

Vulnerabilidad de la persona mayor en el final de su vida en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

Por Jorge Nicolás Lafferriere¹

Cita: Lafferriere, J.N. (2024), "Vulnerabilidad de la persona mayor en el final de su vida en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos", en Mayor del Hoyo, M.V. y de Salas Murillo, S. (directoras), El Derecho Civil ante los retos actuales de la vulnerabilidad personal", Thomson Reuters Aranzadi, Cizur Menor, Navarra, España. p. 409-428. ISBN digital: 978-84-1162-731-3. ISBN papel: 978-84-1162-733-7

1. Introducción

En la etapa final de la vida humana se presentan complejas situaciones vinculadas con la toma de decisiones en salud que, en un contexto de creciente avances biotecnológicos, suponen desafíos para el derecho. El paciente se presenta como vulnerable y a su vez, por su esencial dignidad, debe ser respetado en su libertad y responsabilidad en un momento tan decisivo de la existencia. Dentro de este contexto, en este trabajo me propongo analizar la situación específica de vulnerabilidad de las personas mayores en el final de su vida en el marco del Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

Al respecto, la Organización de Estados Americanos aprobó el primer instrumento internacional a nivel global referido a los derechos de las personas mayores. Me refiero a la Convención Interamericana sobre Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores (en adelante CIPDHPM) que fue adoptada por la Organización de los Estados Americanos durante su 45ª Asamblea General el 15 de junio de 2015. Según el artículo 1, "el objeto de la Convención es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad". Según el art. 2, "persona mayor" es "aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor".

Este trabajo² tiene como objetivo analizar las disposiciones de esta Convención que refieren al final de la vida de las personas mayores y la toma de decisiones. En primer

¹ Profesor Titular Ordinario, Facultad de Derecho, Pontificia Universidad Católica Argentina; Profesor Regular Adjunto de Derecho Civil, Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires. Miembro Colaborador del de investigación sobre "Vulnerabilidad patrimonial y personal. Retos jurídicos" de la Universidad de Zaragoza, aprobado por Ministerio de Ciencia e Innovación de España, nro. PID2019-105489RB-I00, junio 2020 a mayo 2024, dirigido por María Victoria Mayor del Hoyo y Sofía Salas Murillo.

² Este trabajo se inserta en el proyecto de investigación sobre "Vulnerabilidad patrimonial y personal. Retos jurídicos" de la Universidad de Zaragoza, aprobado por Ministerio de Ciencia e Innovación de España, nro. PID2019-105489RB-I00, junio 2020 a mayo 2024, dirigido por María Victoria Mayor del Hoyo y Sofía Salas

lugar, se analizará el marco general de la CIPDHPM a fin de determinar si se consideran o no a las personas mayores como estructuralmente vulnerables. Luego, se continuará con la presentación de la importancia que se asigna en la Convención a los “cuidados”, incluyendo los cuidados paliativos. Finalmente, analizaré lo referido a la toma de decisiones en salud en torno a tratamientos médicos, incluyendo las pretensiones de impulsar, a partir de la CIPDHPM la legalización de la eutanasia.

2. ¿Son vulnerables estructuralmente las personas mayores para la Convención Interamericana?

Antes de entrar a considerar las problemáticas específicas del final de la vida, quisiera analizar el marco general que propone la CIPDHPM y que tiende a enfatizar la dignidad y autonomía de la persona mayor, su valoración y la promoción de un envejecimiento activo y saludable. La cuestión es determinar si la Convención considera a las personas mayores como estructuralmente vulnerables.

La Convención adopta principios generales en su artículo 3 que Dabove agrupa en torno a cinco ejes del derecho de la vejez: “algunos se vinculan con la consideración de la persona mayor y su dignidad como sujeto de derechos; otros, con el campo de su autonomía e independencia; también hay principios referidos a la participación; otros, a la protección y los cuidados, y un grupo aborda la defensa de sus derechos”³.

En el plano de la redacción, en la CIPDHPM se usa 5 veces la expresión “vulnerabilidad” o “vulnerables”, pero ninguno de esos usos está dirigido a caracterizar a las personas mayores como grupo. Las menciones grupos o personas en “condición” o “situación de vulnerabilidad”. De esta forma, la vulnerabilidad es una “situación” que presentan algunas personas, pero no se afirma explícitamente que, de suyo, las personas mayores sean vulnerables estructuralmente. Así, en el art. 5, en relación al derecho a la igualdad y no discriminación por razones de edad, se establece: “Los Estados Parte desarrollarán enfoques específicos en sus políticas, planes y legislaciones sobre envejecimiento y vejez, en relación con la persona mayor en condición de vulnerabilidad...”. En el art. 20, sobre el derecho a la educación, en dos ocasiones se refiere a los “grupos en situación de vulnerabilidad” (art. 20 incisos a y e). Lo mismo ocurre en el art. 23 sobre derecho a la propiedad y en el 24 sobre derecho a la vivienda.

Así, podemos preguntarnos si la Convención presupone -más allá de la falta de una definición explícita- a toda persona mayor como persona vulnerable. Ante todo, hay que señalar que existe un cierto paralelismo entre la CIPDHPM y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aprobada por las Naciones Unidas en 2006

Murillo y del proyecto IUS “El derecho argentino ante la vulnerabilidad del paciente terminal” (Facultad de Derecho, Universidad Católica Argentina).

³ DABOVE, María Isolina, *Derecho de la vejez. Fundamentos y alcance*, Buenos Aires: Astrea, 2018, p. 206.

y ese paralelismo permite suponer que ambos grupos se consideran como vulnerables. Sostiene García Garnica, “aunque el binomio de edad avanzada y discapacidad es una realidad en un porcentaje significativo, también lo es que no es una ecuación perfecta. No toda persona de edad avanzada presenta una discapacidad jurídicamente relevante. A pesar de lo cual, y por las razones sucintamente expuestas, no deja de ser especialmente vulnerable”⁴. Este autor entiende que “se ha hecho eco de esta demanda el propio Grupo de Trabajo de la Organización de Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, en el Informe correspondiente a su séptimo periodo de sesiones de trabajo, celebrado del 12 al 15 de diciembre de 2016 (A/AC.278/2016/2). En él se recoge la propuesta de «establecer paralelismos entre la elaboración de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la posible creación de un instrumento jurídico multilateral sobre los derechos humanos de las personas de edad»”⁵.

