

*El Senado y la Cámara de Diputados sancionan con fuerza de...*

## LEY

# Regulación de la Eutanasia y la Asistencia Médica para Morir

## CAPÍTULO I OBJETO, PRINCIPIOS Y DERECHOS

### **Artículo 1º.- Objeto.**

La presente ley tiene por objeto reconocer, regular y garantizar el derecho de toda persona mayor de edad, capaz y en pleno uso de sus facultades a solicitar y recibir, bajo condiciones estrictas de legalidad, control médico, transparencia institucional y respeto de la dignidad humana, la prestación de ayuda médica para morir, cuando padezca una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante que le ocasione sufrimientos físicos o psíquicos constantes, intolerables y sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable.

La presente ley tiene asimismo por finalidad brindar seguridad jurídica a los pacientes, profesionales de la salud, establecimientos sanitarios y demás personas intervinientes, asegurando que toda decisión sea libre, expresa, informada, reiterada, documentada y exenta de presiones, abusos, coacciones o intereses indebidos.

### **Artículo 2º.- Principios rectores.**

La interpretación y aplicación de la presente ley se regirá por los siguientes principios:

- a) Autonomía de la voluntad y libertad individual.
- b) Dignidad humana en el proceso de morir.
- c) Consentimiento informado, libre, actual y reiterado.
- d) Protección de las personas en situación de vulnerabilidad.
- e) Prevención de abusos, presiones externas y conflictos de interés.
- f) Acceso efectivo a cuidados paliativos integrales.
- g) Igualdad y no discriminación en el acceso a las prestaciones sanitarias.
- h) Seguridad jurídica para los profesionales de la salud y demás intervinientes.
- i) Transparencia, trazabilidad, confidencialidad y control institucional.

### **Artículo 3º.- Derecho reconocido.**

Toda persona que cumpla con los requisitos establecidos en la presente ley tiene derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda médica para morir, en cualquiera de las modalidades previstas, dentro del sistema de salud público, privado o de la seguridad social.

El ejercicio de este derecho no podrá ser obstaculizado por razones administrativas, institucionales, religiosas, ideológicas o económicas, sin perjuicio del derecho individual a la objeción de conciencia regulado por la presente ley.

## CAPÍTULO II DEFINICIONES

### Artículo 4º.- Definiciones.

A los efectos de la presente ley se entiende por:

- a) **Prestación de ayuda médica para morir:** la intervención sanitaria, excepcional y reglada, destinada a poner fin a la vida de una persona que cumple con los requisitos establecidos en esta ley y que ha manifestado su voluntad de manera libre, expresa, informada, reiterada y documentada.
- b) **Eutanasia:** el procedimiento médico mediante el cual un profesional de la salud administra directamente al paciente, a solicitud de este y conforme al procedimiento previsto en la presente ley, una sustancia o medio clínicamente adecuado para producir su muerte de manera indolora, segura y respetuosa de su dignidad.
- c) **Asistencia médica para morir:** el procedimiento mediante el cual un médico prescribe, suministra o pone a disposición del paciente una sustancia o medio clínicamente adecuado para que este, por sí mismo, ejecute el acto final que ocasione su muerte, bajo supervisión médica y conforme al procedimiento previsto en la presente ley.
- d) **Enfermedad grave e incurable:** aquella patología de curso irreversible, debidamente diagnosticada, que origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e intolerables para la persona, sin posibilidad razonable de curación o alivio que esta considere tolerable.
- e) **Padecimiento grave, crónico e imposibilitante:** aquella situación de salud, debidamente acreditada, que afecta de manera sustancial la autonomía física, la capacidad funcional, la comunicación, la vida cotidiana o la relación con el entorno, generando sufrimientos constantes e intolerables, con seguridad o alta probabilidad médica de persistencia en el tiempo y sin posibilidad razonable de curación o mejora apreciable.
- f) **Sufrimiento intolerable:** el padecimiento físico o psíquico que la persona considera incompatible con su propia concepción de dignidad, siempre que derive directa y comprobablemente de una enfermedad grave e incurable o de un padecimiento grave, crónico e imposibilitante.
- g) **Médico responsable:** el profesional médico a cargo de coordinar la información, asistencia, evaluación y documentación del procedimiento, actuando como interlocutor principal del paciente.

h) **Médico consultor:** el profesional médico independiente del médico responsable, con formación o experiencia en la patología o condición que padece el paciente, encargado de emitir una segunda valoración clínica fundada.

i) **Consejería interdisciplinaria:** el equipo de apoyo integrado por profesionales de la medicina paliativa, psicología, psiquiatría, bioética, trabajo social u otras disciplinas pertinentes, destinado a evaluar la comprensión, libertad, ausencia de presiones y condiciones de acompañamiento del paciente.

j) **Consentimiento informado:** la manifestación de voluntad libre, expresa, consciente, reiterada y documentada, emitida luego de recibir información clara, suficiente, accesible y adecuada sobre el diagnóstico, pronóstico, alternativas terapéuticas, cuidados paliativos disponibles, modalidades de la prestación y consecuencias del procedimiento.

