

Título: Matar a otro: ¿una prestación médica? sobre los proyectos de legalización de la eutanasia

Autor: Lafferriere, Jorge Nicolás

Publicado en: EBOOK-TR 2024 (Tobías-Sambrizzi), 111

Cita: TR LALEY AR/DOC/1317/2024

(\*)

## I. Introducción

"La profunda crisis que está viviendo el mundo contemporáneo, ha provocado un poderoso movimiento jusnaturalista que, en abierta lucha con el positivismo, combate por la dignidad del derecho y por exaltar los valores eternos de la condición humana" [\(1\)](#).

Estas palabras de Guillermo A. Borda escritas en 1955 conservan toda su actualidad casi setenta años después y ofrecen el marco para reflexionar sobre las cuestiones jurídicas implicadas en los proyectos que propugnan la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido en nuestro país. Así, en este trabajo buscaré analizar, a la luz de los principios de ley natural y de la Constitución Nacional y los Tratados Internacionales de Derechos Humanos, el contenido central de estas iniciativas legislativas que pretenden regular el procedimiento por el cual un profesional de la salud mata al paciente a su requerimiento y ello se configura como una prestación médica que debe ser provista por el sistema de salud.

Al respecto, una de las características que presentan los proyectos de ley de eutanasia presentados entre 2021 y 2023 es que no se limitan a despenalizar al que matare a otro por piedad, sino que crean un "derecho" a pedir ayuda para morir bajo la forma de una prestación de salud [\(2\)](#). En efecto, proyectos de ley presentados con anterioridad vinculados con la eutanasia se limitaban a reformar el código penal. Así, por ejemplo, el proyecto S-645-2001 del senador Alberto Ramón Maglietti del 24 de mayo de 2001 (Diario de Asuntos Entrados 41/2001) consistía en un único artículo que proponía incorporar el inciso 9° al artículo 34 del Código Penal con el siguiente texto: "Art. 34: No son punibles: ... 9°. El que provocare la muerte de un enfermo incurable, movido por sentimiento piadoso, ante el pedido serio e insistente de éste.". Por cierto, las propuestas de despenalizar las conductas orientadas a provocar la muerte de una persona presentan serias objeciones derivadas del principio vinculado con la inviolabilidad de la vida humana, que han sido analizadas en otros trabajos [\(3\)](#).

El trabajo comenzará con una descripción de los proyectos de ley de eutanasia presentados en el Congreso desde 2021 hasta mayo de 2023 a fin de describir cómo se configura esta nueva "prestación de ayuda para morir". Luego, se analizarán cuatro aspectos de esta temática: los problemas vinculados con las inconsistencias que presentan los proyectos al delimitar los pacientes que tienen derecho a la prestación de ayuda para morir; el impacto que tiene sobre la profesión médica la obligación que establecen los proyectos; la incidencia de esta nueva prestación en el sistema de salud, que estaría obligado a cubrirla; y el análisis de la cuestión a la luz del derecho a la inviolabilidad de la vida. Finalizo con la recapitulación de las principales conclusiones del trabajo.

## II. Los proyectos de ley y la nueva prestación de ayuda para morir

### II.1. La lista de proyectos de ley de eutanasia

Al 31 de mayo de 2023, en el Congreso de la Nación existen 5 proyectos de ley con estado parlamentario que propugnan la legalización de la eutanasia, a saber:

En la Cámara de Diputados:

a. Expte. 3956-D-2022 (T.P. 113/2022 — en adelante "Proyecto Cobos"): El 8 de agosto de 2022 se presentó el proyecto de ley de "Regulación de la eutanasia y la muerte asistida" firmado por los diputados Julio Cobos y Pamela Fernanda Verasay, que tiene por objetivo:

[R]econocer el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas, a solicitar la interrupción voluntaria de su vida y regular el procedimiento que ha de seguirse, establecer los mecanismos que permiten controlar y evaluar los procedimientos y las garantías que han de observarse (art. 1°).

Este proyecto es reproducción de uno anterior de los mismos legisladores cuando eran senadores (Expte. 2577-S-2021 - Diario de Asuntos Entrados N.º 123 Fecha: 29/11/2021) y que se denominaba "Interrupción voluntaria de la vida".

b. Expte. 4092-D-2022 (T.P. 116/2022 — en adelante "Proyecto Moisés"): El 11 de agosto de 2022 la diputada María Carolina Moisés presentó un proyecto de ley titulado "Derecho a la prestación de ayuda para morir dignamente" con el objeto de:

[R]egular el derecho de toda persona que cumpla con los requisitos exigidos a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir dignamente, de acuerdo con los principios, garantías y reglas que aquí se establecen (art. 1°).

c. Expte. 4855-D-2022 (T.P. 139/2022 — en adelante "Proyecto Brawer"): El 13 de septiembre de 2022 los diputados Mara Brawer, Daniel Gollan, Pablo Carro, Hugo Yasky, Claudia Beatriz Ormachea, Ana Carolina Gaillard, María Rosa Martínez, Susana Graciela Landriscini, Itaí Hagman y Lisandro Bormioli presentaron en la Cámara de Diputados de la Nación Argentina un proyecto para legalizar la eutanasia y el suicidio asistido. El proyecto establece el pretendido derecho a la muerte voluntaria médicamente asistida y propone también la reforma de la ley de derechos del paciente, del Código Civil y Comercial y del Código Penal.

d. Expte. 1473-D-2023 (T.P. 35/2023 — en adelante "Proyecto Latorre"): El 17 de abril de 2023 los diputados Jimena Latorre, Lisandro Nieri, Pamela Fernanda Verasay, Margarita Stolbizer, Ximena García, Laura Rodríguez Machado, Karina Banfi, Alejandro Finocchiaro, Fabio José Quetglas, Mario Barletta, Sabrina Ajmechet, Ana Carla Carrizo, Martín Alberto Tetaz, Danya Tavela y Dolores Mansilla presentaron esta iniciativa que tiene como objeto "regular el derecho de toda persona a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir; el procedimiento formal a ese efecto; las garantías que han de observarse y los derechos y deberes del personal médico y el servicio de salud" (art. 1). El texto es idéntico al expte. 4597-D-2021 (T.P. 184/2021) firmado por Alfredo Cornejo y otros.

En el Senado:

Expte. 848-S-2022 (Diario de Asuntos Entrados N.º 42/2022 — en adelante "Proyecto Cornejo"): El 27 de abril de 2022 los senadores Alfredo Cornejo y Mariana Juri presentaron el proyecto "Ley de Buena muerte. Regulación de la eutanasia". Su texto es casi idéntico al proyecto 4597-D-2021, que había presentado Cornejo en la Cámara de Diputados en 2021, con la única variación de haber agregado un artículo final de modificación del art. 60 del Código Civil y Comercial.