Ahora bien, tal consideración de vulnerabilidad no supone, para García Garnica, que se considere a las personas mayores como “meros sujetos pasivos receptores de medidas asistenciales, sino auténticos sujetos de derecho, con plena capacidad para el ejercicio de los derechos humanos personalísimos y acreedores de medidas de apoyo para promover su autonomía en todo lo posible y facilitarles el ejercicio de los derechos cuya titularidad es inherente a su dignidad”⁶.

Pero, como ya dijimos, la CIPDHPM no afirma expresamente que las personas mayores sean de suyo vulnerables. Investigando los comentarios a la Convención, encontramos opiniones que señalan que “urge superar el enfoque de la vulnerabilidad al abordar los asuntos de las personas mayores. En derecho, el adjetivo ‘vulnerable’ se utiliza para referirse a aquellas personas que necesitan ser protegidas porque tienen características propias que les impiden ser autónomas. El ejemplo más claro lo constituyen los niños, que en razón de su edad —vale decir, una característica personal— no disfrutan de la misma autonomía que los adultos y, en consecuencia, no se les reconoce su capacidad legal, aunque sí son protegidos por el principio del interés superior del niño. Entender a las personas mayores como un grupo vulnerable lleva implícita la idea de que siempre lo serán y requerirán protección, con independencia de las circunstancias que las rodeen. La definición de un instrumento sobre los derechos de las personas de edad debe hacerse desde otra perspectiva. Ante todo, se deben identificar las condiciones exógenas como consecuencia de las cuales ellas requieren medidas especiales en su favor, e intervenir de manera particular sobre esas condiciones con la finalidad de que logren su autonomía. En las discusiones en curso sobre los derechos de las personas mayores es evidente que el enfoque de la vulnerabilidad sigue presente. Pero tales derechos deben protegerse, promoverse y respetarse por la dignidad inherente de las personas mayores.

⁴ GARCÍA GARNICA, María del Carmen, “La protección jurídica de las personas mayores: un reto para el siglo XXI”, *Revista de Derecho de la UNED (RDUNED)*, (nro. 23), 2018, p. 65, <https://doi.org/10.5944/rduned.23.2018.24003>.

⁵ GARCÍA GARNICA, María del Carmen, “La protección jurídica de las personas mayores: un reto para el siglo XXI”, cit., p. 66.

⁶ GARCÍA GARNICA, María del Carmen, “La protección jurídica de las personas mayores: un reto para el siglo XXI”, cit., p. 78.

Esos derechos no son un instrumento para integrarlas al resto de la sociedad, asumiendo implícitamente que el problema de la falta de inclusión es de las propias personas de edad, porque no ejercen sus derechos. Muy por el contrario, son fines en sí mismos y su valor debe reconocerse como tal”⁷.

Un matiz sobre la cuestión lo aportan Palma y otros quienes sostienen que “la condición de vulnerabilidad asociada al envejecimiento no deriva de la edad de las personas sino de las actitudes, percepciones sociales negativas u otros factores que originan barreras que se expresan en la forma de discriminación, limitación o negación del ejercicio de sus derechos humanos”⁸.

Ciertamente, aunque no se mencione expresamente la vulnerabilidad, junto con el énfasis puesto en el ejercicio de derechos por parte de las personas mayores, la Convención también tiene como objetivo garantizar su “cuidado”, entendido integralmente, como explicaré en el próximo apartado. Hablar de “cuidado” presupone cierto tipo de vulnerabilidad. Se cuida a una persona si hay riesgo de daño. Igualmente, como explica Fulchiron, “los adultos mayores vulnerables no constituyen una categoría homogénea, a diferencia de los niños y, en una menor medida, de las personas con discapacidad”⁹. Por su parte, Basset considera a las personas de tercera edad como una de las situaciones estables de vulnerabilidad¹⁰.

En síntesis, cabe concluir que la CIPDHPM no caracteriza a las personas mayores como personas que “de suyo” sean vulnerables, sino que tiene disposiciones referidas a algunos grupos de personas mayores que están en situación de vulnerabilidad y que, por ello, merecen especiales medidas. A su vez, de las disposiciones en que se pone foco en los deberes de cuidado y atención hacia las personas mayores cabe deducir que se presupone una cierta situación de vulnerabilidad estructural de las personas mayores.

Personalmente entiendo que las personas mayores tienen una situación de cierta vulnerabilidad personal que está en la base del reconocimiento de derechos y la promoción de distintas medidas de protección. En efecto, el énfasis puesto en la autonomía y el envejecimiento activo y saludable no supone desconocer las dimensiones de vulnerabilidad que ameritan medidas de protección y cuidado.

⁷ COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, *Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía*, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2017, p. 72, <https://www.cepal.org/es/publicaciones/41471-derechos-personas-mayores-retos-la-interdependencia-autonomia>.

⁸ PALMA, Andrea, PERROTTA, Valentina y ROVIRA, Adriana, “Las personas mayores como sujetos de derecho: el aporte de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores”, Montevideo: Instituto Nacional de las Personas Mayores - Uruguay, 2019, pp. 10-11.

⁹ FULCHIRON, Hugues, “Acerca de la vulnerabilidad y de las personas vulnerables”, en *Tratado de la Vulnerabilidad*, ed. Ursula Cristina Basset et al., Buenos Aires, Thomson Reuters La Ley, 2017, p. 13.

¹⁰ BASSET, Ursula Cristina, “La vulnerabilidad como perspectiva: una visión latinoamericana del problema. Aportes del Sistema Interamericano de Derechos Humanos”, en *Tratado de la Vulnerabilidad*, ed. Ursula Cristina Basset et al., Buenos Aires, Thomson Reuters La Ley, 2017, p. 37.

3. El derecho a los cuidados integrales, incluyendo los paliativos

La CIPDHPM se caracteriza por promover un derecho a cuidados integrales. De hecho, la expresión “cuidado” o “cuidados” aparece 34 veces en el texto del instrumento internacional. Así, entre los principios generales de la Convención se incluye “el bienestar y cuidado” (art. 3.f). Además, el deber de cuidado se menciona en el principio que refiere a la responsabilidad del Estado: “o) La responsabilidad del Estado y participación de la familia y de la comunidad en la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad, así como en su cuidado y atención, de acuerdo con su legislación interna” (art. 3). Para Dabove, “los derechos de protección” consagrados en la Convención “encuentran su guía y fundamento en el principio general de los cuidados que integra el derecho de la vejez”¹¹.