### CAPÍTULO III REQUISITOS Y DIRECTIVAS ANTICIPADAS

#### **Artículo 5º.- Requisitos personales y médicos.**

Podrá solicitar la prestación de ayuda médica para morir toda persona que reúna, en forma concurrente, los siguientes requisitos:

- a) Ser mayor de dieciocho (18) años.
- b) Ser argentina nativa, por opción o naturalizada, o extranjera con residencia legal y continua en el país por un plazo no inferior a un (1) año.
- c) Tener plena capacidad legal y aptitud para manifestar una voluntad libre, actual, consciente e informada al momento de formular la solicitud, salvo lo previsto para las directivas anticipadas.
- d) Padecer una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, en los términos de la presente ley.
- e) Experimentar sufrimientos físicos o psíquicos constantes e intolerables, derivados directamente de dicha enfermedad o padecimiento, sin posibilidad razonable de alivio que la persona considere tolerable.
- f) Haber recibido información clara, completa, comprensible y suficiente acerca de su diagnóstico, pronóstico, alternativas terapéuticas, posibilidades de tratamiento, riesgos, consecuencias y cuidados paliativos integrales disponibles.
- g) Formular la solicitud de manera libre, voluntaria, expresa, reiterada, documentada y sin presión externa.

No procederá la prestación cuando la solicitud se funde exclusivamente en razones de edad avanzada, discapacidad, soledad, situación socioeconómica, sensación de ser una carga para terceros o diagnóstico de salud mental no asociado directamente a una enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos de esta ley.

**Artículo 6°.- Directivas anticipadas.**

Toda persona mayor de edad y plenamente capaz podrá disponer directivas anticipadas sobre su salud, expresando su voluntad de acceder a la prestación de ayuda médica para morir en caso de que, en el futuro, concurren las circunstancias previstas en la presente ley y se encuentre imposibilitada de manifestar su voluntad de manera actual.

La directiva anticipada deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juez de primera instancia, con la presencia de dos (2) testigos, y podrá designar una o más personas de confianza, en orden de prelación, para actuar como interlocutoras ante el equipo sanitario. La directiva debe describir de manera suficientemente precisa las condiciones clínicas bajo las cuales desea acceder a la prestación.

La directiva anticipada podrá ser modificada o revocada en cualquier momento por la persona otorgante. En ningún caso podrá ser ejecutada si existen indicios ciertos de revocación posterior, oposición actual verificable o dudas razonables sobre la subsistencia de la voluntad expresada.

**Artículo 7°.- Revocación.**

La voluntad de acceder a la prestación de ayuda médica para morir será siempre revocable en cualquier momento del procedimiento, incluso inmediatamente antes de la realización de la práctica.

La revocación no estará sujeta a formalidad alguna y producirá el cese inmediato del procedimiento. El médico responsable deberá dejar constancia en la historia clínica.

## **CAPÍTULO IV PROCEDIMIENTO**

**Artículo 8°.- Primera solicitud.**

La persona que desee acceder a la prestación deberá presentar una primera solicitud escrita, fechada y firmada ante el médico responsable. Si no pudiere hacerlo por escrito, podrá utilizar cualquier medio que permita dejar constancia fehaciente de su voluntad.

La solicitud deberá contener, como mínimo, los datos identificatorios del paciente, la manifestación expresa de su voluntad, la indicación de la enfermedad o padecimiento que motiva el pedido y la constancia de haber recibido información sanitaria suficiente.

La solicitud deberá ser suscripta ante dos (2) testigos mayores de edad, quienes deberán dejar constancia de que, a su juicio, la persona actúa voluntariamente y sin coacción. No podrán ser testigos los herederos, legatarios, beneficiarios patrimoniales, cónyuge, conviviente, parientes hasta el segundo grado, profesionales intervinientes ni personas con interés económico directo o indirecto en el fallecimiento del paciente.