Por su parte, el proyecto 4734-D-2021 (T.P. 191/2021 — en adelante "Proyecto Estévez") del 6 de diciembre de 2021 presentado por las diputadas Gabriela Beatriz Estévez, Mara Brawer, Ana Carla Carrizo, Ana Carolina Gaillard, Mónica Macha, Cecilia Moreau, Florencia Lampreabe y Jimena López y titulado "Derecho a la prestación de ayuda para morir dignamente — Ley Alfonso" perdió estado parlamentario y hasta el momento no hemos detectado que haya sido reproducido. Sin embargo, lo incluiremos en el análisis por su cercanía temporal con los anteriores. Según el art. 1º, el objeto de la ley sería "regular el derecho de toda persona que cumpla con los requisitos exigidos a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir dignamente, de acuerdo con los principios, garantías y reglas que aquí se establecen".

## II.2. Alcances de las prestaciones creadas por los proyectos de ley

Todos los proyectos coinciden en proponer la regulación por vía legal de una pretendida prestación médica que consiste en provocar la muerte del paciente que lo solicita, si reúne ciertas características.

A continuación, recopilamos en un cuadro los alcances de la regulación que impulsan los distintos proyectos de ley:

Denominación	"prestación de ayuda para morir dignamente" (Proyecto Estévez y Proyecto Moisés) "interrupción voluntaria de la vida" (Proyecto Cobos) "muerte voluntaria médicamente asistida" (Proyecto Brawer) "prestación de ayuda para morir" (Proyecto Cornejo y Proyecto Latorre)
Descripción de la prestación	"Art. 4.1. Prestación de ayuda para morir dignamente: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta Ley y que ha manifestado su deseo de morir dignamente. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades: a) La administración directa al/a la paciente de una sustancia por parte del/de la profesional de la medicina competente. b) La prescripción o suministro al/a la paciente por parte del/de la profesional de la medicina competente de una sustancia, de manera que este/a se la pueda auto administrar" (Proyecto Estévez). "Artículo 3º-Definiciones. A los efectos de lo previsto en esta Ley, se entiende por:

	<p>a) Práctica Eutanásica: Administración directa al paciente de una sustancia que provoca la muerte, por parte del profesional de la salud competente...</p> <p>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 ..." (Proyecto Cobos).</p> <p>"administración directa de una sustancia por parte del profesional médico competente..."</p> <p>"prescripción o suministro de una sustancia, de manera que ésta pueda ser autoadministrada por el paciente, para causar su propia muerte" (Proyecto Moisés, Proyecto Cornejo y Proyecto Latorre).</p> <p>"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.... 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..." (art. 3, Proyecto Brawer).</p>
Naturaleza de la prestación	Se coincide en describir a la prestación como "derecho".
Modalidades de la prestación	<p>Se prevén dos modalidades:</p> <p>a) "eutanasia" (administración directa al paciente de una sustancia por el médico)</p> <p>b) "suicidio asistido" (autoadministración por el paciente de una sustancia, prescrita o suministrada por el médico).</p> <p>Cabe aclarar que en cuatro proyectos se usan los términos "eutanasia" y "suicidio asistido" (art. 3, Proyecto Brawer) o "práctica eutanásica" y "muerte asistida" (art. 3, Proyecto Cobos) o "eutanasia" (art. 11, Proyecto Latorre y art. 11, Proyecto Cornejo) y los otros dos describen la práctica, pero sin usar esa terminología.</p>
Sujeto responsable de realizar la prestación	<p>"Médico responsable" (Proyecto Estévez, Proyecto Cobos, Proyecto Moisés, Proyecto Cornejo, Proyecto Latorre)</p> <p>"Médico tratante" (Proyecto Brawer)</p>
Medio elegido para la prestación	Se coincide en indicar que se suministrará una "sustancia" para causar la muerte.
Causales que habilitan la práctica	"enfermedad grave e incurable" y "padecimiento grave, crónico e imposibilitante" (Proyecto Estévez, Proyecto Cobos, Proyecto Moisés, Proyecto Brawer, Proyecto Cornejo, Proyecto Latorre)[**].
Procedimiento	<p>Los proyectos presentan leves variantes en la regulación del procedimiento para otorgar la prestación de ayuda para morir:</p> <p>a) Solicitud del paciente, Diálogo con el médico, derivación para una segunda opinión, derivación a consejería, espera de quince días y realización de la práctica (Proyecto Estévez).</p> <p>b) Solicitud del paciente, diálogo con el médico, espera de quince días, segunda solicitud del paciente, participación de equipo de apoyo, intervención de médico consultor, control previo de la Comisión,</p>

	<p>realización de la práctica (Proyecto Cobos, Proyecto Moisés)</p> <p>c) Solicitud del paciente, diálogo con el médico, espera de veinte días, segunda solicitud del paciente, intervención de médico consultor: si hay acuerdo entre ambos médicos, se realiza la práctica y luego se informa a la comisión; si ambos rechazan o disienten sobre la práctica, se eleva para decisión de la Comisión en forma previa a la realización de la práctica (Proyecto Brawer).</p> <p>d) Solicitud del paciente, espera de quince días, segunda solicitud, elevación del pedido a la Comisión por el paciente, autorización de la comisión, realización de la práctica (Proyecto Cornejo y Proyecto Latorre)</p>
Plazo de realización de la práctica	<p>Máximo tres días (Proyecto Brawer)</p> <p>Máximo siete días (Proyecto Moisés)</p> <p>Máximo diez días (Proyecto Cornejo, Proyecto Latorre)</p>
Comisión de evaluación	<p>Comisión de alcance nacional (Proyecto Estévez, Proyecto Moisés, Proyecto Brawer).</p> <p>Comisiones provinciales (Proyecto Cobos, Proyecto Cornejo y Proyecto Latorre)</p>
Directivas anticipadas	<p>Todos los proyectos contemplan la posibilidad de pedir la eutanasia o el suicidio asistido por directivas anticipadas.</p>
Lugar de realización de la prestación	<p>"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..." (art. 10 - Proyecto Cobos, art. 14 - Proyecto Moisés).</p>
Deber de acompañar hasta el fallecimiento	<p>"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". (Proyecto Moisés, Proyecto Cornejo, Proyecto Latorre)</p>
Cobertura por el sistema de salud	<p>En todos se incluye un artículo sobre amplia cobertura obligatoria y gratuita de la prestación por el sistema de salud (sector público, obras sociales, medicina prepaga y demás entidades).</p>
Protocolos	<p>"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" (Proyecto Moisés, Proyecto Cornejo, Proyecto Latorre)</p>
Conflictos de intereses	<p>"... No podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses, ni quienes resulten beneficiados de la práctica" (Proyecto Cobos, Proyecto Moisés, Proyecto Brawer)</p>

	-con leves variantes-).
Objeción de conciencia	Todos los proyectos regulan la objeción de conciencia y la situación de los establecimientos de salud en que todos los profesionales sean objetores. En general, se fijan restricciones al ejercicio de este derecho.

