

PROYECTO DE LEY

EL SENADO Y LA CAMARA DE DIPUTADOS

SANCIONAN CON FUERZA DE LEY

LEY DE MUERTE VOLUNTARIA MÉDICAMENTE ASISTIDA

CAPÍTULO I.- CONSIDERACIONES GENERALES.

Artículo 1. Objeto. La presente ley establece el derecho a la muerte voluntaria médicamente asistida, a cuyo efecto se propone:

- a) Instituir y reconocer el derecho de toda persona mayor de 18 años a solicitar y recibir asistencia médica para morir de manera voluntaria en determinadas circunstancias;
- b) Regular los procedimientos para el ejercicio de los derechos establecidos en la presente ley;
- c) Definir y desarrollar los principios, garantías y recaudos de conformidad al marco legal vigente;
- d) Establecer los derechos y deberes del personal de salud interviniente;
- e) Definir los mecanismos institucionales que permitan controlar y verificar la pertinencia de las solicitudes y la adecuada aplicación de los procedimientos establecidos.

Artículo 2. Marco Normativo. Las disposiciones de la presente ley se enmarcan en los derechos consagrados por la Constitución Nacional, en la Ley 26.529 (Derechos del Paciente) y en la Ley 27.678 (Cuidados Paliativos). También se enmarcan en 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, en virtud de la protección que otorgan a los derechos de toda persona a la vida digna, al reconocimiento y el respeto de su dignidad, a la integridad física, psíquica y moral, a no ser sometida a torturas ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes, a la salud, a la vida privada y a la libertad personal.

Artículo 3. Definiciones. A los efectos de lo previsto en esta Ley, se entiende por muerte voluntaria médicamente asistida a las siguientes dos modalidades:

- a) Eutanasia: Administración directa al/a la paciente de una sustancia que provoca la muerte, por parte de un/a profesional de la salud competente, a partir de la petición libre, informada y reiterada del/de la paciente que cumpla con los requisitos establecidos en el Artículo 4.
- b) Suicidio asistido: Prescripción o suministro al/el paciente por parte del/ la profesional de la salud de una sustancia letal, de manera que se la pueda auto administrar para causar su propia muerte, a partir de la petición libre, informada y reiterada del/de la paciente que cumpla con los requisitos establecidos en el Artículo 4.

Artículo 4. Requisitos. Las personas con derecho a acceder a la muerte voluntaria médicamente asistida, son aquellas mayores de 18 años, plenamente capaces, de nacionalidad argentina o con residencia permanente en Argentina por un periodo no inferior a un (1) año que, a causa de una enfermedad grave e incurable, de una lesión, o de un padecimiento crónico grave, progresivo e imposibilitante, estén sufriendo intensos dolores o padecimientos psíquicos, o una condición de gran dependencia y disminución de su integridad, que a juicio de la persona resulten indignos o intolerables.

CAPÍTULO II.- PROCEDIMIENTO

Artículo 5. De la solicitud. La solicitud de la muerte voluntaria médicamente asistida debe ser realizada por la persona en forma libre, en el marco de la adecuada información sobre la evolución de su enfermedad y sobre los tratamientos curativos y paliativos que se encuentren a su disposición.

Esta solicitud debe ser formulada por escrito o por cualquier otro medio de manifestación de la voluntad que permita conocer la voluntad fehaciente e inequívoca de la persona. Si no fuera realizada por escrito, deberá ser realizada en presencia de dos testigos, los cuales no deben presentar conflicto de interés o, en su caso, verse potencialmente beneficiados o perjudicados por la muerte del/la paciente. La petición será realizada ante el médico o la médica tratante, siendo quien está a cargo de la asistencia médica del/de la paciente y quien será su interlocutor principal.

Artículo 6. Directivas anticipadas. En caso de incapacidad para consentir o expresar consentimiento, sólo procederá la muerte voluntaria médicamente asistida si el/la paciente ha suscripto con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital o documentos equivalentes legalmente reconocidos, conforme a 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. De no poder expresar su consentimiento según los procedimientos establecidos y de no existir directivas anticipadas, no podrá aplicarse la presente Ley.