La expresión “cuidado” en la Convención resulta relevante en lo que concierne a la cuestión del lugar en el que reside la persona mayor. Así, para la Convención, la prioridad está dada por el domicilio y recibir cuidados en su domicilio y se regula de forma detallada y precisa lo referido a las residencias en las que se brindan “servicios de cuidado a largo plazo”. El art. 2 define a la “persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo” como “aquella que reside temporal o permanentemente en un establecimiento regulado sea público, privado o mixto, en el que recibe servicios socio-sanitarios integrales de calidad, incluidas las residencias de larga estadía, que brindan estos servicios de atención por tiempo prolongado a la persona mayor, con dependencia moderada o severa que no pueda recibir cuidados en su domicilio”. Luego, en el art. 12 se regulan “derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo”. Encontramos allí un apartado muy significativo sobre el “derecho al cuidado”, cuando el art. 12 dispone: “La persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía”. Por su parte, en el art. 6, referido al derecho a la vida, se señala que “los Estados Parte tomarán medidas para que las instituciones públicas y privadas ofrezcan a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales”. Volveré a referirme a este artículo enseguida.

La Convención también se ocupa de las familias y la necesidad de darles apoyo para que cumplan los deberes de cuidado. En el art. 12 se sostiene: “Los Estados Parte deberán diseñar medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la introducción de servicios para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados, así como la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión”. Una norma análoga se repite en el art. 19 inciso o).

¹¹ DABOVE, María Isolina, *Derecho de la vejez. Fundamentos y alcance*, cit., p. 268.

En este marco de un derecho a un sistema de cuidados integrales, un lugar muy importante lo ocupan los “cuidados paliativos” (en adelante CP), que son reconocidos como un derecho y se vinculan con pacientes con enfermedades que no responden a un tratamiento curativo o sufren dolores evitables. La Convención menciona 8 veces a los CP. Explícitamente, se los define en el art. 2: “Cuidados paliativos: La atención y cuidado activo, integral e interdisciplinario de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo o sufren dolores evitables, a fin de mejorar su calidad de vida hasta el fin de sus días. Implica una atención primordial al control del dolor, de otros síntomas y de los problemas sociales, psicológicos y espirituales de la persona mayor. Abarcan al paciente, su entorno y su familia. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan”. Esta definición, que supera una visión de los CP limitados únicamente a las situaciones de enfermedad terminal, se encuentra en línea con los consensos internacionales existentes en el campo de los derechos paliativos y que condujeron a la adopción de un concepto renovado de CP¹².

A los CP se los incluye entre los “cuidados integrales” que forman parte del derecho a la vida (art. 6), se los menciona al regular lo referido a las voluntades anticipadas en materia de atención de la salud (art. 11) y en relación a la persona mayor que recibe “servicios de cuidado de largo plazo” (art. 12). Están explícitamente mencionados en el art. 19, cuando se refiere a la obligación del Estado de “diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral”, enfatizando en el mismo artículo el deber de promover y fortalecer la investigación y la formación académica profesional y técnica en cuidados paliativos (art. 19 inciso j). También el art. 19 dispone que estos CP estén disponibles y accesibles, para la persona mayor y para apoyar a sus familias (art. 19 inciso L) y para que se garanticen la disponibilidad y acceso a los medicamentos (art. 19 inciso m).

Para Cisterna Reyes, “si bien los cuidados paliativos comienzan a mencionarse en documentos del siglo XX, la primera consagración normativa de estos a nivel internacional se encuentra en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Este instrumento vinculante conceptualiza los cuidados paliativos, identificando como requisito de procedencia que una persona presente una enfermedad que no responde a un tratamiento curativo o sufra dolores evitables”¹³.

En relación a la inclusión de los CP dentro del artículo relacionado con el derecho a la vida y la dignidad en la vejez (art. 6), Huenchuan sostiene que se trata de un derecho “emergente” y considera “una innovación interesante” que la Convención se refiera “al

¹² INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE, “Definición de cuidados paliativos”, trad. Roberto Wenk et al., Hospicecare.com, 2018.

¹³ CISTERNA REYES, María Soledad, “Cuidados paliativos como un derecho humano: un nuevo reto para el siglo XXI”, *Utopía y Praxis Latinoamericana* (26, nro. 93), 2021, p. 233.

derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta la muerte sin discriminación de ningún tipo” y que para ello garantice, entre otros, los cuidados paliativos¹⁴.

La misma autora considera que, con relación a los derechos ya vigentes, como los derechos a la igualdad y no discriminación (artículo 5), el consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud (artículo 11), y la seguridad y la vida sin violencia (artículos 9 y 10), “la Convención aporta nuevos elementos para establecer específicamente las obligaciones de los Estados respecto de las personas mayores. Por ejemplo, se prohíbe la discriminación por edad en la vejez; se indican los requisitos para que la persona mayor brinde su consentimiento libre e informado, y se obliga a los Estados a crear mecanismos para que la persona mayor manifieste de manera expresa su voluntad anticipada y las instrucciones respecto de las intervenciones en materia de atención en salud, incluidos los cuidados paliativos”¹⁵.

Una nota interesante surge del art. 12.e, que incluye deberes de los Estados de incluir a la familia en las políticas de cuidados paliativos (“Adoptar medidas adecuadas, cuando corresponda, para que la persona mayor que se encuentre recibiendo servicios de cuidado a largo plazo cuente con servicios de cuidados paliativos que abarquen al paciente, su entorno y su familia”).

En síntesis, se advierte que la Convención incorpora un derecho a un sistema de cuidados integrales, priorizando los cuidados domiciliarios, regulando en detalle los servicios de cuidado de largo plazo, con fuerte foco en la participación de la persona mayor y su consentimiento, y se fomentan, para el específico tema del final de la vida, los cuidados paliativos. Así, el marco general que surge de la Convención en el final de la vida es un fuerte énfasis en el cuidado y ello presupone, lógicamente, una idea de protección.

