- Comunicación a la Comisión de Garantía y Evaluación tras la realización de la práctica. Una vez realizado el procedimiento, el médico responsable deberá remitir a la Comisión de Garantía y Evaluación, los siguientes dos documentos:

a) El primer documento “documento de partes intervinientes”, firmado y sellado por el médico responsable, deberá recoger los siguientes datos:

i) Nombre completo y domicilio del paciente solicitante y, en su caso, de la persona autorizada que lo asistiera. ii) Nombre completo, dirección y matrícula profesional del médico responsable.

iii) Nombre completo, dirección y matrícula profesional del médico consultor cuya opinión se ha recabado.

iv) Si la persona solicitante disponía de un documento de instrucciones previas o documento equivalente y en él se señalaba a un representante, nombre completo del mismo. En caso contrario, nombre completo de la persona que presentó la solicitud en nombre del paciente en situación de capacidad restringida o incapacidad.

b) El segundo documento “documento del proceso”, deberá recoger los siguientes datos:

i) Nombre completo del paciente solicitante.

ii) Fecha y lugar de la muerte. iii) Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona. iv) Descripción de la patología padecida por la persona solicitante.

v) Razones y fundamentos por los cuales se considera que la persona no tenía perspectivas de mejoría.

vi) Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa.

vii) Si existía documento de instrucciones previas o documento equivalente, una copia del mismo.

viii) Procedimiento seguido por el médico responsable y el resto del equipo de profesionales de la salud para realizar la interrupción voluntaria de la vida.

ix) Fechas de los informes emitidos por los médicos consultores.

CAPÍTULO IV

Garantías en el acceso a la interrupción de la vida.

Artículo 10° -Lugar de realización. 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. No podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses, ni quienes resulten beneficiados de la práctica.

Artículo 11° -Protección de la intimidad y confidencialidad. 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. Además, deberán contar con sistemas de custodia de las historias clínicas de los pacientes y cumplimentar la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

Artículo 12° -Objeción de conciencia de los profesionales de la salud. Los profesionales de la salud directamente implicados en la práctica podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito. De este mismo derecho gozará el resto del personal al que corresponda prestar funciones durante la práctica.

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 y que sea de similares características al que la persona solicitante de la prestación consultó. En todos los casos se debe garantizar la realización de la práctica conforme a las previsiones de la presente ley. Las gestiones y costos asociados a la derivación y el traslado del paciente quedarán a cargo del efector que realice la derivación. Todas las derivaciones contempladas en este artículo deberán facturarse de acuerdo con la cobertura a favor del efector que realice la práctica.

Artículo 13° -Cobertura y calidad de las prestaciones. El sector público de la salud, las obras sociales enmarcadas en la ley 23.660 y en la ley 23.661, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados creado por la ley 19.032, las entidades y agentes de salud comprendidos en la ley 26.682, de marco regulatorio de medicina prepaga, las entidades que brinden atención dentro de la reglamentación del decreto 1.993/11, las obras sociales de las fuerzas armadas y de seguridad, las obras sociales del Poder Legislativo y Judicial y las comprendidas en la ley 24.741, de obras sociales universitarias, y todos aquellos agentes y organizaciones que brinden servicios médico-asistenciales a las personas afiliadas o beneficiarias, independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar la

cobertura integral y gratuita de la interrupción voluntaria de la vida prevista en la presente ley.

CAPÍTULO V

Comisiones de Garantía y Evaluación

Artículo 14° -Creación. Créase una Comisión de Garantía y Evaluación en cada una de las jurisdicciones provinciales del territorio nacional, con el propósito de garantizar el cumplimiento de las disposiciones normativas de la presente ley.

Las Comisiones tendrán la naturaleza de órgano administrativo, serán creadas por los respectivos gobiernos locales, quienes determinarán su régimen jurídico.

Cada Comisión de Garantía y Evaluación deberá disponer de un reglamento de orden interno, que será elaborado por la citada Comisión y autorizado por el órgano jurisdiccional competente.

Los representantes de las Comisiones jurisdiccionales se reunirán periódicamente, bajo la coordinación del Ministerio de Salud de la Nación, para homogenizar criterios en la práctica eutanásica o muerte asistida.

Artículo 15° -Composición. La composición de cada una de las comisiones tendrá carácter multidisciplinar y deberá contar con un mínimo de 7 miembros entre los que deberá incluirse un profesional médico y un abogado con versación en Salud.

Para la selección de sus integrantes, la autoridad de aplicación deberá establecer el nivel de conocimiento, experiencia y reconocimiento en las materias relacionadas con la competencia de la Comisión.

Artículo 16° -Funciones. Las comisiones jurisdiccionales tendrán las siguientes funciones: a)

Durante el proceso:

Resolver en el plazo máximo de quince días los reclamos que formulen las personas a las que el médico responsable haya denegado su solicitud de interrupción de la vida, así como dirimir los conflictos de intereses que puedan suscitarse según lo previsto en el artículo 10°.