(\*\*)

Si recopilamos los hallazgos de este cuadro comparativo podemos señalar:

- La finalidad de la prestación es provocar o causar la muerte del paciente.
- La obligación de brindar la prestación alcanza al médico tratante, quien se convierte en responsable del seguimiento del procedimiento fijado por ley.
- Se regula la objeción de conciencia en forma restrictiva.
- En algunos de los proyectos, se incluyen disposiciones sobre el deber del profesional de permanecer con el paciente hasta su fallecimiento, lo que parece incluir un cierto deber de asegurarse que la muerte efectivamente se produzca, ante la eventualidad de algún fallo en el método utilizado.
- En todos los casos el medio elegido es una "sustancia" sin mayores especificaciones.
- Los proyectos regulan de forma detallada el procedimiento burocrático que se debe seguir para la realización de la prestación, con variantes en cuanto al número de profesionales que interviene y el rol de las comisiones de evaluación y seguimiento.
- Algunos de los proyectos establecen un plazo máximo para la realización de la prestación.
- Todos los proyectos contemplan un derecho del paciente de solicitar la eutanasia por medio de directivas anticipadas, aunque no hay mayores precisiones sobre cómo es el proceso de información previo al dictado de ese documento y cuándo se torna operativo.
- La prestación que se proyecta crear deberá ser cubierta gratuita e integralmente por todos los subsectores del sistema de salud.
- En algunos de los proyectos se contempla la elaboración de protocolos para la regulación de la eutanasia o el suicidio asistido.
- En dos de los proyectos encontramos una regulación amplia del lugar de realización de la prestación, que puede ser tanto el hospital como el domicilio del paciente.

### III. La prestación de ayuda a morir como un derecho de los pacientes

#### III.1. La prestación de ayuda a morir como derecho

En el apartado anterior describí los grandes lineamientos de los proyectos de ley. Todos coinciden en ir más allá de la despenalización de la eutanasia y regulan en detalle la prestación de ayuda a morir como un derecho de ciertos pacientes, aunque sin ofrecer mayores explicaciones o fundamentos sobre tal decisión. Abundan las referencias a la dignidad y a los derechos a la vida, la integridad física, la vida privada y la libertad, aunque no hay referencias concretas y precisas al origen del derecho a una ayuda para morir.

Para indagar sobre este salto desde la despenalización a un derecho prestacional, resulta oportuno referir a la sentencia del Tribunal Constitucional de España (en adelante TC) del 22 de marzo de 2023 en la que declaró constitucional la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE) al desestimar en su totalidad un recurso de inconstitucionalidad presentado por el grupo parlamentario Vox en el Congreso [\(4\)](#).

En la sentencia se afirma:

Este derecho de autodeterminación respecto de la propia muerte en contextos eutanásicos incluye también el derecho de la persona a recabar y usar la asistencia de terceros que sea necesaria para llevar a la práctica la decisión de manera compatible con su dignidad y con su integridad personal. Tal ayuda puede ser necesaria tanto para materializar en última instancia la voluntad de poner fin a la propia vida como para poner a su disposición los medios que le permitan acabar su vida de manera segura e indolora o, dicho de otro modo, digna. De ello se sigue que la Constitución demanda a los poderes públicos —en primer término, al legislador— permitir la ayuda por parte de terceros a la muerte de la persona capaz que así lo decide, libre y conscientemente, en el tipo de situaciones extremas a las que se refiere nuestro enjuiciamiento y de habilitar las vías necesarias para ello (p. 77).

Para el TC español, de ello no se deriva "necesariamente" "un deber prestacional del Estado". Sin embargo, considera el TC que este no puede:

[E]ludir su responsabilidad en esta materia, como sucedería si pretendiese permanecer ajeno —mediante la prohibición o la ausencia de regulación— a la específica problemática de quien precisa la ayuda de terceros para ejercer de modo efectivo su derecho en este tipo de situaciones, pues ello podría abocar a la persona a una muerte degradante, y en todo caso haría depender a cada sujeto, a la hora de su propia muerte y llevarla a cabo, de sus específicos y personales condicionantes físicos, sociales, económicos y familiares, resultados ambos incompatibles con los arts. 10. 1 y 15 CE (p. 77).

El TC aclara que:

[E]ste deber público de dotar de eficacia al derecho de autodeterminación no conlleva, sin embargo, una exigencia constitucional de permisión total e indiscriminada de la ayuda de terceros a la muerte libre y conscientemente decidida por persona capaz inmersa en un contexto eutanásico (p. 77).

Y precisa que:

[E]s necesario que el legislador, que fija los mecanismos para dotar de efectividad al derecho de autodeterminación respecto de la propia muerte en contextos eutanásicos, establezca medidas de protección suficientes de los derechos, principios y bienes constitucionales que puedan verse afectados por el ejercicio de tal derecho (p. 78).

Hay que decir que, frente a la creación de un nuevo derecho, son oportunas las críticas de los votos en disidencia de los magistrados Enrique Arnaldo Alcubilla y Concepción Espejel Jorquera sobre este reconocimiento de un "nuevo derecho fundamental". Dice Alcubilla que "la realidad social puede conducir a que se manifieste incluso la conveniencia de reconocer nuevos derechos fundamentales, pero para ello está prevista la reforma constitucional. Ni el legislador ni el Tribunal Constitucional pueden sustituir al poder constituyente". Este juez critica el enfoque del voto mayoritario y entiende que:

[C]entrada la cuestión en la intervención del público en este contexto en el que una persona decide poner fin a su vida, lo que debía determinarse es si, y en qué términos, la necesaria protección del derecho a la vida, que impone al legislador deberes negativos o de abstención y positivos, de protección frente a terceros, podría ser excepcionada en atención a la situación de padecimiento y sufrimiento extremo que la propia ley define.

Por su parte, Espejel Jorquera considera que el TC desborda el control de constitucionalidad y declara un derecho que no encuentra fundamento en la Constitución de ese país.

Recapitulando, en el análisis de la argumentación del TC español subyacen estos presupuestos: las personas tendrían un derecho a la autodeterminación que, en contextos eutanásicos, incluiría un derecho a la propia muerte. Para concretar ese derecho, no sólo se requeriría que se despenalice al que mate al paciente que se lo pida, sino que además el Estado debería proporcionarle ayuda para quitarse la vida, a cuyo fin dicta la ley y obliga a los médicos, máxime si la persona no puede quitarse por sí misma la vida.

Al respecto, corresponde afirmar que, en el plano del derecho positivo, así como en España se ha criticado que el TC ha creado un derecho desbordando su competencia, en el caso de nuestro país, conviene recordar que ni la Constitución ni los Tratados de Derechos Humanos reconocen un derecho a morir o a solicitar ayuda para morir. En lo que hace al derecho convencional, este tema ha sido analizado muy bien por Sofía Maruri Argman-Ugón, quien es clara en la conclusión:

Nada dicen los Tratados Internacionales de Derechos Humanos respecto de la eutanasia y el suicidio asistido. No existen normas en el Derecho Internacional que consagren un derecho a matarse, a matar o a ayudar a matarse. Por el contrario, estas prácticas serían más bien violaciones al primer derecho, la vida, que sí está regulado en varias declaraciones, pactos y convenciones (5).