**Artículo 9°.- Información, deliberación y segunda solicitud.**

Recibida la primera solicitud, el médico responsable deberá informar al paciente, en lenguaje claro y accesible, acerca de su diagnóstico, pronóstico, alternativas terapéuticas, posibilidades de tratamiento, cuidados paliativos disponibles, modalidades de la prestación y consecuencias del procedimiento.

Entre la primera y la segunda solicitud deberá transcurrir un plazo mínimo de quince (15) días corridos. Dicho plazo podrá ser reducido, mediante decisión fundada del médico responsable y del médico consultor, cuando exista riesgo inminente de pérdida de capacidad, agravamiento irreversible del sufrimiento o deterioro clínico incompatible con la espera.

La segunda solicitud deberá ratificar de manera expresa, libre e informada la voluntad del paciente.

**Artículo 10°.- Evaluación médica y segunda opinión.**

El médico responsable deberá verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la presente ley, evaluar la capacidad del paciente, constatar la ausencia de presiones externas y dejar constancia detallada en la historia clínica.

Cumplida la segunda solicitud, el médico responsable deberá requerir la intervención de un médico consultor independiente, quien deberá examinar al paciente, revisar la historia clínica, evaluar el diagnóstico, pronóstico, alternativas terapéuticas y capacidad decisoria, y emitir un informe fundado dentro del plazo de cinco (5) días hábiles.

Cuando existan dudas razonables sobre la capacidad del paciente, la libertad de su decisión o la incidencia de un padecimiento psíquico, deberá requerirse evaluación psiquiátrica o psicológica específica.

**Artículo 11°.- Consejería interdisciplinaria.**

Antes de remitir el caso a la Comisión de Garantía y Evaluación, el médico responsable deberá dar intervención a la consejería interdisciplinaria, que tendrá por finalidad acompañar al paciente, evaluar la comprensión de la decisión, detectar eventuales presiones, verificar que se hayan ofrecido alternativas terapéuticas y cuidados paliativos, y emitir un informe no vinculante.

La intervención de la consejería no podrá utilizarse para sustituir la voluntad del paciente ni para imponer convicciones morales, religiosas o ideológicas ajenas a su decisión autónoma.

**Artículo 12°.- Comisión de Garantía y Evaluación.**

Cumplidas las etapas anteriores, el médico responsable remitirá la documentación a la Comisión de Garantía y Evaluación correspondiente a la jurisdicción donde se encuentre el paciente.

La Comisión designará, dentro de las veinticuatro (24) horas, a dos de sus miembros, uno de perfil médico-sanitario y otro de perfil jurídico o bioético, quienes deberán verificar el cumplimiento de los requisitos legales y procedimentales dentro del plazo máximo de cinco (5) días hábiles.

Si ambos dictámenes fueran favorables, la Comisión autorizará la realización de la prestación. Si existiera discrepancia entre los miembros designados, resolverá la Comisión en pleno dentro del plazo de tres (3) días hábiles. Si la decisión fuera denegatoria, deberá ser fundada por escrito y notificada de inmediato al paciente.

**Artículo 13°.- Realización de la prestación.**

Autorizada la prestación, el paciente deberá ratificar su voluntad inmediatamente antes de su realización, salvo en los supuestos de directiva anticipada válida.

El paciente podrá optar entre la modalidad de eutanasia o asistencia médica para morir, siempre que su situación clínica lo permita.

La práctica deberá realizarse con el máximo cuidado profesional, conforme a los protocolos clínicos aprobados por la autoridad de aplicación, garantizando ausencia de sufrimiento, intimidad, acompañamiento y respeto por la voluntad del paciente.

En ningún caso el acceso a la prestación podrá dilatarse más de diez (10) días corridos desde la autorización, salvo solicitud expresa del paciente o imposibilidad clínica debidamente fundada.

**Artículo 14°.- Denegación y revisión judicial.**

Toda denegación deberá ser fundada por escrito y notificada al paciente. Contra la decisión denegatoria de la Comisión, el paciente o la persona designada en directiva anticipada podrá interponer acción judicial sumarísima ante el juez competente.

El juez deberá resolver en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles, con carácter preferente, garantizando confidencialidad, celeridad, derecho de defensa y respeto por la autonomía del paciente.

**Artículo 15°.- Historia clínica, registro y documentación.**

Todas las actuaciones deberán incorporarse a la historia clínica del paciente, incluyendo solicitudes, informes médicos, dictámenes, intervención de la consejería, decisión de la Comisión, ratificación final y constancia de realización o revocación.

Realizada la prestación, el médico responsable deberá remitir copia de la documentación pertinente a la Comisión de Garantía y Evaluación dentro del plazo de quince (15) días hábiles.