Artículo 7. Evaluación del médico tratante. Una vez recibida la solicitud, el/la médico/a tratante, en el plazo de 20 días corridos, deberá evaluar la situación de sufrimiento del/de la paciente, así como su condición médica, diagnóstico, pronóstico y diferentes opciones terapéuticas y/o paliativas. Finalizada la etapa de evaluación, ésta deberá ser transmitida al/a la paciente de manera verbal y también por escrito. La versión escrita, a su vez, deberá ser firmada

por el/la médico/a tratante y por el/la paciente si pudiera hacerlo, para luego ser incorporada a la historia clínica.

Durante el plazo mencionado, el médico/a tratante estará encargado de acompañar, contener e informar al/a la paciente en el proceso de maduración de la decisión junto con un equipo interdisciplinario constituido especialmente para tal fin. Dicho equipo contará, además del médico/a tratante, con al menos un/a profesional del área psicológica y otros/as profesionales de la salud (médico/a, asistente social, terapeuta ocupacional profesional de enfermería). No podrán ser integrantes de este equipo las personas que presenten conflictos de interés o que potencialmente pudieran verse beneficiados o perjudicados por la muerte del/de la paciente.

Artículo 8. Reiteración de la voluntad y consentimiento informado. Una vez realizada la evaluación del médico/a tratante y después de recibir la información adecuada, el/la paciente deberá reiterar su decisión de acceder a la asistencia médica para morir, de forma libre, voluntaria y consciente, manifestada en pleno uso de sus facultades. Deberá entonces prestar consentimiento informado sobre su voluntad de acuerdo a la Ley 26.529 y al artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación, para que, a petición suya, tenga lugar la interrupción de su vida. Este consentimiento informado deberá realizarse en un plazo máximo de diez (10) días corridos, contados a partir del momento en que el/la médico/a tratante firme la primera evaluación referida en el artículo 7, pudiendo extenderse este plazo a solicitud del/de la paciente.

A los efectos de aplicación de la presente ley, nadie puede ser sustituido/a en la prestación del consentimiento, el cual deberá ser expresado por escrito o por cualquier otro medio de manifestación de la voluntad que permita conocer la voluntad fehaciente e inequívoca de la persona.

Artículo 9. Evaluación del médico o médica consultor/a. Tanto en el caso de que el médico/a tratante considere que la solicitud es justificada como si no, y una vez recibida la reiteración mencionada en el artículo 8, deberá elevar el pedido a un médico especialista en la patología de base del paciente que se constituirá en médico consultor. El médico consultor estará a cargo de una segunda evaluación del caso, que deberá realizar en un plazo máximo de cinco (5) días corridos, informando si la situación del paciente lo habilita o no a pedir la muerte médicamente asistida en los términos de la presente Ley.

Artículo 10. Realización de la práctica. En el caso de que tanto el médico/a tratante como el médico/a consultor/a coincidieran en la pertinencia de la solicitud, la práctica se realizará conforme a las modalidades previstas en el artículo 3 de la presente Ley, en un plazo máximo de tres (3) días contados a partir de la confirmación de el/la médico/a consultor/a, pudiendo extenderse este plazo a pedido del/de la paciente.

Artículo 11. Elevación a la Comisión Jurisdiccional. En el caso de que tanto el médico/a tratante como el médico/a consultor/a rechazaran la pertinencia de la solicitud o se manifestaran disidencias entre ambos, la misma deberá elevarse en forma inmediata a la Comisión Jurisdiccional correspondiente para que ésta se expida aprobando o rechazando dicha solicitud en el plazo máximo de diez (10) días corridos.

Artículo 12. Elevación a la Comisión Nacional. En el caso de que la Comisión Jurisdiccional correspondiente rechazara la solicitud, ésta deberá elevarla en forma inmediata a la Comisión Nacional para que revise el caso y se expida aprobando o rechazando la misma en el plazo

máximo de quince (15) días corridos. Si la Comisión Jurisdiccional no lo hiciere, el/la paciente podrá recurrir directamente a la Comisión Nacional para solicitar la revisión de su caso.