Y es lógico que no exista un derecho a poner fin a la propia vida, porque la vida es un bien y no puede ser disponible (6). En el libro "La persona humana" dirigido por Guillermo A. Borda en 2001, Carlos I. Massini Correas y Pilar Zambrano se refieren en profundidad a la cuestión. Allí explican que la vida como bien humano básico:

[E]s tal no porque el sujeto lo considere así, ni porque lo haya elegido, ni porque sea el objeto de sus 'intereses críticos', sino porque es la dimensión más radical y básica de su perfección y, en ese carácter, su respeto es debido por todos los sujetos, aún -y especialmente- por aquél de cuya vida se trata (7).

Además, la conducta regulada en estas normas no es puramente autorreferente, pues necesariamente involucra a otra persona, que es quién provee la ayuda para morir o quién ejecuta la acción de quitar la vida al paciente que se lo pide. No estamos ante un problema de suicidio. Estamos ante acciones que encuadran en los

delitos de homicidio o ayuda al suicidio, que son punibles en la mayoría de los países en razón de estar en juego el bien jurídico "vida".

El Poder Legislativo no tiene atribuciones para regular un procedimiento que se ordena a provocar la muerte de una persona (8). Incluso si la persona está imposibilitada de quitarse la vida, contradice bienes humanos básicos que el Estado regule cómo se puede ayudarla a quitarse la vida:

[R]esulta evidente que la misma expresión 'derecho a morir' o 'derecho a la muerte' resulta autocontradictoria, ya que no puede tenerse derecho para la frustración de un bien humano, en especial para la perpetración del mal humano por antonomasia: la aniquilación de la vida (9).

La vida no es un bien disponible por la persona humana.

Por otra parte, aunque las iniciativas legislativas afirman establecer la eutanasia con fundamento en la autonomía personal, en los hechos el legislador se arroga la atribución de determinar qué vidas vale la pena que sean vividas y cuáles no. Y no sólo eso, delega luego en los médicos tal decisión y les pretende dar un poder de decidir quién vive y quién no.

Por estas razones, creemos que no tiene el legislador potestad para regular cómo se eliminarán a personas humanas que así lo pidan. Pero el tema involucra cuestiones adicionales, como la de determinar quiénes son los pacientes a los que se les declara "eutanasiables", quién realiza la eutanasia (los médicos) y cómo se financia esta nueva prestación en el sistema de salud. Estas cuestiones las analizaré en los próximos apartados.

### III.2. Los pacientes habilitados a solicitar la prestación

Otra cuestión decisiva derivada de este nuevo derecho es la determinación de los pacientes que pueden solicitar esta prestación.

Siguiendo la redacción de la ley española 3/2021, los proyectos de ley en Argentina regulan dos causales habilitadas para pedir la "ayuda para morir": "enfermedad grave e incurable" y "padecimiento grave, crónico e imposibilitante". Ahora bien, respecto a la causal "enfermedad grave e incurable" el proyecto Cobos la limita a casos de terminalidad, pues dice: "enfermedad grave e incurable: alteración de la salud irreversible, condición patológica grave o lesión corporal grave que ha sido diagnosticada, certificada y confirmada por un médico responsable, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada que permita modificar el pronóstico de muerte próxima, o cuando los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces" (art. 3.e). El proyecto Moisés adopta una redacción similar. En cambio, el proyecto Estévez define: "Enfermedad grave e incurable: la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, en un contexto de fragilidad progresiva" (art. 4.2). Esta definición está tomada textualmente de la ley española de 2021.

La segunda definición torna mucho más subjetiva la causal, que depende de lo que el propio paciente considere "tolerable". Así, es previsible que, si finalmente se aprueba la ley y se adopta esta última redacción de la causal, prontamente se produzca la pendiente resbaladiza que lleve a aplicar la eutanasia a personas con problemas mentales incurables u otras enfermedades incurables que no tengan un pronóstico de terminalidad, pero perciban su sufrimiento como intolerable. Este problema ya lo analicé en el comentario inicial a los proyectos y allí me remito (10). En definitiva, se advierte que, una vez que se admite una excepción a la regla que prohíbe quitar deliberadamente la vida a otra persona, cualquier línea que se fije (terminalidad, sufrimiento intolerable, limitaciones físicas, etc.) se torna arbitrario.

Por otra parte, como dice Finnis, "salvo que los médicos tengan permitido matar a cualquiera que lo haga el pedido y tenga estabilidad y aptitud para requerir su muerte, se tiene que hacer una clasificación de las vidas que vale la pena vivir y las que no vale la pena vivir" (11). La legalización supone una activa participación social en hacer juicios morales comparativos sobre el valor de diferentes vidas humanas (12). En este punto, se verifica una discriminación hacia las personas con discapacidad que se encuentran en las situaciones descritas por los proyectos, cuyo derecho a la vida deja de ser inviolable (13).

Además, la disparidad de los proyectos al describir los diagnósticos que habilitarían esta prestación refuerza lo evidente: no se trata de una respuesta terapéutica a un cuadro determinado, como ocurre con toda prestación de salud, sino de una conducta de naturaleza completamente distinta. Al respecto, si la ayuda a morir es una prestación médica, se supone que resulta la estrategia indicada por la *lex artis* para atender a una situación de salud con finalidad preventiva, paliativa o terapéutica. Pero provocar la muerte del paciente no puede ser nunca una prestación indicada médicamente para una situación o condición determinada, como analizaré en el próximo apartado.

### IV. La obligación de prestar ayuda para morir y su impacto en la profesión médica



La creación por vía legal de una prestación de ayuda a morir también impacta en la profesión médica. Ya hemos visto que el legislador opta por señalar que todo médico tratante que recibe un pedido de eutanasia o suicidio asistido debe evaluar la solicitud, asesorar al paciente y, llegado el caso, realizar la práctica. Justamente como esta obligación pesa sobre todos los profesionales de la salud, se regula la situación de los objetores de conciencia.

En primer lugar, regular un deber médico de prestar ayuda a morir contradice el juramento hipocrático (14). La medicina se enfrenta con el drama de sufrimiento, la enfermedad y, en última instancia, la muerte. Pero ante estas situaciones, las finalidades propiamente médicas son la prevención, la terapia y la atención paliativa. Nunca es una alternativa el provocar la muerte. Arias de Ronchietto ha profundizado los deberes médicos ante el morir humano, señalando que la eutanasia no es acto médico y enfatizando que:

[L]o lograr que el enfermo y su familia afronten el proceso de la enfermedad y su desenlace y, el paciente asuma el acto de morir como suyo, es el más trascendente y riguroso deber que cada médico o equipo médico, debe a su paciente en situación de enfermedad, máxime si ésta es terminal. Es su deuda profesional. Cumplirla instala al acto del médico en el señorío del acto de justicia, de equidad. Tal es su naturaleza jurídica y, por ello, su esencial deber y derecho (15).