## CAPÍTULO V GARANTÍAS, COBERTURA Y OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

### **Artículo 16°.- Cobertura.**

El sector público de salud, las obras sociales comprendidas en las leyes 23.660 y 23.661, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, las entidades de medicina prepaga reguladas por la ley 26.682, las obras sociales de las fuerzas armadas y de seguridad, las obras sociales del Poder Legislativo y Judicial, las obras sociales universitarias y todo otro agente que brinde servicios médico-asistenciales deberán garantizar la cobertura integral y gratuita de las prestaciones previstas en la presente ley.

La prestación quedará incluida en el Programa Médico Obligatorio, en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en los protocolos que establezca la autoridad de aplicación.

### **Artículo 17°.- Cuidados paliativos.**

La solicitud de ayuda médica para morir no exime al sistema de salud de su obligación de garantizar el acceso efectivo, oportuno y de calidad a cuidados paliativos integrales.

El ofrecimiento de cuidados paliativos deberá constar expresamente en la historia clínica. Su rechazo por parte del paciente, cuando los considere insuficientes para aliviar su sufrimiento de modo tolerable, no impedirá la continuidad del procedimiento previsto en esta ley.

### **Artículo 18°.- Confidencialidad e intimidad.**

Toda información vinculada con la solicitud, evaluación, autorización, realización o revocación de la prestación será confidencial y estará protegida por el secreto profesional y la normativa vigente en materia de protección de datos personales.

Los establecimientos sanitarios deberán adoptar medidas adecuadas para preservar la intimidad del paciente, su familia y los profesionales intervinientes.

### **Artículo 19°.- Objeción de conciencia.**

Los profesionales de la salud que deban intervenir de manera directa en la prestación podrán ejercer objeción de conciencia individual, previa, escrita y fundada.

El ejercicio de la objeción no podrá implicar demora, obstaculización, maltrato, abandono, desinformación ni derivación dilatoria. El profesional objetor deberá derivar de buena fe y de manera inmediata al paciente a otro profesional no objetor.

No podrá invocarse objeción de conciencia institucional para impedir, obstaculizar o dilatar el acceso efectivo a la prestación. Los establecimientos de salud deberán garantizar la prestación mediante profesionales no objetores o, en su defecto, mediante derivación oportuna a otro efector de similares características, quedando a cargo del establecimiento derivante los costos y gestiones necesarias.

**Artículo 20°.- Consideración legal de la muerte.**

La muerte producida como consecuencia de una prestación de ayuda médica para morir realizada conforme a la presente ley será considerada muerte natural a todos los efectos legales, civiles, administrativos, previsionales, contractuales, sucesorios y asegurativos, sin perjuicio de la obligación de registrar la causal sanitaria conforme a los protocolos de confidencialidad que establezca la autoridad de aplicación.

**CAPÍTULO VI  
ORGANISMOS DE GARANTÍA Y AUTORIDAD DE APLICACIÓN**

**Artículo 21°.- Comisiones de Garantía y Evaluación.**

Créanse Comisiones de Garantía y Evaluación en cada provincia y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el ámbito de las respectivas autoridades sanitarias jurisdiccionales.

Cada Comisión tendrá carácter interdisciplinario y deberá estar integrada, como mínimo, por profesionales de la medicina, medicina paliativa o clínica, psicología o psiquiatría, bioética, enfermería y derecho sanitario o constitucional. Su composición deberá asegurar idoneidad técnica, independencia, pluralidad y paridad de género.

Serán funciones de las Comisiones:

- a) Verificar el cumplimiento de los requisitos legales en los casos sometidos a su intervención.
- b) Autorizar o denegar fundadamente la prestación.
- c) Revisar la documentación posterior a la realización de la práctica.
- d) Llevar un registro confidencial de casos.
- e) Informar a la autoridad nacional de aplicación los datos estadísticos no identificables.
- f) Recomendar mejoras normativas, administrativas y sanitarias.

**Artículo 22°.- Autoridad de aplicación.**

El Ministerio de Salud de la Nación será la autoridad de aplicación de la presente ley, sin perjuicio de las competencias sanitarias provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Serán funciones de la autoridad de aplicación:

- a) Dictar protocolos clínicos, farmacológicos, administrativos y bioéticos.
- b) Crear y administrar un Registro Nacional Confidencial de Casos.
- c) Crear y administrar un Registro Nacional de Profesionales Objeto.
- d) Coordinar criterios de aplicación con el Consejo Federal de Salud.