Artículo 13. Recurso de amparo. En el caso de que la solicitud sea negada en las distintas instancias aquí previstas, el/la paciente tendrá derecho a una acción expedita y rápida de amparo en protección de los derechos que le asisten por esta Ley.

Artículo 14. Certificado de Defunción. Tanto el médico/a tratante como el médico/a consultor/a, tienen la facultad de firmar el certificado de defunción del/la paciente, en cumplimiento de las previsiones de la presente Ley.

CAPÍTULO III.- GARANTÍAS Y DERECHOS DEL PACIENTE

Artículo 15. Deberes del personal de salud. El personal de salud deberá respetar las siguientes garantías y derechos del paciente en el ejercicio de la presente Ley:

- a) Acceso a la información. Los/las pacientes tienen derecho a recibir, tanto de manera oral como escrita, toda la información que requieran sobre su salud y sobre las modalidades y métodos de la muerte voluntaria médicamente asistida, así como los alcances y consecuencias de las prácticas. Esta información debe ser actualizada, imparcial, completa, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y formatos accesibles.
- b) Autonomía de la voluntad. El personal de salud debe respetar las decisiones de los/las pacientes con respecto al ejercicio de sus derechos, las alternativas de tratamiento, cuidados y su futura salud, debiendo prevalecer su libre y autónoma voluntad.
- c) Privacidad. Toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener y transmitir información y documentación clínica del/de la 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 y dignidad humana.
- d) 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. Esto deberá ser garantizado ante las y los familiares y/o el entorno afectivo del/de la paciente, si así éste/a lo manifestara.
- e) Trato digno. El personal de salud debe observar un trato digno, respetando la voluntad y las convicciones personales y morales del/de la paciente.

CAPÍTULO IV.- COMISIÓN NACIONAL Y COMISIONES JURISDICCIONALES PARA LA MUERTE VOLUNTARIA MÉDICAMENTE ASISTIDA

Artículo 16. Comisión Nacional para la Muerte Voluntaria Médicamente Asistida. Créase, en el ámbito de la autoridad de aplicación de la presente Ley, la Comisión Nacional para la Muerte Voluntaria Médicamente Asistida, que estará integrada por:

- a) Cinco (5) profesionales de la salud, debiendo garantizarse las especialidades en salud mental y cuidados paliativos;
- b) Dos (2) profesionales de las ciencias sociales y humanas;

- c) Dos (2) abogados/as.

Las personas que invoquen objeción de conciencia, en lo que respecta a la muerte voluntaria médicamente asistida no podrán ser nominados/as para su integrar la Comisión Nacional para la Muerte Voluntaria Médicamente Asistida.

Artículo 17. Funciones. La Comisión Nacional para la Muerte Voluntaria Médicamente Asistida tiene las siguientes funciones:

- a) Resolver en un plazo máximo de quince (15) días corridos las peticiones de revisión que formulen las personas a las que las Comisiones Jurisdiccionales hayan denegado su solicitud de prestación de la muerte voluntaria médicamente asistida.
- b) Resolver en un plazo máximo de siete (7) días corridos las peticiones de revisión de solicitudes de asistencia para morir, tanto en los casos denegados como en aquellos en los que exista disidencia entre médico/a tratante y médico/a consultor.
- c) Resolver dudas que puedan surgir durante la aplicación de la Ley, sirviendo de órgano consultivo de las Comisiones Jurisdiccionales.
- d) Crear y administrar un archivo para el registro de todos los casos de prestación de la asistencia médica para morir reportados por las Comisiones Jurisdiccionales.
- e) Elaborar un informe anual sobre la aplicación de la presente Ley y las recomendaciones de reformas legislativas y administrativas que fueren necesarias para su mejor implementación, en base al informe enviado por las jurisdicciones. Dicho informe será remitido al Consejo Federal de Salud y a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados y de la Senadores;
- f) Reunir periódicamente a los representantes de las Comisiones jurisdiccionales para homologar criterios en la práctica de muerte voluntaria médicamente asistida;
- g) Elaborar un manual de buenas prácticas que sirva para orientar la correcta implementación de la presente Ley;
- h) Ofrecer formación continua sobre la asistencia médica para morir, contemplando tanto aspectos técnicos como legales.