4. Dignidad y autonomía de la persona mayor ante la toma de decisiones en salud en el final de la vida

En este marco de los “cuidados integrales”, y específicamente de la promoción del derecho a los cuidados paliativos, corresponde ahora tratar lo referido a la toma de decisiones de la persona mayor en el final de la vida, con particular referencia al derecho a la salud, en la CIPDHPM. El tema es de gran relevancia e involucra cuestiones como la posibilidad de renuncia a tratamientos médicos, lo referido a la alimentación e hidratación y los planteos referidos a una legalización de la eutanasia.

4.1. La autonomía personal y los alcances del consentimiento informado

¹⁴ HUENCHUAN, Sandra, “Un paso adelante para los derechos humanos. La protección de las personas mayores en las Américas”, *Anuario de Derechos Humanos*, (nro. 12), 2016 (Agosto), p. 232, <https://doi.org/10.5354/0718-2279.2016.42751>.

¹⁵ HUENCHUAN, Sandra, “Un paso adelante para los derechos humanos. La protección de las personas mayores en las Américas”, cit., p. 233.

Corresponde reconocer que la CIPDHPM se caracteriza por un fuerte énfasis de la autonomía personal. En efecto, dentro de los principios generales se incluye: “c) La dignidad, independencia, protagonismo y autonomía de la persona mayor” (art. 3). Por su parte, el art. 7 establece específicamente un “Derecho a la independencia y a la autonomía”: “Los Estados Parte en la presente Convención reconocen el derecho de la persona mayor a tomar decisiones, a la definición de su plan de vida, a desarrollar una vida autónoma e independiente, conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones y a disponer de mecanismos para poder ejercer sus derechos. Los Estados Parte adoptarán programas, políticas o acciones para facilitar y promover el pleno goce de estos derechos por la persona mayor, propiciando su autorrealización, el fortalecimiento de todas las familias, de sus lazos familiares y sociales, y de sus relaciones afectivas. En especial, asegurarán: a) El respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos...”.

Ello configura el marco normativo general en el que se insertan luego las consideraciones sobre la toma de decisiones en salud. Al respecto, el artículo 11 establece un específico “Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud”. Se trata de una extensa norma que aborda distintos aspectos de la cuestión y que resulta decisiva para la consideración de nuestro tema. La analizaré en forma desglosada a lo largo de este capítulo. En lo fundamental, sostiene el art. 11: “La persona mayor tiene el derecho irrenunciable a manifestar su consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud. La negación de este derecho constituye una forma de vulneración de los derechos humanos de la persona mayor...”.

Un aspecto clave del art. 11 es el referido a los casos en que puede prescindirse del consentimiento informado. En efecto, dispone la Convención: “Las instituciones públicas o privadas y los profesionales de la salud no podrán administrar ningún tratamiento, intervención o investigación de carácter médico o quirúrgico sin el consentimiento informado de la persona mayor. En los casos de emergencia médica que pongan en riesgo la vida y cuando no resulte posible obtener el consentimiento informado, se podrán aplicar las excepciones establecidas de conformidad con la legislación nacional” (art. 11).

De esta regla claramente se desprende que hay una prioridad del principio de inviolabilidad de la vida humana y su cuidado por sobre el énfasis puesto en la autonomía y el consentimiento informado.

4.2. La posibilidad de rechazar tratamientos y sus alcances

Ahora bien, una cuestión problemática está dada por los alcances del consentimiento en materia de posibilidad de “rechazar tratamientos”. En este sentido, el art. 11 contiene disposiciones amplias: “Con la finalidad de garantizar el derecho de la persona mayor a manifestar su consentimiento informado de manera previa, voluntaria, libre y expresa, así como a ejercer su derecho de modificarlo o revocarlo, en relación con cualquier decisión, tratamiento, intervención o investigación, en el ámbito de la salud, los Estados

Parte se comprometen a elaborar y aplicar mecanismos adecuados y eficaces para impedir abusos y fortalecer la capacidad de la persona mayor de comprender plenamente las opciones de tratamiento existentes, sus riesgos y beneficios. Dichos mecanismos deberán asegurar que la información que se brinde sea adecuada, clara y oportuna, disponible sobre bases no discriminatorias, de forma accesible y presentada de manera comprensible de acuerdo con la identidad cultural, nivel educativo y necesidades de comunicación de la persona mayor. Las instituciones públicas o privadas y los profesionales de la salud no podrán administrar ningún tratamiento, intervención o investigación de carácter médico o quirúrgico sin el consentimiento informado de la persona mayor. En los casos de emergencia médica que pongan en riesgo la vida y cuando no resulte posible obtener el consentimiento informado, se podrán aplicar las excepciones establecidas de conformidad con la legislación nacional. La persona mayor tiene derecho a aceptar, negarse a recibir o interrumpir voluntariamente tratamientos médicos o quirúrgicos, incluidos los de la medicina tradicional, alternativa y complementaria, investigación, experimentos médicos o científicos, ya sean de carácter físico o psíquico, y a recibir información clara y oportuna sobre las posibles consecuencias y los riesgos de dicha decisión” (art. 11).

Para Correa-Montoya “el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, la reciente Convención sobre los Derechos de las Personas Mayores (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2015) incorpora el acceso a cuidados paliativos dentro del derecho a la salud. Esta convención menciona tangencialmente la eutanasia pasiva en el marco del derecho a la vida, pero no reconoce la muerte digna como un derecho humano autónomo. La Convención incluye una definición de cuidados paliativos como la atención y cuidado activo, integral e interdisciplinario de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo o sufren dolores evitables, a fin de mejorar su calidad de vida hasta el fin de sus días [...] Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan. (OEA, 2015, art. 2) Esta última acotación, en lo que a la relación de los cuidados paliativos con la muerte se refiere, fija los contornos y limitaciones de la muerte digna en este tratado internacional”¹⁶.

Carrasco y Crispi, a partir del art. 11 de la Convención, analizan la normativa chilena sobre fin de la vida y entienden que “es necesario avanzar a una legislación que acepte y norme la eutanasia pasiva o limitación del esfuerzo terapéutico como práctica, ya que esto evitaría, por un lado, confusiones innecesarias y por otro, podría mejorar la autonomía de los pacientes. Junto con las regulaciones de esta legislación, debemos avanzar en generar un Formato de Directriz Anticipada, de fácil acceso y con educación amplia a la población para su implementación”¹⁷.