- e) Elaborar informes anuales públicos, estadísticos y no identificables para su remisión al Congreso de la Nación.
- f) Capacitar a profesionales y equipos de salud.
- g) Garantizar la articulación de la presente ley con la Ley 27.678 de Cuidados Paliativos.
- h) Diseñar formularios uniformes para solicitudes, consentimientos, revocaciones, informes médicos y dictámenes.

## **CAPÍTULO VII**

### **MODIFICACIONES LEGISLATIVAS**

#### **Artículo 23°.- Modificación de la Ley 26.529.**

Modifíquese el artículo 11 de la Ley 26.529, que quedará redactado de la siguiente manera:

“Artículo 11.- Directivas anticipadas. Toda persona capaz y mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos, paliativos o decisiones relativas a su salud.

Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, siempre que resulten compatibles con la legislación vigente.

Las directivas anticipadas que impliquen solicitar prestaciones de ayuda médica para morir serán válidas únicamente cuando cumplan con los requisitos, garantías y procedimientos previstos en la ley especial que regula la eutanasia y la asistencia médica para morir.

La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juez de primera instancia, con la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.”

#### **Artículo 24°.- Modificación del artículo 60 del Código Civil y Comercial de la Nación.**

Modifíquese el artículo 60 del Código Civil y Comercial de la Nación, que quedará redactado de la siguiente manera:

“Artículo 60.- Directivas médicas anticipadas. La persona plenamente capaz puede anticipar directivas y conferir mandato respecto de su salud y en previsión de su propia incapacidad. Puede también designar a la persona o personas que han de expresar el consentimiento para actos médicos y para ejercer su curatela.

Las directivas que impliquen solicitar prestaciones de ayuda médica para morir quedarán sujetas a los requisitos, garantías y procedimientos previstos en la ley especial.

Esta declaración de voluntad puede ser libremente revocada en todo momento.”

#### **Artículo 25°.- Incorporación del artículo 83 bis al Código Penal.**

Incorpórese como artículo 83 bis del Código Penal de la Nación el siguiente texto:

*2026 -Año de la Grandeza Argentina*

“Artículo 83 bis.- No será punible el profesional de la salud ni las demás personas intervinientes (profesionales de la salud, integrantes de las comisiones, consejerías, autoridades administrativas y demás personas que intervengan formalmente en el procedimiento previsto por la presente ley) que participaren en una prestación de eutanasia o asistencia médica para morir, siempre que hubieren actuado con estricto cumplimiento de los requisitos, garantías y procedimientos establecidos por la ley especial.

La exención prevista en el párrafo anterior no será aplicable cuando mediare violencia, intimidación, engaño, abuso de situación de vulnerabilidad, interés económico indebido, falsedad documental, incumplimiento doloso de los procedimientos de control o ausencia de consentimiento libre, expreso, informado y válido del paciente.”

**Artículo 26°.- Responsabilidad por incumplimiento.**

El incumplimiento injustificado, la obstrucción, la dilación arbitraria, la falsificación documental, el ocultamiento de información o la realización de la prestación fuera de los supuestos autorizados por esta ley dará lugar a las responsabilidades administrativas, civiles, profesionales y penales que correspondan.

**CAPÍTULO VIII  
DISPOSICIONES FINALES**

**Artículo 27°.- Reglamentación.**

El Poder Ejecutivo nacional reglamentará la presente ley dentro de los ciento ochenta (180) días de su promulgación.

**Artículo 28°.- Orden público.**

La presente ley es de orden público y de aplicación obligatoria en todo el territorio de la República Argentina.

**Artículo 29°.- Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.**

**Autor:** Sergio Eduardo Capozzi

## FUNDAMENTOS

Señor Presidente,

El debate sobre la eutanasia y la asistencia médica para morir no es una excentricidad argentina ni una moda importada. Es una de las discusiones más profundas de las democracias constitucionales contemporáneas: hasta dónde llega la autonomía personal, qué significa vivir con dignidad y si el Estado puede obligar a una persona a prolongar un sufrimiento irreversible contra su voluntad.

La jurisprudencia internacional viene tratando esta cuestión desde hace décadas. En el caso *Pretty v. United Kingdom*, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos sostuvo que, aun cuando el Convenio Europeo no consagra un derecho autónomo al suicidio asistido, la decisión de una persona sobre el modo y el momento de su muerte involucra su vida privada y su autonomía personal. En *Haas v. Switzerland*, el mismo tribunal volvió sobre el punto y admitió que la cuestión se vincula con el artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, aunque reconoció un margen de apreciación estatal para establecer requisitos estrictos y prevenir abusos. Es decir: no estamos ante un debate entre vida y muerte en abstracto, sino ante un debate jurídico concreto sobre libertad, dignidad, privacidad, salud, protección de vulnerables y límites del poder público.