Artículo 18. Comisiones Jurisdiccionales para la Muerte Voluntaria Médicamente Asistida. La autoridad de aplicación de la presente Ley coordinará con las autoridades de las jurisdicciones provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la creación de Comisiones Jurisdiccionales para la Muerte Voluntaria Médicamente Asistida, con el propósito de garantizar el cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley.

Los/las integrantes de la Comisión Jurisdiccional serán designados/as por los respectivos ministerios de salud, en base a sus conocimientos y experiencia en la materia, debiendo respetarse la siguiente composición:

- a) Cinco (5) profesionales de la salud, debiendo garantizarse las especialidades en salud mental y cuidados paliativos;
- b) Dos (2) profesionales de las ciencias sociales y humanas;
- c) Dos (2) abogados/as.

Las personas que invoquen objeción de conciencia, en lo que respecta a la muerte voluntaria médicamente asistida, no podrán ser nominados/as para su integrar las Comisiones Jurisdiccionales.

Artículo 19. Funciones. Las Comisiones Jurisdiccionales para la Muerte Voluntaria Médicamente Asistida tienen las siguientes funciones:

- a) Resolver en un plazo máximo de diez (10) días corridos las peticiones de revisión de solicitudes de asistencia para morir, tanto en los casos en los que exista disidencia entre el/la médico/a tratante y el/la médico/a consultor/a, como en aquellos casos donde ambos hayan denegado la misma.
- b) Verificar la adecuación en el plazo máximo de dos (2) meses si la prestación de asistencia para morir se ha realizado de acuerdo con los procedimientos previstos en la Ley.
- c) Resolver dudas que puedan surgir durante la aplicación de la Ley, sirviendo de órgano consultivo en su ámbito jurisdiccional.
- d) Crear y administrar un archivo jurisdiccional para el registro de todos los casos de prestación de la muerte voluntaria médicamente asistida y remitir dicha información a la Comisión Nacional, con el resguardo de confidencialidad de datos personales (Ley 25.326).
- e) Elaborar un informe anual sobre la aplicación de la presente Ley y remitirlo a la Comisión Nacional, recomendando, de ser necesario, reformas legislativas y administrativas que puedan mejorar la implementación de la presente Ley.

Artículo 20. Revocación. El/la solicitante de la prestación de la muerte voluntaria médicamente asistida podrá revocar su solicitud en cualquier momento, incorporándose su decisión en la historia clínica. Asimismo, podrá pedir el aplazamiento de la asistencia médica para morir. El cambio o postergación de la decisión no tendrá efectos legales para una eventual solicitud posterior.

CAPÍTULO V.- DE LOS PROFESIONALES Y EFECTORES DE SALUD

Artículo 21. Registro médico. Todo/a profesional que, en los términos de la presente Ley, haya prestado asistencia a una muerte voluntaria médicamente asistida, estará obligado a elevar la historia clínica a la Comisión Jurisdiccional que corresponda dentro de los siguientes quince (15) días hábiles posteriores al deceso del paciente. En la misma se deberán incorporar:

- a) Las solicitudes del paciente;
- b) Las directivas anticipadas;
- c) La reiteración de voluntad y el consentimiento informado;
- d) El primer informe del médico tratante;
- e) El segundo informe, elaborado por el médico consultor;
- f) Cualquier otra documentación o acto que se relacione o se considere pertinente incorporar a la historia clínica del/la paciente.

Las Comisiones Jurisdiccionales tienen la obligación, una vez recibida la historia clínica, de confeccionar el Registro Médico pertinente y elevarlo a su vez a la Comisión Nacional.

Artículo 22. Objeción de conciencia. El/la profesional de salud que deba intervenir de manera directa en la asistencia para morir tiene el derecho individual a ejercer la objeción de conciencia. 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/a la paciente para que sea atendido/a por otro/a profesional en forma adecuada y oportuna, sin dilaciones;
- c) Cumplir con el resto de sus deberes profesionales y obligaciones jurídicas.
- d) Abstenerse de integrar la Comisión Nacional o Comisiones Jurisdiccionales para la Muerte Voluntaria Médicamente Asistida.