Como dice Shepherd, en las decisiones sobre el final de la vida hay una posición "por defecto" que consiste en optar por la continuación de la vida en la medicina (16). Esta posición por defecto expresa el principio básico de la atención médica: proteger la vida.

Es cierto que toda actuación médica debe respetar la voluntad del paciente, pero ello no se traduce en que tenga el deber de provocarle la muerte cuando así le sea pedido. Keown pone el foco en señalar que:

[E]l requerimiento legal de consentimiento previo para las intervenciones médicas opera como un escudo contra invasiones no deseadas al cuerpo, pero no como una espada para exigir intervenciones. No se deduce del hecho de que los médicos no pueden tratar a pacientes sin su consentimiento que puedan terminar su vida con su consentimiento. Más aun, matar pacientes nunca fue visto por la ley como un tratamiento médico sino como un grave crimen (y por la profesión médica en su conjunto como una inconsistencia con el rol del médico como sanador) (17).

En el derecho argentino, las leyes sobre ejercicio de la medicina enfatizan la finalidad terapéutica de la profesión y excluyen la ayuda al suicidio. Así por ejemplo surge del art 19 de la ley 17.132 (B.O. 31/1/1967) que dispone:

Artículo 19. — Los profesionales que ejerzan la medicina están, sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones legales vigentes, obligados a: [...] 3º) respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos.

Los proyectos de ley pretenden introducir esta prestación en el ejercicio profesional como si fuera una alternativa terapéutica más y ello altera radicalmente la confianza propia que requiere la relación del médico con su paciente. Como dice Finnis, "matar intencionalmente se convierte en una opción de rutina. Es cierto, hay restricciones, directivas, papelerío. Bien intencionado. No irrelevante. Pero nada se compara con el cambio en el corazón, la formación profesional y la conciencia de los médicos" (18). Y formula preguntas incisivas: "¿Puedo contarle al médico cuánto estoy sufriendo, mis miedos, mis ocasionales deseos de liberarme de este peso? ¿Mis palabras podrán ser escuchadas como un pedido de ser matado? ¿Como un permiso tácito? ¿Y por qué necesita el médico mi permiso, mi requerimiento?" (19).

Hasta aquí analicé la incompatibilidad que existe entre provocar la muerte y los fines propios de la medicina y cómo se mina la relación médico-paciente. Pero si se analiza en detalle los proyectos de ley, se advierte que la prestación de ayuda a morir supone un correlativo deber de matar. En efecto, en la redacción de los proyectos se señala que es el médico tratante el que tiene que recibir el pedido de eutanasia, evaluarlo y, eventualmente, realizar la práctica. No se crea un servicio de eutanasia al que se derivaría la realización de las prácticas, sino que cualquier profesional que atienda pacientes con cuadros potencialmente encuadrables en las causales legalmente habilitadas y que solicite la muerte, debe realizar la prestación, e incluso asegurar el resultado final. Como lo dice Murphy, "una obligación de matar parece implícita en este lenguaje de derechos que usan los activistas de la eutanasia y el suicidio asistido, y los medios y la ley de eutanasia de Quebec" (20).

Los proyectos de ley se extralimitan. En ningún caso el legislador puede suplantar a un profesional médico en su juicio particular sobre una situación determinada y obligarlo a actuar en cierta forma. Mucho menos puede la ley obligar a un médico a matar al paciente a su pedido, con independencia de cuál sea su cuadro de salud. No se trata únicamente de respetar al objetor de conciencia, sino de respetar la libertad propia del ejercicio



profesional.

En síntesis, la creación de una prestación de ayuda para morir viola los fines propios de la medicina, contradice el juramento hipocrático, mina la confianza propia de la relación médico-paciente y considera a la muerte provocada del paciente como una opción terapéutica más. Además, la redacción de los proyectos termina creando un deber de matar en cabeza de todo médico que recibe un pedido encuadrado en la ley.

#### V. La obligación de cobertura de la prestación de ayuda para morir y su impacto en el sistema de salud

La prestación de ayuda para morir no se presenta, en los proyectos de ley, simplemente como un derecho subjetivo que tendría su correlato en el deber del médico de provocar la muerte del paciente. Los proyectos promueven que a este derecho se acceda gratuitamente a través de los distintos subsectores del sistema de salud. Ya vimos una primera dimensión del asunto, al analizar lo que sostiene sobre el carácter prestacional de este derecho el TC español.

En este apartado quisiera enfatizar que la legalización de la eutanasia como prestación de ayuda a morir introduce una grave distorsión en el sistema de salud, que debería estar guiado por los fines inherentes a la medicina, es decir, la preservación de la vida (21). Aparece, en cambio, una nueva opción terapéutica que consiste en poner fin a la vida del paciente. Para Finnis, los intereses de quienes financian la salud van a estar a favor de legalizar la eutanasia y esos intereses influyen en las decisiones que toman los médicos en el caso concreto (22). Gorsuch coincide, pues entiende que la eutanasia se presenta como una opción más barata que garantizar la atención, los cuidados y los medicamentos para el dolor que darían la chance de enfrentar la muerte sin dolor (23).

Ciertamente, la motivación de legalizar la eutanasia para reducir costos en salud no es mencionada por ningún proyecto en Argentina. Pero la experiencia de Canadá es demostrativa de que esa intencionalidad no puede soslayarse, pues en los hechos se ha constatado que la legalización de la eutanasia significa una reducción de costos de salud en comparación con los cuidados paliativos y los tratamientos específicos de las patologías de base (24). Por supuesto, entiendo que ese análisis de costos y beneficios no resulta un fundamento válido para legalizar la eutanasia. Ante el drama del sufrimiento humano, no se trata de facilitar las medidas para que descartar al paciente, sino de asegurarle el acceso a las terapias del dolor que permitan sobrellevar la situación con dignidad. Justamente, legalizar la eutanasia opera como un mecanismo que desalienta la inversión en cuidados paliativos, que es la respuesta humana profunda y justa ante estas situaciones.

Desde una perspectiva liberal, Céspedes analiza la eutanasia en el contexto constitucional argentino y entiende que no existiría, en principio, un derecho subjetivo del paciente a exigir que el Estado le brinde los servicios para acceder a la eutanasia (25). Sin embargo, dado que hay inequidades sociales y económicas y un grupo de personas no podrían encarar los gastos para poner fin a su vida en los pacientes terminales, siguiendo una propuesta de Seleme, señala que una solución sería que el Estado entregue a los pacientes una cifra fija de dinero de modo que:

[A]quellos que quieran continuar luchando hasta el final, lo podrán hacer sin que la falta de medios económicos sea vista como un impedimento. Por otro lado, aquellas personas que consideran desesperante la situación que acarrea la enfermedad que sufren, tendrán los medios necesarios para acceder a una práctica eutanásica que salvaguarde su dignidad como personas (26).