¹⁶ CORREA-MONTOYA, Lucas, “Muerte digna. Lugar constitucional y núcleo esencial de un derecho humano emergente”, *Opinión Jurídica* (20, nro. 41), 2021 (Febrero), p. 132, <https://doi.org/10.22395/ojum.v20n41a4>.

¹⁷ CARRASCO, Víctor Hugo y CRISPI, Francisca, “Eutanasia en Chile: una discusión pendiente”, *Revista médica de Chile* (144, nro. 12), 2016 (diciembre), p. 1602, <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016001200012>.

Me permito disentir con esta interpretación. Creo que, bajo la Convención, no es aceptable ninguna forma de eutanasia, entendida como acción u omisión que deliberadamente provoque la muerte del paciente. Ello refiere tanto a la eutanasia activa (en que el paciente solicita que alguien le quite la vida, por ejemplo, con la inyección de una sustancia), como la pasiva (en que se omite un tratamiento proporcionado para salvar la vida del paciente).

Eso no significa que la persona no tenga derecho a rechazar o interrumpir tratamientos. Este punto aparece en el art. 6 de la Convención¹⁸ y en el art. 4 cuando se tratan los deberes de los Estados Parte para adoptar “medidas para prevenir, sancionar y erradicar aquellas prácticas contrarias a la presente Convención, tales como ... tratamientos médicos inadecuados o desproporcionados”. Esto resulta relevante para evitar situaciones como el “encarnizamiento terapéutico”, en el que un tratamiento propuesto resulta desproporcionado a las perspectivas de mejoría y la muerte es inevitable e inminente. En tales casos, la no continuidad del tratamiento no importa una omisión que cause la muerte, sino que ella se produce como consecuencia de la enfermedad, dado que el tratamiento no resultaba eficaz para modificar ese curso de los acontecimientos. No se puede hablar, en este caso, de eutanasia pasiva, sino de renuncia al encarnizamiento terapéutico.

Un problema particular lo presenta la posibilidad de renunciar a la alimentación y la hidratación. Entiendo que se trata de cuidados ordinarios y que su privación supondría una afectación del derecho a la vida. De hecho, resulta llamativa la mención al tema de la nutrición en el marco del art. 4 de la Convención, referido a los deberes generales de los Estados Parte de adoptar “medidas para prevenir, sancionar y erradicar aquellas prácticas contrarias a la presente Convención, tales como ...la negación de nutrición”. Y además se sostiene que “la persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía” (art. 12 CIPDHPM). Ello sin perjuicio de casos muy excepcionales en que, por ejemplo, la alimentación no estuviera siendo procesada adecuadamente por el cuerpo y se hubiera tornado un procedimiento contraindicado.

4.3. Las directivas anticipadas y su alcance

Dentro del contenido del derecho al consentimiento informado (art. 11), la Convención específicamente se refiere a las directivas anticipadas: “...Los Estados Parte establecerán también un proceso a través del cual la persona mayor pueda manifestar

¹⁸ “Los Estados Parte tomarán medidas para que las instituciones públicas y privadas ofrezcan a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos, eviten el aislamiento y manejen apropiadamente los problemas relacionados con el miedo a la muerte de los enfermos terminales, el dolor, y eviten el sufrimiento innecesario y las intervenciones fútiles e inútiles, de conformidad con el derecho de la persona mayor a expresar el consentimiento informado” (Art. 6, segunda parte, CIPDHPM).

de manera expresa su voluntad anticipada e instrucciones respecto de las intervenciones en materia de atención de la salud, incluidos los cuidados paliativos. En estos casos, esta voluntad anticipada podrá ser expresada, modificada o ampliada en cualquier momento solo por la persona mayor, a través de instrumentos jurídicamente vinculantes, de conformidad con la legislación nacional”.

Algunos pretenden deducir de este derecho a dejar planificadas las decisiones en lo referido a la propia salud, un derecho a pedir la propia muerte.

Entiendo que ello es inadmisibles porque ya vimos que según el art. 2 de la Convención, los cuidados paliativos “Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan” (art. 2). Además, permitir que se provoque la muerte del paciente a su petición, o se lo ayude a quitarse la vida, supondría una afectación del derecho a la vida.

4.4. La eutanasia activa y la Convención de Personas Mayores

Finalmente, algunos pretenden deducir un derecho a acceder a ayudas para morir del énfasis que pone la Convención en la autonomía personal y en la definición del propio proyecto de vida¹⁹.

En un documento de CEPAL, se argumenta en forma algo ambigua a favor de la eutanasia como parte de la autonomía. Se sostiene: “La dimensión ética —que implica hacerse responsable de sí mismo y por lo tanto supone una suerte de autonomía— lleva a preguntarse si el hombre tiene derecho sobre su muerte. ¿Tiene una persona con enfermedad en etapa terminal derecho a suicidarse o a reivindicar la eutanasia? Si por un lado se puede responder afirmativamente las preguntas anteriores con el fin de evitar el sufrimiento, por el otro es posible decir que el valor de una persona es tal que hay que protegerla de sí misma cuando trata de autodestruirse. Pero ante la cercanía de la muerte, están los pacientes que, después de meses de postración y con úlceras por presión que son curadas periódicamente, dicen a los médicos: “Ya no me hagan nada. Ya déjenme así. Ya me quiero morir”, y los médicos, haciendo caso omiso de la petición, continúan realizando curaciones sin los medicamentos adecuados para controlar el dolor. El cuidado, en este caso, significa proporcionar los medios adecuados para una muerte digna, sin dolor y sin sufrimiento. Si ello no es posible, entonces se requiere respetar la voluntad del paciente”²⁰.

En el marco del derecho colombiano, que por vía de sentencias del Tribunal Constitucional ha legalizado la eutanasia activa, Correa-Montoya escribe: “El derecho a

¹⁹ En este trabajo analizo el tema de la eutanasia específicamente en relación a la CIPDHPM y no haré otras consideraciones sobre la cuestión. Me remito a otros trabajos sobre la cuestión: LAFFERRIERE, Jorge Nicolás, “Dignity at the End of Life and Decriminalization of Euthanasia”, en *Criminal Law and Morality in the Age of Consent: Interdisciplinary Perspectives*, Cham, Springer Nature Switzerland AG, 2020, pp. 347-67.