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

Las personas que invoquen la objeción de conciencia se abstendrán de emitir algún juicio valorativo de carácter religioso, ideológico o personal que pueda discriminar o vulnerar la dignidad humana de las personas beneficiarias de los servicios de salud. Asimismo, se abstendrán de intentar persuadir a los/as beneficiarios/as con cualquier doctrina religiosa, ideológica o estrictamente personal con el fin de evitar que se realice un procedimiento que pudiera ser contrario a las convicciones del personal de salud.

Artículo 23. Obligaciones de los establecimientos de salud. Aquellos efectores de salud del subsector privado o de la seguridad social que no cuenten con profesionales dispuestos a llevar adelante la muerte voluntaria médicamente asistida, a causa del ejercicio individual del derecho de objeción de conciencia de conformidad con el artículo anterior, deberán prever y disponer la derivación a un efector que esté dispuesto a realizar 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/de la paciente quedarán a cargo del efector que realice la derivación.

Artículo 24. No punibilidad. No será objeto de sanción civil, penal y/o administrativa el/la profesional de la salud que respete los requisitos y el procedimiento de cuidado debido para la ejecución de prestaciones de la muerte voluntaria médicamente asistida que establecen esta Ley y su correspondiente reglamentación.

Artículo 25. 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 muerte voluntaria médicamente asistida prevista en la presente Ley. Estas prestaciones quedan incluidas en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en el PMO con cobertura total.

Artículo 26. Consideración legal de la muerte. La muerte como consecuencia de la prestación de la muerte voluntaria médicamente asistida tendrá la consideración de muerte natural a todos los efectos legales.

CAPÍTULO VI.- DISPOSICIONES LEGALES MODIFICADAS

Artículo 27. Modifíquese 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, incluyendo la eventualidad de prácticas eutanásicas en previsión de su propia incapacidad para manifestar consentimiento explícito, llegado el momento. 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 28. Modifíquese el Artículo 11 de la Ley 26.529 (sustituido por el Artículo 6 de la Ley 26.742), 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, y sobre prácticas eutanásicas, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud.

La declaración de voluntad para prácticas eutanásicas debe 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 29. Modifíquese el Código Penal incorporando el Artículo 83 bis, el que quedará redactado de la siguiente manera:

“Artículo 83bis - No es delito la asistencia médica al suicidio ni la muerte causada como consecuencia de la realización de prácticas eutanásicas cuando se 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 de Muerte Voluntaria Médicamente Asistida.”

Artículo 30. Modifíquese el Código Penal, incorporando el Artículo 83 ter, el que quedará redactado de la siguiente manera:

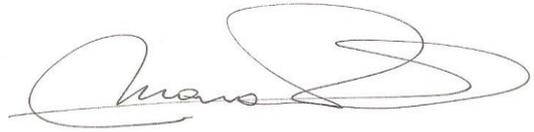
“Artículo 83 ter- Será reprimido con prisión de tres (3) meses a un (1) año e inhabilitación especial por el doble del tiempo de la condena, el funcionario público o la autoridad del establecimiento de salud, profesional, efector o personal de salud que dilatare injustificadamente, obstaculizare o se negare, en contravención de la normativa vigente, a realizar las prácticas previstas en la Ley de Muerte Voluntaria Médicamente Asistida.”

Artículo 31. Autoridad de aplicación. El Poder Ejecutivo determinará la autoridad de aplicación de la presente Ley.

Artículo 32. Orden Público. Las disposiciones de la presente Ley son de orden público y de aplicación obligatoria en todo territorio de la República Argentina.

Artículo 33. Reglamentación. La presente Ley se reglamentará dentro de ciento veinte días a partir de su promulgación.

Artículo 34. Comuníquese al Poder Ejecutivo.