No coincidimos con esta propuesta, pues coloca al mismo nivel la prestación de servicios terapéuticos con una intervención que está dirigida a provocar la muerte del paciente y que, por tanto, no posee naturaleza médica y es injusta y contraria al principio de inviolabilidad de la vida humana.

De aprobarse estos proyectos, los legisladores generan las condiciones para que, en los hechos, el sistema de salud comience a guiarse por criterios utilitaristas que clasifican las vidas en las que son dignas de ser vividas y las que no. Los cuidados paliativos se ven también afectados por esta decisión y también aparecen como una opción relegada por el legislador (27).

Finnis refiere las conclusiones de un equipo especial que en 1994 emitió un informe en Nueva York sobre eutanasia y suicidio asistido en el contexto médico y que concluyó por unanimidad que la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido puede significar graves riesgos para muchos pacientes, especialmente los más pobres, los ancianos, los miembros de grupos minoritarios y los que no tienen acceso al sistema de salud (28). En ese informe, se llamaba la atención sobre cómo potenciales límites a los reembolsos de gastos por internaciones prolongadas, como opuestas a la facilidad de la eutanasia, podían influir en las decisiones médicas (29).

Entrando en el análisis del ordenamiento jurídico nacional, la ley 23661 (B.O. 20/1/1989) de regulación del Sistema de Seguro de Salud, en su artículo 2° dispone:

El seguro tendrá como objetivo fundamental proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias,

integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva...

La eutanasia contradice esos principios fundamentales que establece este artículo. Por su parte, la ley 26.862 (B.O. 17/05/2011) define a las empresas de medicina prepaga de la siguiente forma:

ARTICULO 2° — Definición. A los efectos de la presente ley se consideran Empresas de Medicina Prepaga a toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopten cuyo objeto consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa.

En un contexto de carencias en la atención del sistema de salud, en el que un 20% refiere esperar más de dos meses tras solicitar un turno con un especialista y con otros problemas de tipo estructurales (30), con el desafío de garantizar a todos los pacientes que los necesitan el acceso a los cuidados paliativos (31), resulta injusto e incoherente con las finalidades del sistema de salud que se decida incorporar una pretendida prestación de ayuda a morir como una opción terapéutica más. Se generarían las condiciones jurídicas para promover una cultura del descarte de aquellos cuyas vidas aparecen como menos valiosas y útiles.

#### VI. La prestación de ayuda para morir y el derecho a la vida

En última instancia, el problema de fondo de la prestación de ayuda a morir es la afectación del derecho a la vida. Como dice Finnis, la legalización de la eutanasia supone que el legislador consagra una excepción al principio que señala que no se puede matar a otro (32) y específicamente regula en detalle cómo se llevará adelante tal conducta de provocar deliberadamente la muerte.

En el debate sobre eutanasia en Gran Bretaña, el Comité sobre Ética en Medicina de la Cámara de los Lores dijo que la prohibición de la muerte intencional es la piedra angular de la ley y de las relaciones sociales, que nos protege a cada uno en forma imparcial, dando cuerpo a la convicción de que todos somos iguales (33).

Farrell fundamenta la eutanasia en el principio de la libertad de John Stuart Mill (34) y considera que la solución contraria significaría una actitud paternalista que no tiene justificación en personas adultas y que se podría resumir en la frase: "yo sé mejor que usted lo que le conviene" (35).

Al respecto, como sostiene Keown:

[L]as personas pueden tener control sobre su integridad física, pero dentro de ciertos límites. La ley reconoce nuestra integridad física, nuestras vidas y nuestra autonomía como bienes que tenemos el derecho de salvaguardar. Pero no se sigue de ello que podamos legítimamente consentir la amputación de un miembro sano, que nos maten o vender nuestras personas en esclavitud, conductas que minan esos bienes (36).

Además, afirma Keown que, si se abandona el principio de la inviolabilidad de la vida, la clara línea que se fundamenta en la intrínseca e insoslayable dignidad de cada paciente es usurpada por una arbitraria que depende de juicios subjetivos (37).

Legalizar la prestación de ayuda a morir, además, contradice las políticas públicas que apuntan a prevenir el suicidio. Ciertamente, como dice Andorno:

[E]s verdad que, normalmente, si alguien quiere suicidarse, puede de hecho hacerlo. Pero de allí no cabe deducir que exista un 'derecho' a morir, es decir, que se pueda exigir del Estado un apoyo a tal pretensión, ni menos aún reclamar de otras personas la supresión de su vida. La muerte no constituye un 'bien debido' en términos de justicia (38).

Sambrizzi explica que:

[E]l derecho a la vida entraña el deber de respetar la propia vida, de la que no se puede disponer, por cuanto el hombre no es dueño de sí mismo ni de su vida, y quien resuelve quitársela, no está renunciando al derecho a la vida, sino a la vida misma, y con ella, a la libertad que se proclama defender, que ya no se puede ser ejercida por quien tomó esa decisión y la ejecutó (39).

Para Gorsuch buscar una alternativa a la regla absoluta que prohíbe matar intencionalmente a otro es ingresar en terrenos controvertidos, pues una vez que matar a otro se vuelve aceptable, la sociedad comienza a tomar decisiones morales sobre cuáles muertes se vuelven permisibles (40). Para Finnis:

[U]na sociedad justa no puede sostenerse y las personas no pueden ser tratadas con el igual respeto y atención que merecen, a menos que sostengamos la verdad que ninguno de nosotros está habilitado a actuar en

la convicción que la vida de otro no vale la pena ser vivida (41).

La vida es un bien humano básico fundamental e indisponible, que merece una plena protección del Estado. La persona que sufre, que puede perder las razones para vivir, debe ser acompañada integralmente, con los cuidados paliativos y otras formas de apoyo, para no ser dejada sola en su drama. Legalizar la eutanasia entraña una claudicación en el campo de la solidaridad interpersonal, supone la renuncia a tal acompañamiento del sufriente, que no solo es librado a su suerte, sino que se le ofrece quitarle la vida regulada y gratuitamente.

## VII. Conclusiones

A lo largo de este trabajo he analizado las propuestas legislativas de creación de una nueva prestación de ayuda para morir que debería ser realizada por todo médico tratante que recibe el pedido y que consistiría en provocar la muerte del paciente. Según los proyectos, esta prestación debería ser cubierta en forma gratuita por el sistema de salud.

En primer lugar, no existe ningún tratado que contemple un derecho a una ayuda para morir. Además, los legisladores estarían arrogándose el poder de determinar qué vidas vale la pena que sean vividas y cuáles no. Ello supondría una nueva forma de discriminación de las personas con discapacidad.