²⁰ COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, *Las dimensiones del envejecimiento y los derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe textos seleccionados 2009-2020*, Santiago de Chile, Naciones Unidas - CEPAL, 2021, p. 237.

brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud (OEA, 2015, art. 11) no es un derecho completamente nuevo porque sus contenidos, en general, se han reconocido en el marco del derecho a la salud, la autonomía y la integridad física; pero en este tratado emerge como una categoría independiente. Particularmente se refiere al derecho de las personas mayores a aceptar, negarse a recibir o interrumpir voluntariamente tratamientos médicos o quirúrgicos, incluida la posibilidad de manifestar la voluntad de manera anticipada respecto de diversas intervenciones en salud (OEA, 2015, art. 11). Este derecho emergente podrá, en el futuro, catalizar decisiones más profundas sobre el fin de la vida como un derecho internacionalmente protegido. Finalmente, la muerte es abordada en este tratado de manera tangencial y atada al derecho a la vida. Hay una mención a la vida digna hasta el final de sus días, sin que esta expresión lleve directamente a hablar de un derecho a la muerte digna, pero sí a conservar la dignidad hasta el fin de la vida. De allí deriva la obligación de los estados de tomar medidas para que las instituciones públicas y privadas ofrezcan a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos, eviten el aislamiento y manejen apropiadamente los problemas relacionados con el miedo a la muerte de los enfermos terminales, el dolor, y eviten el sufrimiento innecesario y las intervenciones fútiles e inútiles, de conformidad con el derecho de la persona mayor a expresar el consentimiento informado. (OEA, 2015, art. 6)”²¹. De allí sostiene: “Cuando se comparan los tímidos avances en materia internacional, bien sea a través de documentos de agenda internacional o de tratados internacionales de derechos humanos, el estado actual del derecho a morir dignamente en Colombia constituye un avance significativo, pues da cuenta de la emergencia de este derecho como un derecho fundamental constitucionalmente reconocido, cuyos contenidos y alcances se detallarán a lo largo del texto”²².

El tema efectivamente está debatido, como explica Huenchuan: “Hay debate sobre si el contenido del artículo 11 favorece la eutanasia, específicamente cuando alude a la siguiente obligación: ‘Los Estados Parte establecerán también un proceso a través del cual la persona mayor pueda manifestar de manera expresa su voluntad anticipada e instrucciones respecto de las intervenciones en materia de atención de la salud, incluidos los cuidados paliativos...’. Con respecto al artículo 11 de la Convención Interamericana, este debe interpretarse a la luz del artículo 6 sobre el derecho a la vida y a la dignidad en la vejez. En dicho marco, la voluntad anticipada forma parte del tipo de legislación que favorece la atención paliativa y los cuidados al final de la vida. No prolonga ni acorta la vida, sino que respeta el momento natural de la muerte”²³.

²¹ CORREA-MONTOYA, Lucas, “Muerte digna. Lugar constitucional y núcleo esencial de un derecho humano emergente”, cit., pp. 132-33.

²² CORREA-MONTOYA, Lucas, “Muerte digna. Lugar constitucional y núcleo esencial de un derecho humano emergente”, cit., p. 133.

²³ HUENCHUAN, Sandra, *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*, Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2018, p. 223, <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44369-envejecimiento-personas-mayores-agenda-2030-desarrollo-sostenible-perspectiva>.

Coincidimos con esta interpretación armónica del artículo 11 con el artículo 6, descartando la posibilidad de considerar a la eutanasia como impulsada por la Convención.

En el mismo trabajo, Huenchuan afirma: “El objetivo final de la Convención en este campo no es una buena muerte, sino mantener una buena vida hasta el final. Es por eso que el concepto de cuidados paliativos se aborda de manera tan amplia en este instrumento y que se incluye, además de en el artículo 6 sobre el derecho a la vida y la dignidad en la vejez, en el artículo 12 sobre los derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo, y el artículo 11 sobre el derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud donde se regula la no discriminación y la igualdad de acceso a los cuidados paliativos”²⁴.

Una investigadora en temas de personas mayores, como Isolina Dabove, en 2013 (antes de la Convención) propugnaba que “en el marco de los derechos de autonomía, por ejemplo, es menester tratar: la cuestión de la capacidad de la persona anciana y la autonomía de su voluntad: el derecho a la vida –y a ser viejo–, a la salud y a la asistencia sanitaria, el consentimiento informado en la relación médico-paciente anciano; los derechos de los pacientes de edad avanzada, la problemática específica del deterioro cognitivo y el régimen jurídico aplicable a la falta de salud mental. Se debe profundizar el campo de protección del derecho a la integridad física y moral...”²⁵. Luego de aprobada la Convención, Dabove se refiere a la autonomía de la persona mayor, pero no se pronuncia sobre los alcances vinculados con los actos al final de la vida y, específicamente, sobre la eutanasia²⁶.

En un trabajo previo a la Convención, Huenchuan y Rodríguez-Piñero proponían un elenco de derechos que debían ser incluidos en el futuro texto normativo, entre los que se encontraba el “derecho a la vida y a una muerte digna”: “Una convención sobre los derechos de las personas de edad podría reiterar el reconocimiento del derecho inherente a la vida de todos los seres humanos, y la necesidad de que los Estados adopten medidas para garantizar el goce efectivo de ese derecho para las personas de edad. Las normas existentes o futuras relativas al derecho a una muerte digna deberían incluir: a) la limitación de las condiciones de imposición de la pena de muerte o la cadena perpetua a las personas de edad; b) el derecho a acceder a tratamientos paliativos para asegurar a los pacientes terminales una muerte digna y sin dolor; c) la prohibición de abandonar el tratamiento o practicar la eutanasia activa por motivos económicos”²⁷. Y en

²⁴ HUENCHUAN, Sandra, *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*, cit., p. 222.

²⁵ DABOVE, María Isolina, “Ciudadanía y derechos fundamentales de las personas mayores: De las políticas gerontológicas al derecho de la vejez”, *Revista de la Facultad de Derecho* (4, nro. 1), 2013, p. 33.

²⁶ DABOVE, María Isolina, “Derechos humanos de las personas mayores en la nueva Convención Americana y sus implicancias bioéticas”, *Revista Latinoamericana de Bioética* (16, nro. 30-1), 2016, pp. 38-59, <https://doi.org/10.18359/rbi.1440>.