En Europa, España sancionó la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia, que reconoce esta prestación dentro del sistema sanitario y establece un procedimiento con garantías, controles y comisiones de evaluación. Esa ley no dejó la decisión librada al impulso individual ni a la clandestinidad: la incorporó al derecho público sanitario, justamente para asegurar trazabilidad, igualdad, control médico y seguridad jurídica.

Francia, país especialmente prudente en materia bioética, también ha avanzado en este debate. El Comité Consultatif National d'Éthique abrió en 2022 la posibilidad de una ayuda activa a morir bajo condiciones estrictas, en el marco de una reflexión que buscó equilibrar autonomía y solidaridad. Luego, el Parlamento francés discutió una proposición de ley relativa al derecho a la ayuda a morir, que fue rechazada por el Senado el 12 de mayo de 2026, pero cuyo recorrido institucional demuestra que aun los sistemas jurídicos más cautelosos han entendido que el final de la vida ya no puede ser abordado únicamente desde el silencio, la prohibición o la delegación informal en médicos y familiares.

En América Latina, Colombia fue pionera a través de su Corte Constitucional. En la sentencia C-239 de 1997, la Corte despenalizó la eutanasia en determinados supuestos de consentimiento libre y sufrimiento intenso derivado de enfermedad terminal, consentimiento libre e intensos sufrimientos. Más tarde, en la sentencia C-164 de 2022, extendió el razonamiento al suicidio médicamente asistido cuando existe consentimiento libre, inequívoco e informado, diagnóstico grave e incurable, sufrimiento intenso y asistencia de un profesional médico. La experiencia colombiana enseña algo fundamental: cuando el Congreso no regula, terminan regulando los jueces, los comités médicos o, peor aún, la clandestinidad.

Uruguay, finalmente, sancionó en octubre de 2025 una ley de muerte digna, convirtiéndose en un caso regional de enorme relevancia para la Argentina. Más aún, la Ley 20.431 fue promulgada el 24/10/2025, publicada el 05/11/2025 y reglamentada por el Decreto

76/026 del 15/04/2026. La cercanía histórica, cultural e institucional con nuestro país vuelve inevitable la pregunta: si una democracia vecina puede discutir y regular este tema con seriedad, ¿por qué la Argentina debería condenarse a la omisión legislativa?

Nuestro derecho nacional ya recorrió una parte del camino. La Ley 26.529 de Derechos del Paciente reconoció la autonomía de la voluntad, el consentimiento informado, la información sanitaria y la historia clínica. La Ley 26.742, conocida como Ley de Muerte Digna, permitió rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando resulten extraordinarias, desproporcionadas o produzcan sufrimiento desmesurado. Pero nuestro ordenamiento todavía conserva una contradicción: permite rechazar tratamientos que prolongan artificialmente la vida, pero no permite solicitar una asistencia médica activa para poner fin a un sufrimiento irreversible.

Esa contradicción aparece con claridad en el artículo 11 de la Ley 26.529, que admite directivas anticipadas, pero establece que las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas se tendrán como inexistentes. Es decir, el derecho argentino reconoce que una persona puede anticipar decisiones sobre su salud, pero le niega eficacia precisamente cuando la decisión se vuelve más extrema, más íntima y más vinculada con su propia concepción de dignidad. Por eso este proyecto modifica expresamente ese artículo: no para eliminar garantías, sino para sustituir la prohibición absoluta por una regulación estricta.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación también ha consolidado una línea jurisprudencial favorable a la autonomía del paciente. En *Bahamondez*, se discutió la posibilidad de imponer un tratamiento médico contra la voluntad de una persona adulta. En *Albarracini Nieves*, la Corte reafirmó que el Estado no puede sustituir la decisión íntima de un adulto competente sobre su propio cuerpo. Y en *D., M. A. s/ declaración de incapacidad*, reafirmó el respeto de la voluntad del paciente y la posibilidad de limitar o retirar medidas de soporte vital en los términos del régimen vigente sostuvo que, aun cuando la persona ya no pueda expresarse, corresponde respetar su voluntad previamente manifestada.

Ahora bien: este proyecto no se limita a proclamar un derecho. Lo regula. Y lo regula con prudencia. Porque en esta materia no alcanza con decir “libertad”. La libertad, cuando se trata de una decisión irreversible, exige garantías. Exige médicos. Exige información. Exige testigos. Exige segundas opiniones. Exige controles. Exige registros. Exige posibilidad de revocar hasta el último instante. Exige que nadie decida por otro. Exige que nadie empuje a nadie. Exige que nadie use el sufrimiento ajeno como atajo económico, familiar, institucional o administrativo.