También resolverá en el plazo de quince días los reclamos en caso de decisión desfavorable a los que se refiere el artículo 8°, sin que puedan participar en la resolución los mismos dos miembros designados inicialmente para verificar el cumplimiento de los requisitos de la solicitud. Asimismo, resolverá en igual plazo sobre las solicitudes pendientes de verificación y elevadas al pleno por existir disparidad de criterios entre los miembros designados que impida la formulación de un informe favorable o desfavorable.

Transcurrido el plazo de quince días sin haberse dictado resolución, dará derecho a los solicitantes a entender como denegada su solicitud de interrupción de la vida, quedando

abierta la posibilidad de recurrir ante la jurisdicción contencioso-administrativa. b) Después de la práctica:

Verificar si la prestación se ha realizado de acuerdo con los procedimientos previstos en la ley. Dicha verificación se realizará con carácter general a partir de los datos recogidos en los documentos remitidos a la Comisión de Garantía y Evaluación. Realizada la verificación, la Comisión podrá decidir por mayoría simple solicitar al médico responsable la información recogida en la historia clínica del paciente que tenga relación con la realización de la prestación, y/o denunciar a las autoridades competentes los hechos o actos constitutivos de faltas o delitos.

c) Elaborar un informe anual sobre la aplicación de la presente ley indicando los factores relevantes para su evaluación y seguimiento. Dicho informe, será presentado ante la autoridad jurisdiccional que determine la autoridad de aplicación de la presente ley.

d) Cualquier otra función que determine la reglamentación de esta ley.

CAPÍTULO VI Modificaciones Legislativas

Artículo 17° -Modifíquese el Artículo 11 de la Ley 26.529 -Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud- 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 18° -Incorpórese como Artículo 83 bis del Código Penal.

“Artículo 83 bis - No es delito la ayuda al suicidio ni la muerte causada como consecuencia de la realización de prácticas eutanásicas o de muerte asistida, que cuente con el consentimiento libre e informado del paciente que esté sufriendo una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, de conformidad con los requisitos y el procedimiento establecido por la ley que regula la interrupción de la vida.”

Artículo 19° -Incorpórese como Artículo 83 ter del Código Penal.

“Artículo 83 ter- Será reprimido con prisión de tres (3) meses a un (1) año e inhabilitación especial por el doble del tiempo de la condena, el funcionario público o la autoridad del establecimiento de salud, profesional, efector o personal de salud que dilatare injustificadamente, obstaculizare o se negare, en contravención de la normativa vigente, a realizar la interrupción de la vida en los casos legalmente autorizados.”

CAPÍTULO VII

Disposiciones finales

Artículo 20° -El Poder Ejecutivo determinará la autoridad de Aplicación de la presente ley.

Artículo 21° -La presente Ley se reglamentará dentro del ciento veinte (120) días de su promulgación.

Artículo 22° -La presente ley es de orden público y de aplicación obligatoria en todo territorio de la República Argentina.

Artículo 23° -Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Julio C. Cobos

Fundamentos

Sr. Presidente:

El presente proyecto de Ley es una representación del proyecto 3956-D-2022 de mi autoría, el mismo, pretende regular y despenalizar la eutanasia en determinados supuestos, claramente definidos, basado en la posible compatibilidad de derechos y principios fundamentales: el derecho a la vida, a la integridad física y moral, a la dignidad y libertad o autonomía de la voluntad.

Se plantea una regulación que respeta la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en una situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurable, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables.

La decisión de cómo enfrentar la muerte adquiere una importancia decisiva para la persona que padece una enfermedad terminal, que sabe que no puede ser curado, y que en consecuencia, no está optando entre la muerte y años de vida plena, sino entre morir en las condiciones que escoge o morir poco tiempo después en circunstancias dolorosas y que considera indignas.

Consideramos que el derecho fundamental a vivir en forma digna implica el derecho a morir dignamente, pues condenar una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones, equivale no solo a un trato cruel e inhumano, sino una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral.

Los avances que la humanidad ha ido logrando en distintas áreas de conocimiento, nos enfrentan a situaciones nuevas que como sociedad debemos evaluar y resolver, y la legislación acompañar preservando y respetando nuestros derechos. Podemos mencionar, entre otras, la prolongación de la esperanza de vida y el retraso en la edad de morir, en algunas circunstancias en condiciones de importante deterioro físico y psíquico; los medios técnicos capaces de sostener la vida durante un tiempo prolongado, sin lograr la curación o mejora significativa de la calidad de vida; la secularización de la vida y conciencia social y de los valores de las personas; el reconocimiento de la autonomía de la persona en el ámbito sanitario.

El debate sobre la eutanasia se ha plantado en nuestro país y en países de nuestro entorno durante las últimas décadas, y se aviva periódicamente a raíz de casos que conmueven a la opinión pública.