DIP. MARA BRAWER

DIP. DANIEL GOLLÁN

DIP. PABLO CARRO

DIP. HUGO YASKY

DIP. CLAUDIA ORMACHEA

DIP. CAROLINA GAILLARD

DIP. SUSANA GRACIELA LANDRISCINI

DIP. MARÍA ROSA MARTÍNEZ

DIP. ITAÍ HAGMAN

DIP. LISANDRO BORMIOLI

FUNDAMENTOS

Señora Presidenta:

Este proyecto de Ley tiene como objeto reconocer el derecho a la muerte voluntaria médicamente asistida. Busca acercar al sistema de salud de nuestro país hacia un modelo basado en el abordaje integral de la salud desde una perspectiva de cuidados y derechos humanos.

De manera gradual y como resultado de las demandas sociales, las ciencias médicas están centradas cada vez más en los derechos del/de la paciente, abandonando la mirada paternalista y fragmentaria de la medicina y adoptando una mirada interdisciplinaria y multidimensional. En este camino, es necesario que la política sanitaria contemple la dimensión social de la vida de las personas, abarcando sus biografías además de sus historias clínicas.

La reciente sanción de la Ley de Cuidados Paliativos mostró el consenso que existe en la necesidad de garantizar los medios para reducir el dolor y el sufrimiento. Este proyecto de Ley se formula a partir de este antecedente. Ofrece un marco legislativo general para el final de la vida en determinadas circunstancias, cuando las estrategias paliativas no son suficientes a juicio de la persona que las recibe.

Diversas propuestas sobre esta cuestión han sido presentadas en esta cámara (el expediente 4597-D-2021 del dip. Alfredo Cornejo y otros/as, el expediente 4734-D-2021 de la dip. Gabriela Estévez y otros/as, y el expediente 4092-D-2022 de la dip. Carolina Moisés, por nombrar los que actualmente tienen vigencia para ser tratados).

Este proyecto ha sido elaborado teniendo en cuenta estas valiosas propuestas, ofreciendo una visión que integra y mejora distintos aspectos de cada una de ellas. Ha sido elaborado también con el aporte riguroso de investigadoras/es del Conicet que integran la Red de Cuidados, Derechos y Decisiones en el Final de la Vida, quienes vienen trabajando en la temática desde diversas disciplinas científicas.

El presente proyecto distingue dos modalidades aceptadas de muerte voluntaria médicamente asistida: la *eutanasia*, que consiste en la administración directa al/a la paciente de una sustancia que provoca la muerte, por parte de un/a profesional de la salud competente; y el *suicidio asistido* que implica la prescripción o suministro al/a la paciente por parte del/de la profesional de la salud de una sustancia letal, de manera que se la pueda auto administrar para causar su propia muerte. En ambos casos, mediando siempre la petición libre, informada y reiterada del/la paciente y cumpliendo con los requisitos establecidos.

Con este fin, este proyecto de Ley regula: las condiciones para acceder a la muerte asistida; el procedimiento que debe seguirse; los principios, garantías y recaudos de acuerdo al marco legal vigente; los derechos y deberes del personal de salud; y por último, los mecanismos institucionales que permiten controlar y verificar todo el proceso, tanto si se autoriza como si se deniega la práctica. Se busca así que este nuevo derecho sea ejercido con las garantías adecuadas para todas las personas intervinientes.

Entre los requisitos para acceder a la misma está ser mayor de 18 años, plenamente capaz, de nacionalidad argentina o con residencia permanente en el país por el plazo de un año como mínimo. La persona debe estar atravesando una situación tal que, a causa de una enfermedad

grave e incurable, de una lesión, o de un padecimiento crónico grave, progresivo e imposibilitante, esté sufriendo intensos dolores o padecimientos psíquicos, o una condición de gran dependencia y disminución de su integridad, que, a juicio de la persona, resulten indignos o intolerables.

Será indispensable que la persona que desee acceder a la muerte voluntaria médicamente asistida exprese su voluntad en forma libre, en más de una oportunidad y luego de haber recibido la adecuada información sobre la evolución de su enfermedad y los tratamientos curativos y paliativos que se encuentren a disposición.