Por eso el artículo 1° no habla simplemente de eutanasia, sino de una prestación médica excepcional, legalmente regulada y sometida a control. La decisión normativa es clara: no se trata de despenalizar de modo genérico la ayuda al suicidio, sino de reconocer una práctica sanitaria específica, en supuestos extremos, bajo condiciones estrictas.

Los artículos 2° a 4° establecen principios y definiciones. Esta elección no es decorativa. En una materia sensible, las palabras ordenan el debate. Diferenciar eutanasia de asistencia médica para morir permite distinguir entre la administración directa por un profesional y la autoadministración por el paciente. Definir enfermedad grave e incurable, padecimiento crónico e imposibilitante, sufrimiento intolerable, médico responsable, médico

consultor y consejería interdisciplinaria evita que la ley quede librada a interpretaciones improvisadas.

El artículo 5° adopta una decisión deliberada: limitar el acceso a personas mayores de dieciocho años. Otros proyectos contemplan mayores de dieciséis años o incluso supuestos de menores con autorización de representantes. Sin embargo, por la gravedad del acto, por su carácter irreversible y por la necesidad de construir una ley políticamente viable y jurídicamente robusta, este proyecto opta por la mayoría de edad como regla. La autonomía personal se defiende mejor cuando no se la expone a flancos innecesarios.

El mismo artículo excluye las solicitudes fundadas exclusivamente en edad avanzada, discapacidad, soledad, pobreza, sensación de ser carga o diagnóstico de salud mental no asociado directamente a una enfermedad grave e incurable o padecimiento crónico e imposibilitante. Esta previsión es central. Una ley de eutanasia no puede convertirse jamás en una respuesta a la vulnerabilidad social, al abandono, a la falta de cuidados, a la discapacidad o a la soledad. El Estado no puede decirle a una persona vulnerable que su salida es morir. El Estado debe cuidar, acompañar y garantizar alternativas. Solo cuando existe una enfermedad o padecimiento grave, irreversible, insoportable y libremente evaluado por la persona, puede abrirse este procedimiento excepcional.

Los artículos 6° y 23° regulan las directivas anticipadas y modifican la Ley 26.529. La razón es sencilla: si el derecho argentino ya acepta que una persona pueda anticipar decisiones sobre su salud, no corresponde declarar “inexistente” su voluntad cuando esa decisión refiere al final de la vida. La salida no es borrar esa voluntad, sino rodearla de requisitos, formalidades, testigos, revocabilidad y control médico. Esa es la diferencia entre una legislación seria y un salto al vacío.

El artículo 24° modifica el artículo 60 del Código Civil y Comercial de la Nación para armonizar el régimen de directivas médicas anticipadas. No tendría sentido reformar la Ley de Derechos del Paciente y dejar intacta una norma civil que regula el mismo universo de decisiones anticipadas. La coherencia normativa exige que ambas disposiciones remitan a la ley especial.

Los artículos 8° a 13° establecen el corazón procedimental del proyecto. Se exige primera solicitud, información médica completa, deliberación, segunda solicitud, evaluación del médico responsable, segunda opinión independiente, intervención de consejería interdisciplinaria y autorización de una Comisión de Garantía y Evaluación. No se trata de burocratizar el sufrimiento. Se trata de evitar errores, abusos, presiones y decisiones precipitadas. El dolor no puede ser ignorado, pero tampoco manipulado.

La doble solicitud separada por un plazo mínimo de quince días permite distinguir una voluntad persistente de un impulso momentáneo. Al mismo tiempo, se admite reducir ese plazo cuando exista riesgo de pérdida de capacidad o agravamiento irreversible. La ley debe ser prudente, pero no cruel. Una garantía no puede transformarse en una condena a esperar más sufrimiento.

La intervención del médico consultor independiente cumple una función esencial: que la decisión no dependa de una sola mirada profesional. La consejería interdisciplinaria, por su parte, no sustituye la voluntad del paciente ni instala un tribunal moral sobre su decisión. Su

finalidad es proteger la libertad real de la persona, verificar comprensión, detectar presiones y asegurar que se hayan ofrecido cuidados paliativos.

Los artículos 12° y 21° crean Comisiones de Garantía y Evaluación en cada jurisdicción. Esta opción toma en serio el federalismo sanitario argentino. La salud se organiza territorialmente, y por eso el control no puede depender únicamente de una oficina nacional lejana. Pero, al mismo tiempo, el artículo 22° asigna al Ministerio de Salud de la Nación funciones de coordinación, registro, protocolos, capacitación e informes anuales. El equilibrio es claro: ejecución federal, estándares nacionales.