La eutanasia se ha incorporado a diferentes ordenamientos jurídicos. En países como Holanda (2002), Bélgica (2002), y con algunas limitaciones en el Estado de Oregón en los Estados Unidos (1997), se permite la práctica de la eutanasia activa y del suicidio asistido. En el caso de Suiza (1941), la eutanasia activa es ilegal, pero se permite la asistencia al suicidio y esta puede ser practicada por cualquier persona. En abril de 2002, el Parlamento Holandés aprobó la ley que permite la Eutanasia y el suicidio asistido en los casos de dolor continuo e insoportable. El paciente tiene que estar lúcido y el médico tratante debe buscar una segunda opinión, solamente él mismo y no la familia, puede administrar la dosis letal. En mayo de 1997, la Corte Constitucional colombiana dictaminó que no es un crimen ayudar o suministrarle los medios para morir a una persona que padezca una enfermedad terminal, si esta da un claro y

preciso consentimiento, sin embargo la Eutanasia continúa siendo ilegal. Suecia no tiene leyes específicas en el caso, pero una persona puede ser acusada de asesinato por asistir en una muerte. En Finlandia, la legislación sobre los enfermos incluye un reglamento sobre la eutanasia y distingue entre eutanasia activa y pasiva. La eutanasia activa no es legal. Por el contrario, la eutanasia pasiva, como la suspensión del tratamiento de un enfermo terminal, está permitida. Japón permite el suicidio voluntario asistido por médicos desde 1962, sin embargo, raramente sucede debido a tabúes culturales. España en marzo de 2021 se unió a la lista de países en los que es legal la eutanasia. Colombia en el 2015 se convirtió en el primer país latinoamericano en practicar eutanasia de manera legal. Chile, con un proyecto con media sanción en Diputados en diciembre de 2020, se convertiría en el segundo país de Latinoamérica y el octavo en el mundo en aprobar el derecho a la muerte asistida bajo ciertos lineamientos médicos de padecimientos de salud.

A nivel internacional, fundamentalmente, podemos distinguir dos modelos de tratamiento normativo de la eutanasia. Por un lado, el modelo de los países que despenalizan las conductas eutanásicas cuando se considera que quien la realiza no tiene una conducta egoísta, y por consiguiente tiene una razón compasiva, dando lugar a espacios jurídicos indeterminados que no ofrecen las garantías necesarias. Por otro, el modelo de los países que han regulado los supuestos en que la eutanasia es una práctica legalmente aceptable, siempre que sean observados concretos requisitos y garantías. Este proyecto de Ley pretende adoptar el segundo modelo de legislación, presentando una regulación sistemática y ordenada a los supuestos en los que la eutanasia no deba ser objeto de reproche penal.

Entendemos que el contexto eutanásico, en el cual se acepta legalmente prestar ayuda para morir a otra persona, debe delimitarse con arreglo a determinadas condiciones que afectan a la situación física de la persona con el consiguiente sufrimiento físico o mental en que se encuentra, a las posibilidades de intervención para aliviar su sufrimiento, y a las convicciones morales de la persona sobre la preservación de su vida en unas condiciones que considere incompatibles con su dignidad personal. Así mismo, han de establecerse garantías para que la decisión de poner fin a la vida se produzca con absoluta libertad, autonomía y conocimiento, protegida por tanto de presiones de toda índole que pudieran provenir de entornos sociales, económicos o familiares desfavorables, o incluso de decisiones apresuradas. Este contexto eutanásico, así delimitado, requiere de una valoración cualificada y externa a las personas solicitante y ejecutora, previa y posterior al acto eutanásico.

Es nuestro propósito introducir la eutanasia al ordenamiento jurídico nacional, entendiendo por tal la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios.

El presente proyecto de Ley se estructura en siete capítulos que contienen disposiciones y regulan los requisitos, procedimiento de la interrupción de la vida, garantías en el acceso a la interrupción de la vida y modificaciones legislativas a la Ley de Derechos del Paciente y al Código Penal.

La eutanasia conecta el derecho a la vida con los derechos a la integridad física y moral de la persona, a la dignidad humana, a la libertad, y a la intimidad. Cuando una persona plenamente capaz y libre se enfrenta a una situación vital que a su juicio vulnera su dignidad, intimidad e integridad, como la que define el contexto eutanásico descrito, el bien de la vida puede decaer en favor de los demás bienes y derechos con los que debe ser ponderado, toda vez que no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad del titular del derecho a la vida. Por esta razón, el Estado debe proveer un régimen jurídico que establezca las garantías necesarias y de seguridad jurídica.

Si la muerte es el final de la vida, y está integrada desde un punto de vista biológico, el derecho a una vida digna debe conllevar también el derecho a una muerte digna. 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 nuevo derecho con el cual se posibilita la solicitud de la interrupción de la vida ante determinadas condiciones reguladas.

Por los motivos expuestos, solicito a mis pares me acompañen en el tratamiento y aprobación de la presente iniciativa.

Julio C. Cobos