Existen diferencias importantes en la forma en que los proyectos de ley conceptualizan las dos situaciones en que los pacientes tendrían derecho a esta prestación de ayuda para morir: enfermedad grave e incurable y padecimiento grave, crónico e imposibilitante. Si se adoptan visiones que ponen el foco en la percepción subjetiva del paciente, se corre el riesgo de una redacción que habilite la eutanasia para muchas situaciones en lo que se conoce como una pendiente resbaladiza. Pero, sobre todo, queda en claro que la línea trazada por los proyectos es arbitraria y no se ofrece justificación sobre cuáles son los motivos que determinan cuándo se tiene derecho a pedir la propia muerte y cuándo no.

Esta prestación supone un impacto profundo en la profesión médica. Los proyectos obligan a todo médico a recibir los pedidos de ayuda a morir y, en caso de cumplirse los requisitos, a realizar la práctica de quitarle la vida al paciente. Incluso se establece, en algunos proyectos, un deber de permanecer hasta que ocurre el fallecimiento. En estos proyectos, no se establece un nuevo servicio de médicos eutanasiadores, sino que todos los médicos tendrían la obligación de intervenir y matar al paciente que lo pida.

La prestación de ayuda a morir también impacta en el sistema de salud, que debería estar orientado a garantizar la salud de los pacientes y su habilitación y rehabilitación. Además, la experiencia internacional señala que detrás de estos proyectos se esconde la finalidad de bajar costos de salud, a partir de la reducción de prestaciones a ciertos pacientes.

En última instancia, la prestación de ayuda para morir supone un quiebre del principio que señala la inviolabilidad de la vida humana y que establece que no es aceptable la legitimación de la conducta deliberada de matar a otro.

La respuesta última al sufrimiento de los pacientes no puede ser la regulación de un sistema para quitarles la vida, sino garantizarles su derecho a los cuidados paliativos y al acompañamiento humano, familiar, social y profesional que les permita atravesar las situaciones de dolor con dignidad y respeto a los derechos fundamentales.

(A) Miembro de la sección de Derecho de Familia y Bioderecho del Instituto de Derecho Civil de la Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Buenos Aires. Este trabajo se enmarca en el proyecto de investigación sobre "El derecho argentino ante la vulnerabilidad del paciente terminal" (Programa IUS, Facultad de Derecho, Pontificia Universidad Católica Argentina). Agradezco a María Rosario Polotto, María Bibiana Nieto, Estefanía Rogora, Daniel Herrera, Ignacio de la Riva, Santiago Legarre, Juan Bautista Fos Medina y Nicolás Pérez Trench sus comentarios y sugerencias sobre un borrador de este trabajo, realizados en el marco del Seminario Permanente de Investigación de la Facultad de Derecho (UCA).

(AA) Existen importantes diferencias entre los proyectos al momento de caracterizar la causal "enfermedad grave e incurable". En cambio, en torno a la causal "padecimiento grave, crónico e imposibilitante" las redacciones de los articulados son similares. Ver al respecto: Lafferriere, Jorge Nicolás. "Análisis de los proyectos de legalización de la eutanasia y el suicidio asistido en Argentina", Centro de Bioética, Persona y Familia, Agosto 2022, disponible en <https://centrodebioetica.org/analisis-de-los-proyectos-de-legalizacion-de-la-eutanasia-y-el-suicidio-asistido-en-argentina/>

(1) Borda, Guillermo, Tratado de Derecho Civil Argentino. Parte General, Tomo II, 2da. edición, Buenos Aires, Editorial Perrot, 1955, p. 23

(2) En realidad, en dos proyectos se propone modificar el Código Penal. El proyecto 3956-D-2022 propone incorporar un artículo 83 bis al 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.". Este texto se repite con mínimas modificaciones en el proyecto 4855-D-2022. Por su parte, el proyecto Moisés incluye un texto similar, aunque sin modificar el código Penal: "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".

(3) Ver al respecto Vivanco Martínez, Ángela, "La eutanasia ante el Derecho: Definición y penalización de la conducta eutanásica", *Ars Medica* n. 12, 2006, p. 53-92; Vivanco Martínez, Ángela. *Disposición sobre la vida humana y principios constitucionales: análisis del caso chileno*. Santiago, Ediciones Universidad Santo Tomás, 2014; Lafferriere, Jorge Nicolás, "Dignity at the End of Life and Decriminalization of Euthanasia", en *Criminal Law and Morality in the Age of Consent*, Masferrer, Aniceto (Ed.), Cham, Springer International Publishing, 2020, p. 347-367.

(4)

[https://www.tribunalconstitucional.es/NotasDePrensaDocumentos/NP\\_2023\\_024/STC%20RI%204057-21%20Y%20VOTOS.pdf](https://www.tribunalconstitucional.es/NotasDePrensaDocumentos/NP_2023_024/STC%20RI%204057-21%20Y%20VOTOS.pdf)

(5) Maruri Argman-Ugón, Sofía. "Eutanasia y Derechos Humanos: la evidencia internacional", en AA.VV., *En defensa de la dignidad humana. Aportes para el debate: Eutanasia y suicidio asistido*, publicación de Prudencia Uruguay, 2022, p. 88.

(6) Ver Sambrizzi, Eduardo A., "Eutanasia. No existe un derecho a morir", *SJA* 02/06/2023, 1, Cita: TR LALEY AR/DOC/873/2023. Ver también Lafferriere, Jorge Nicolás, "¿Existe el derecho a morir? Una reflexión a partir de los proyectos de ley sobre eutanasia presentados en Argentina" en Sambrizzi, E.A. (director). *Estudios de derecho civil Año 2022*. Publicaciones de la Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Buenos Aires, Instituto de Derecho Civil. Sección de Derecho de Familia y Bioderecho, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, La Ley, 2023, p. 37-54.

(7) Massini Correas, Carlos I. Zambrano, Pilar, "Vida humana, autonomía y el final de la existencia: ¿Existe un derecho a disponer de la propia vida?", en Borda, Guillermo (director), *La persona humana*, Buenos Aires, La Ley, 2001, p. 131.

(8) En otro orden, en Argentina la creación de un nuevo derecho prestacional, con obligaciones específicas que deberán estar a cargo de las provincias, supone un quiebre de la distribución de competencias entre la Nación y las provincias. El Congreso Nacional ciertamente tiene competencia para dictar los códigos de fondo, incluyendo el Civil y el Penal, pero no tiene competencia para regular e imponer, sin adhesión de las provincias, un procedimiento médico y una prestación dentro del sistema de salud o crear comisiones provinciales. El tema, no obstante, excede los alcances de este trabajo.

(9) Massini Correas, Carlos I. Zambrano, Pilar, ob. cit., p. 132.

(10) Lafferriere, Jorge Nicolás, "Análisis de los proyectos de legalización de la eutanasia y el suicidio asistido", Centro de Bioética, Persona y Familia, Agosto 2022, disponible en: <https://centrodebioetica.org/analisis-de-los-proyectos-de-legalizacion-de-la-eutanasia-y-el-suicidio-asistido-en-argentina/> (último acceso: 5 de junio de 2023).

(11) Traducción propia. Texto original en inglés: "Unless doctors are permitted to kill anyone and everyone who makes a 'stable and competent' request for death, they are going to have to proceed on a classification of lives as 'worth living' or 'not worth living'". Finnis, "Euthanasia, Morality, and Law", p. 1144.