El artículo 16° incorpora la cobertura integral y gratuita de la prestación en el sistema público, obras sociales y prepagas. Sin esta previsión, el derecho sería solo para quien pueda pagarlo. Una ley de autonomía sin acceso real sería una declaración elegante, pero vacía.

El artículo 17° mantiene la centralidad de los cuidados paliativos. Este proyecto no opone eutanasia y cuidados paliativos. Al contrario: exige que toda persona sea informada y tenga acceso efectivo a ellos. Pero también reconoce que pueden existir situaciones en las que, aun con paliativos, la persona considere que su sufrimiento sigue siendo intolerable. Obligarla a continuar en esas condiciones no sería humanidad. Sería imposición.

El artículo 19° regula la objeción de conciencia. La solución elegida respeta la conciencia individual de los profesionales, pero no admite la objeción institucional. Un médico puede abstenerse. Una institución que integra el sistema de salud no puede convertir su ideario en una barrera absoluta para el paciente. La libertad de conciencia protege a la persona, no autoriza a bloquear derechos de terceros.

El artículo 20° establece que la muerte producida conforme a la ley será considerada muerte natural a todos los efectos legales. Esta previsión protege a la familia, al paciente y a los profesionales frente a consecuencias civiles, sucesorias, previsionales, contractuales o asegurativas injustas. Si la prestación fue legal, controlada y médica, no corresponde castigar indirectamente a quienes ejercieron un derecho.

El artículo 25° incorpora un artículo 83 bis al Código Penal. Esta decisión corrige un problema técnico presente en algunos proyectos. El artículo 83 vigente reprime la instigación o ayuda al suicidio, mientras que el artículo 84 bis ya existe y regula el homicidio culposo por conducción imprudente, negligente o antirreglamentaria de un vehículo con motor. Por eso no corresponde utilizar el 84 bis para esta materia. La técnica adecuada es incorporar un 83 bis que excluya de punibilidad a profesionales e intervinientes cuando actúen con estricto cumplimiento de la ley especial.

La norma penal propuesta no abre una autorización genérica para ayudar a morir. Al contrario: cierra el perímetro. Solo queda protegido quien actúa dentro de la ley. Quedan excluidos los casos de violencia, intimidación, engaño, abuso de vulnerabilidad, interés económico indebido, falsedad documental, incumplimiento doloso o ausencia de consentimiento válido. Esta es la diferencia entre libertad y abandono, entre autonomía y abuso, entre compasión y delito.

El artículo 26° prevé responsabilidad por incumplimiento. La ley debe proteger al médico que actúa correctamente, pero también debe sancionar al que falsifica, presiona,

oculta, dilata arbitrariamente o actúa fuera de los supuestos autorizados. Sin responsabilidad, no hay garantías. Sin garantías, no hay confianza pública.

Este proyecto parte de una convicción sencilla: la vida es un derecho, no una obligación estatal de padecimiento. Defender la vida no puede significar obligar a alguien a soportar una agonía que considera incompatible con su dignidad. Nadie debería ser empujado a morir. Pero tampoco nadie debería ser obligado por el Estado a vivir su final como una condena.

La pregunta de fondo es incómoda, pero inevitable: ¿puede el Estado decirle a una persona adulta, lúcida, informada, enferma de manera irreversible y sometida a un sufrimiento intolerable, que su cuerpo ya no le pertenece? ¿Puede una ley obligarla a resistir en nombre de una idea abstracta de vida que ya no coincide con su experiencia concreta de dolor? ¿Puede una democracia liberal defender la autonomía en todos los planos y negarla justo en el momento más íntimo, más dramático y más definitivo?

Esta iniciativa no promueve la muerte. Promueve la libertad. No abandona al paciente. Lo acompaña. No debilita al sistema de salud. Lo obliga a actuar con reglas claras. No desprotege a los vulnerables. Crea controles para impedir abusos. No impone una visión moral única. Permite que cada persona, llegado un caso extremo, decida conforme a su conciencia, su dignidad y su proyecto de vida.

El Estado no debe imponer heroísmo. No debe administrar sufrimiento. No debe convertir la agonía en mandato. Debe cuidar, informar, acompañar, controlar y respetar.

Por todo lo expuesto, solicito a mis pares que acompañen la sanción del presente proyecto de ley.

**Autor:** Sergio Eduardo Capozzi