²⁷ HUENCHUAN, Sandra y RODRÍGUEZ-PIÑERO, Luis, *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y El Caribe, 2010, p. 57.

otro apartado afirmaban: “Prohibición de la eutanasia por razones financieras: Los Estados prohibirán el abandono de tratamiento o la eutanasia activa por razones financieras”²⁸.

Al respecto, conviene recordar que la autonomía en relación a la salud no es absoluta, pues ella encuentra también como marco la protección del “derecho a la vida” (art. 6) y el derecho a la salud.

En cuanto al derecho a la vida, la redacción del art. 6 señala en su primera parte: “Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez. Los Estados Parte adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población”. De allí, que bajo ninguna circunstancia podría ser legítimo bajo la Convención que un país legisle la eutanasia disponiendo que ello sea posible para las personas mayores por el solo hecho de serlo. Habría allí una discriminación, en razón de edad.

Por otro lado, la ya citada segunda parte del art. 6, referido al Derecho a la vida y la dignidad, dispone: “Los Estados Parte tomarán medidas para que las instituciones públicas y privadas ofrezcan a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos, eviten el aislamiento y manejen apropiadamente los problemas relacionados con el miedo a la muerte de los enfermos terminales, el dolor, y eviten el sufrimiento innecesario y las intervenciones fútiles e inútiles, de conformidad con el derecho de la persona mayor a expresar el consentimiento informado”. Se advierte que aquí, la cuestión del “sufrimiento innecesario” aparece enmarcada en el deber de los Estados parte de adoptar medidas para acceder a cuidados integrales. Sería contradictorio con tal enfoque sostener que existe un derecho a poner fin a la propia vida, incluso en situaciones de sufrimiento. De nuevo, repito, que ello no significa desconocer el derecho a rechazar tratamientos desproporcionados como expliqué anteriormente.

En cuanto al derecho a la salud, el artículo 19 específicamente dedicado al tema enfatiza en varios de sus apartados la importancia del cuidado y el acceso a la atención: “La persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación. Los Estados Parte deberán diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social. Para hacer efectivo este derecho, los Estados Parte se comprometen a tomar las siguientes medidas: a) Asegurar la atención preferencial y el acceso universal, equitativo y oportuno en los servicios integrales de salud de calidad basados en la atención primaria, y aprovechar la medicina tradicional, alternativa y

²⁸ HUENCHUAN, Sandra y RODRÍGUEZ-PIÑERO, Luis, *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección*, cit., p. 100.

complementaria, de conformidad con la legislación nacional y con los usos y costumbres. b) Formular, implementar, fortalecer y evaluar políticas públicas, planes y estrategias para fomentar un envejecimiento activo y saludable... d) Fomentar, cuando corresponda, la cooperación internacional en cuanto al diseño de políticas públicas, planes, estrategias y legislación, y el intercambio de capacidades y recursos para ejecutar planes de salud para la persona mayor y su proceso de envejecimiento. e) Fortalecer las acciones de prevención a través de las autoridades de salud y la prevención de enfermedades, incluyendo la realización de cursos de educación, el conocimiento de las patologías y opinión informada de la persona mayor en el tratamiento de enfermedades crónicas y otros problemas de salud. ... g) Fortalecer la implementación de políticas públicas orientadas a mejorar el estado nutricional de la persona mayor. h) Promover el desarrollo de servicios socio-sanitarios integrados especializados para atender a la persona mayor con enfermedades que generan dependencia, incluidas las crónico-degenerativas, las demencias y la enfermedad de Alzheimer... l) Promover las medidas necesarias para que los servicios de cuidados paliativos estén disponibles y accesibles para la persona mayor, así como para apoyar a sus familias. m) Garantizar a la persona mayor la disponibilidad y el acceso a los medicamentos reconocidos como esenciales por la Organización Mundial de la Salud, incluyendo los fiscalizados necesarios para los cuidados paliativos. ... o) Promover y garantizar progresivamente, y de acuerdo con sus capacidades, el acompañamiento y la capacitación a personas que ejerzan tareas de cuidado de la persona mayor, incluyendo familiares, con el fin de procurar su salud y bienestar". De ninguno de estos incisos puede desprenderse un derecho a pedir ayuda para morir y, por el contrario, se pueden advertir claras obligaciones de brindar medidas

La Convención se caracteriza por la detallada y exhaustiva descripción de los alcances de los distintos derechos, con un grado de detalle que por momentos parece excesivamente reglamentarista para un instrumento de nivel internacional. Ahora bien, justamente por esa característica de la Convención, si no se incluyó específicamente ninguna mención a un "derecho a la muerte digna" o a la posibilidad de solicitar "ayuda para morir", es claro que se decidió no incluir ese pretendido derecho y la cuestión de limitó a enfatizar que se eviten las intervenciones fútiles e inútiles. Esta terminología claramente refiere a situaciones de fin de la vida y sobre todo a evitar el encarnizamiento terapéutico, pero no puede interpretarse como contenedora de un supuesto derecho a pedir la ayuda para morir.

Tampoco puede derivarse tal pretendido derecho de la mera autonomía, pues es claro que la eutanasia supone un supuesto en que se solicita a un tercero la ayuda para morir. Además, interpretar que la persona, en su autonomía puede poner fin a su vida y que eso se considere como un derecho, supondría crear un "derecho al suicidio" y ello resultaría contrario a principios básicos que nos señalan que la vida es siempre un bien.

Finalmente, considero decisivo que la CIPDHPM, en la definición de los CP que ofrece el artículo 2 específicamente dispone que estos cuidados "afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan". Se trata de una clara

definición axiológica, que excluye la posibilidad de legitimar acciones para “acelerar” la muerte, lo que ocurre con la eutanasia cuando se provoca directamente la muerte por inyección de una sustancia, aunque sea a pedido del interesado.

Por estas consideraciones, sostengo que la Convención Interamericana de Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores no ha consagrado ningún derecho a pedir ayuda para morir y que la eutanasia, ya sea en su forma activa o pasiva, no puede considerarse como una directriz que emane de esta Convención.