(12) Gorsuch, Neil, "The Right to Assisted Suicide and Euthanasia", *Harvard Journal of Law & Public Policy*, n. 23, 2000, p. 690.

(13) Está en juego el art. 10 de la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad que dispone: "Artículo 10. Derecho a la vida. Los Estados Partes reafirman el derecho inherente a la vida de todos los seres humanos y adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar el goce efectivo de ese derecho por las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás" (ley 26.378, con jerarquía constitucional por ley 27.044).

(14) Serrano Ruiz-Calderón, José Miguel, "Eutanasia y muerte ajena", *El Notario del siglo XXI*, N.º 73, 2017, pp. 26-30.

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

(16) Shepherd, Lois, "The End of End-of-Life Law", *North Carolina Law Review*, n. 92, 2014, p. 1701.

(17) Traducción propia. Texto original en inglés: "the legal requirement of consent to medical treatment provides a shield against unwanted touching, not a sword to demand interventions. It does not follow from the fact that physicians may not treat patients without their consent that they can terminate them with their consent. Moreover, the killing of patients has never been regarded by the law as a medical treatment but as a serious

crime (and by the medical profession as a whole as inconsistent with the physician's role as healer)". Keown, John, "A Right to Voluntary Euthanasia? Confusion in Canada in Carter", *Notre Dame Journal of Law, Ethics & Public Policy*, n. 28, 2014, p. 20.

(18) Traducción propia. Texto original en inglés: "Killing with intent becomes a routine management option. Oh yes, there are restrictions, guidelines, paperwork. Well meant. Not utterly irrelevant. But as nothing compared with our doctors' change in heart, professional formation and conscience". Finnis, John, "Euthanasia, Morality, and Law", 1133.

(19) Traducción propia. Texto original en inglés: "Can I safely speak to my physician about the full extent of my sufferings, about my fears, about my occasional or regular wish to be free from my burdens? Will my words be heard as a plea to be killed? As a tacit permission? And why does my physician need my permission, my request?". Finnis, John, "Euthanasia, Morality, and Law", 1134.

(20) Murphy, Scan. "Legalization of Assisted Suicide and Euthanasia: Foundational Issues and Implications", *BYU Journal of Public Law*, vol. 31, no. 2, 2017, p. 369-370.

(21) Por ejemplo, el art. 26 de la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad regula las obligaciones sobre "Habilitación y rehabilitación": "Artículo 26. Habilitación y rehabilitación. 1. Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales...".

(22) Finnis, John, "Euthanasia, Morality, and Law", p. 1139.

(23) Gorsuch, Neil, "The Right to Assisted Suicide and Euthanasia", p. 692.

(24) En el trabajo de análisis de los proyectos de ley expliqué los estudios sobre el tema, que se remontan a 1998 y tienen un punto culminante en un trabajo de 2017: Emanuel, Ezekiel J., & Battin, Margaret P. (1998). What are the potential cost savings from legalizing physician-assisted suicide? *The New England Journal of Medicine*, 339(3), 167—172. <https://doi.org/10.1056/NEJM199807163390306>; Trachtenberg, Aaron J., & Manns, Braden (2017). Cost analysis of medical assistance in dying in Canada. *Cmaj*, 189(3), E101—E105. <https://doi.org/10.1503/cmaj.160650>.

(25) Céspedes, Tomás Agustín, Eutanasia y autonomía, Buenos Aires, Astrea, 2020, p. 107.

(26) Céspedes, Tomás Agustín, op. cit., p. 110.

(27) Murphy, Scan. "Legalization of Assisted Suicide and Euthanasia: Foundational Issues and Implications", p. 349. Ver la comparación entre los proyectos de ley de eutanasia y la ley 27.678 de Cuidados Paliativos en mi trabajo: Lafferriere, Jorge Nicolás, "Análisis de los proyectos de legalización de la eutanasia y el suicidio asistido", loc. cit., p. 16-19.

(28) New York State Task Force on Life and the Law, "When Death is Sought: Assisted Suicide and Euthanasia in the Medical Context", 1994, disponible en: [https://www.health.ny.gov/regulations/task\\_force/reports\\_publications/when\\_death\\_is\\_sought/](https://www.health.ny.gov/regulations/task_force/reports_publications/when_death_is_sought/), citado por Finnis, John, "Euthanasia, Morality, and Law", p. 1138.

(29) Finnis, John, "Euthanasia, Morality, and Law", p. 1139.

(30) Paternó Manavella, María Agustina, Lafferriere, Francisco, Rodríguez Espíndola, Solange, "Atención de salud y acceso a la atención médica en la argentina urbana [en línea]". Observatorio de la Deuda Social Argentina. 2023, Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/16440>

(31) Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, "Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020", 2da. Edición, p. 38, disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2021/8/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20en%20Latinoamerica%202020.pdf>

(32) Finnis, John, "Euthanasia, Morality, and Law", p. 1127.

(33) House of Lords, Report of the Select Committee on Medical Ethics, H.L. Paper No. 21-I, 1994, párrafo 237.

(34) Farrell, Martín Diego. *La Ética Del Aborto Y La Eutanasia*. Buenos Aires: Abeledo-Perrot, 1985, p. 109.

(35) Farrell, Martín Diego, op. cit., p. 110. Ver también Farrell, Martín Diego, "Eutanasia", en *Tratado de los Derechos Constitucionales*, Julio César Rivera y otros (directores), Tomo I, Ciudad de Buenos Aires, Abeledo Perrot, 2014, p. 871-900

(36) Traducción propia. Texto original en inglés: "persons may indeed control their own physical integrity, but within limits. The law recognizes our physical integrity, our lives, and our autonomy as goods we have the right to safeguard. It does not follow that we may lawfully consent to the amputation of healthy limbs, to be killed, or sell ourselves into slavery, conduct which undermines these goods", Keown, John, "A Right to Voluntary Euthanasia? Confusion in Canada in Carter", p. 20.

(37) Keown, John, "A Right to Voluntary Euthanasia? Confusion in Canada in Carter", p. 22.

- (38) Andorno, Roberto, *Bioética y dignidad de la persona*, 2da. edición, Madrid, Tecnos, 2012, p. 166.
- (39) Sambrizzi, Eduardo, "Muerte digna: Modificación de la ley 26529 sobre derechos del paciente", *La Ley, Suplemento Especial Identidad de género — Muerte digna*, 2012 (mayo), p. 123.
- (40) Gorsuch, Neil, "The Right to Assisted Suicide and Euthanasia", p. 701-702.
- (41) Traducción propia. Texto original en inglés: "a just society cannot be maintained, and people cannot be treated with the equal concern and respect to which they are all entitled, unless we hold fast to the truth... that none of us is entitled to act on the opinion that the life of another is not worth living", Finnis, John, "Euthanasia, Morality, and Law", p. 1145.