Es importante destacar que nadie puede ser sustituido/a en la prestación del consentimiento, que deberá ser expresado por escrito o por cualquier otro medio de manifestación de la voluntad que permita conocer la voluntad fehaciente e inequívoca de la persona.

Siguiendo la perspectiva de investigadoras/es de Conicet que integran la Red de Cuidados, Derechos y Decisiones en el Final de la Vida, *“la eutanasia o el suicidio médicamente asistido debe ser siempre el producto de un proceso de cuidado y acompañamiento, en el que el equipo de salud se asegura del carácter genuino e informado de las decisiones que toma la persona que lo pide”*.¹

Por este motivo, el presente proyecto incluye en su procedimiento provisiones necesarias y de carácter obligatorio para garantizar que la decisión del/la paciente sea tomada en el marco de la asistencia y acompañamiento médico integral desplegado en el tiempo. Se busca evitar así decisiones apresuradas o influencias de terceros que pudieran verse beneficiados/as o perjudicados/as por la muerte del/la paciente.

Por otra parte, si la persona enferma se encuentra en una condición de incapacidad tal que le impide consentir o expresar su consentimiento, sólo será posible acceder a la muerte voluntaria médicamente asistida si ha suscripto con anterioridad su consentimiento. En caso de no existir directivas anticipadas, no podrá aplicarse la presente Ley.

Otro aspecto para destacar de este proyecto de Ley es la creación de dos comisiones de alcance jurisdiccional y nacional, cuya función principal es velar por el cumplimiento de los procedimientos establecidos para que el derecho a decidir sobre la propia muerte sea plenamente ejercido. Ambas comisiones estarán integradas por profesionales de la salud (especialistas en salud mental y en cuidados paliativos), abogados/as y profesionales de las ciencias sociales y humanas. Entre sus funciones, están la de resolver controversias o rechazos de las solicitudes; verificar el cumplimiento de los procedimientos previstos; resolver dudas que puedan surgir durante la aplicación de la Ley; crear y administrar archivos con los casos de todo el país; y elaborar informes y sugerencias para la mejora continua de la de prestación de la muerte voluntaria médicamente asistida.

El derecho a acceder a la muerte voluntaria médicamente asistida debe ser garantizado y por ello, en los casos en que las y los profesionales de la salud ejerzan su derecho a la objeción de conciencia, los centros de salud deberán prever y disponer la derivación a otra institución de similares características donde pueda llevarse adelante la práctica.

¹ Red de Cuidados, Derechos y Decisiones en el Final de la Vida - Conicet
<https://redcuidados.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/sites/148/2021/10/Documento-del-grupo-eutanasia-de-la-Red-25-10-21-3.pdf>

Esta propuesta se sustenta en un sólido marco normativo que incluye los derechos consagrados por la Constitución Nacional y los tratados internacionales de derechos humanos de jerarquía constitucional, así como en la Ley 26.529 Derechos del Paciente y en la Ley 27.678 Cuidados Paliativos recientemente sancionada y *“es compatible con una concepción humanista de la profesión médica, (...) posee una fuerte base constitucional, convencional y de derechos humanos”*².

La sociedad argentina, y el mundo entero, atraviesa un momento singular en el que la salud y la muerte se han convertido en una preocupación central de las agendas de gobierno. En pandemia, este Congreso sancionó la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, la Ley de HIV, la Ley de Cuidados Paliativos, normas que representan un avance importante hacia un cambio de paradigma en la salud pública. Estas leyes reconocen la autonomía sobre el propio cuerpo y la propia vida, protegiendo decisiones que no dañan a terceros. En continuidad con ellas se presenta este proyecto de Ley, con la convicción de que están dadas las condiciones sociales y legislativas para dar el debate por este nuevo derecho.

Es importante pensar en términos de complementariedad los derechos que viene a garantizar que esta Ley de muerte voluntaria médicamente asistida en relación a los derechos que garantizan la Ley 26.529 de Derechos del Paciente y la Ley 27.658 de Cuidados Paliativos.