5. Conclusiones

A lo largo de este trabajo se ha constatado que la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores es un instrumento internacional que se fundamenta en principios que se estructuran en cinco grandes ejes: la dignidad de la persona mayor y su reconocimiento como sujeto de derechos, la autonomía y la independencia, la participación, la protección y los cuidados y la defensa de los derechos²⁹.

La CIPDHPM no tiene referencias explícitas que permitan sostener que se considera a las personas mayores como estructuralmente vulnerables. Sin embargo, contiene disposiciones sobre las personas mayores cuando están en “condición” o “situación de vulnerabilidad” o cuando son grupos en esa situación.

En lo que concierne al final de la vida humana, hemos visto que la Convención debe ser interpretada partiendo del derecho a un sistema de cuidados integrales y, especialmente de cuidados paliativos. El reconocimiento del derecho a los CP es una novedad importante de la Convención en el contexto de los instrumentos internacionales de Derechos Humanos y su definición está en consonancia con los cambios que ha experimentado este tipo de CP en la práctica médica, de modo que ya no se limitan a los casos de enfermos terminales, sino que se presentan como un derecho vinculado con los casos de enfermedades que amenazan la vida. En la definición de los CP también resulta decisiva que se entiende que estos cuidados “afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan” (art. 2).

En lo que concierne a la toma de decisiones en el final de la vida, la Convención tiene como marco general el respeto a la autonomía (art. 7) e incluye un novedoso derecho al consentimiento informado (art. 11). Este derecho supone la posibilidad de rechazar tratamientos cuando sean desproporcionados a las perspectivas de mejoría en relación al denominado “encarnizamiento terapéutico”. Entiendo que ello no habilita a privar de alimentación e hidratación y hay varios artículos de la Convención sobre la nutrición de la persona mayor. La Convención señala que se debe prever la posibilidad de tomar decisiones a través de directivas anticipadas.

²⁹ DABOVE, María Isolina, *Derecho de la vejez. Fundamentos y alcance*, cit., p. 206.

En cuanto a la posibilidad de considerar que la Convención incluye un derecho a pedir ayuda para morir, entendida como una eutanasia, creo que ello no es admisible. En primer lugar, por la definición que hace el art. 2 sobre los cuidados paliativos en el sentido que no aceleran la muerte. Igualmente, por la protección del derecho a la vida y la salud. Y finalmente, porque la Convención, que ha sido tan detallista en la reglamentación de los distintos derechos, no mencionó un derecho a morir o a solicitar ayuda para morir, y ello supone que no hubo acuerdo político para incluir ese pretendido derecho.

Bibliografía

- BASSET, Ursula Cristina, “La vulnerabilidad como perspectiva: una visión latinoamericana del problema. Aportes del Sistema Interamericano de Derechos Humanos”, en *Tratado de la Vulnerabilidad*, ed. Ursula Cristina Basset et al., Buenos Aires, Thomson Reuters La Ley, 2017, pp. 19-40.
- CARRASCO, Víctor Hugo y CRISPI, Francisca, “Eutanasia en Chile: una discusión pendiente”, *Revista médica de Chile* (144, n.o 12), 2016 (diciembre), pp. 1598-1604, <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016001200012>.
- CISTERNA REYES, María Soledad, “Cuidados paliativos como un derecho humano: un nuevo reto para el siglo XXI”, *Utopía y Praxis Latinoamericana* (26, n. 93), 2021, pp. 225-41.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, *Las dimensiones del envejecimiento y los derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe textos seleccionados 2009-2020*, Santiago de Chile, Naciones Unidas - CEPAL, 2021.
- . *Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía*, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2017, <https://www.cepal.org/es/publicaciones/41471-derechos-personas-mayores-retos-la-interdependencia-autonomia>.
- CORREA-MONTOYA, Lucas, “Muerte digna. Lugar constitucional y núcleo esencial de un derecho humano emergente”, *Opinión Jurídica* (20, nro. 41), 2021 (Febrero), pp. 127-54. <https://doi.org/10.22395/ojum.v20n41a4>.
- DABOVE, María Isolina, “Ciudadanía y derechos fundamentales de las personas mayores: De las políticas gerontológicas al derecho de la vejez”, *Revista de la Facultad de Derecho* (4, nro. 1), 2013, pp. 19-36.
- . *Derecho de la vejez. Fundamentos y alcance*, Buenos Aires: Astrea, 2018.
- . “Derechos humanos de las personas mayores en la nueva Convención Americana y sus implicancias bioéticas”, *Revista Latinoamericana de Bioética* (16, nro. 30-1), 2016, pp. 38-59, <https://doi.org/10.18359/rlbi.1440>.
- FULCHIRON, Hugues, “Acerca de la vulnerabilidad y de las personas vulnerables”, en *Tratado de la Vulnerabilidad*, ed. Úrsula Cristina Basset et al., Buenos Aires, Thomson Reuters La Ley, 2017, pp. 3-14.
- GARCÍA GARNICA, María del Carmen, “La protección jurídica de las personas mayores: un reto para el siglo XXI”, *Revista de Derecho de la UNED (RDUNED)*, (nro. 23), 2018, pp. 58-97, <https://doi.org/10.5944/rduned.23.2018.24003>.

- HUENCHUAN, Sandra, “Un paso adelante para los derechos humanos. La protección de las personas mayores en las Américas”, *Anuario de Derechos Humanos* (nro. 12), 2016 (Agosto), pp. 225-36, <https://doi.org/10.5354/0718-2279.2016.42751>.
- . *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*, Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2018.
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/44369-envejecimiento-personas-mayores-agenda-2030-desarrollo-sostenible-perspectiva>.
- HUENCHUAN, Sandra y RODRÍGUEZ-PIÑERO, Luis, *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y El Caribe, 2010.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE, “Definición de cuidados paliativos”, trad. Roberto Wenk et al., Hospicecare.com, 2018.
- LAFFERRIERE, Jorge Nicolás, “Dignity at the End of Life and Decriminalization of Euthanasia”, en *Criminal Law and Morality in the Age of Consent: Interdisciplinary Perspectives*, Cham, Springer Nature Switzerland AG, 2020, pp. 347-67.
- PALMA, Andrea, PERROTTA, Valentina y ROVIRA, Adriana, *Las personas mayores como sujetos de derecho: el aporte de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores*, Montevideo: Instituto Nacional de las Personas Mayores - Uruguay, 2019.