La Ley 26.529 permite que pacientes con enfermedades terminales rechacen “procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o el retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado” que incluyen la hidratación y la alimentación artificial cuando éstas constituyen un soporte vital. Esto genera debates y conflictos que conducen a situaciones que provocan aún más dolor y padecimiento. Y muchos de quienes se oponen a la legalización de la eutanasia, también se oponen a esta práctica contemplada en la legislación vigente, llamada de manera errónea “eutanasia pasiva”.

Si bien para muchas personas la muerte, y por ende la posibilidad de legislar sobre la eutanasia, es un tema tabú, se hace necesario seguir avanzando en la búsqueda de más y mejores derechos para las personas que atraviesan enfermedades terminales.

Los avances técnicos y tecnológicos han aumentado la esperanza de vida, haciendo que la muerte resulte más lejana que antes. Como dice el sociólogo Norbert Elías: “En nuestra sociedad, la situación del tránsito hacia la muerte carece, en una medida considerable, de forma: es un espacio en blanco en nuestro mapa social”. Se hace necesario entonces revisar las distintas interpretaciones que circulan sobre este tema.

Habilitar la posibilidad de decidir si continuar la vida o no cuando las circunstancias no permiten una vida digna, reabre debates morales y nos obliga a enfrentar el tabú de la muerte que en este tiempo es imposible eludir.

Cada vez más países cuentan con marcos legales que permiten la muerte voluntaria médicamente asistida en las dos modalidades que regulamos en esta Ley. En los Países Bajos, Bélgica y Luxemburgo tanto la eutanasia como el suicidio asistido son legales desde la década del 2000. Ambos tipos de prácticas también se legalizaron en Canadá desde 2015.

²*ib idem.*

El suicidio asistido también se practica en Suiza desde la década de 1980, al igual que en Austria y algunos estados de Estados Unidos, que tienen antecedentes desde comienzos de 1990.

En lo que respecta a la región latinoamericana, Colombia es el país más avanzado en este aspecto, ya que el derecho a "morir dignamente" está plasmado en su Constitución y la eutanasia fue descriminalizada en 1997, casi dos décadas antes de consagrarse por ley en 2015.

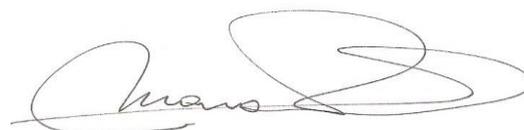
Además, en mayo de este año, la Corte Constitucional de Colombia despenalizó el suicidio médicamente asistido para personas con lesiones o enfermedades graves o incurables, extendiendo la posibilidad de que sea el paciente quien ejecute la acción de poner fin a su vida, cuando antes sólo un médico podía hacerlo.

En los últimos dos años, España y Nueva Zelanda han promovido marcos legales similares al que aquí se propone, lo que incrementa el número de países que permiten ambos procedimientos a un total de siete en todo el mundo, además de Canadá, Colombia, Países Bajos, Bélgica y Luxemburgo.

En Italia y Alemania los parlamentos nacionales están tratando actualmente proyectos de legislación de la muerte asistida después de que algunos casos judiciales recibieran sentencias favorables a los defensores de la práctica. Y también se ha abierto el debate en Chile, Uruguay y Perú.

Para concluir, es necesario remarcar que los proyectos de este tipo no promueven la muerte, sino que la hacen más accesible cuando la vida sólo prolonga el sufrimiento. Debemos abordar este debate con madurez, con la convicción de que la muerte voluntaria médicamente asistida se inscribe en la larga historia de ampliación de derechos y, por consiguiente, en el horizonte de la justicia social.

Por todo lo expuesto, solicito a mis pares que me acompañen en la presente iniciativa.



DIP. MARA BRAWER

DIP. DANIEL GOLLÁN

DIP. PABLO CARRO

DIP. HUGO YASKY

DIP. CLAUDIA ORMACHEA

DIP. CAROLINA GAILLARD

DIP. SUSANA GRACIELA LANDRISCINI

DIP. MARÍA ROSA MARTÍNEZ

DIP. ITAÍ HAGMAN

DIP. LISANDRO BORMIOLI