



Proyecto de ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

LEY DE MUERTE VOLUNTARIA MÉDICAMENTE ASISTIDA

Capítulo I — DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.º OBJETO. La presente ley establece el derecho de toda persona a solicitar y recibir asistencia médica para morir de manera voluntaria, regula los procedimientos para su ejercicio, define los principios y salvaguardas aplicables, establece los derechos y deberes del personal de salud, y crea los mecanismos institucionales de evaluación, control y seguimiento.

La asistencia médica para morir queda configurada como una prestación del sistema de salud, sujeta a estándares de calidad, cobertura obligatoria e integración efectiva con los cuidados paliativos y el acompañamiento al final de la vida.

Artículo 2.º PRINCIPIOS RECTORES. Las disposiciones de la presente ley se interpretarán conforme a los siguientes principios:

- a)** Autonomía relacional: la persona ejerce su voluntad en diálogo con el equipo de salud y sus vínculos significativos, libre de toda presión externa o interna indebida.
- b)** Dignidad: toda persona tiene derecho a no ser obligada a sostener condiciones médicas que considere incompatibles con su dignidad personal.
- c)** No maleficencia: la asistencia médica para morir debe realizarse de modo que no cause sufrimiento innecesario a la persona solicitante.
- d)** Justicia e igualdad de acceso: el ejercicio del derecho reconocido en esta ley no puede quedar condicionado a la situación económica, el lugar de residencia o la institución de salud de la persona.
- e)** Voluntariedad: la decisión debe ser libre, informada, reiterada y exenta de cualquier presión externa.



Proyecto de ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

- f) Excepcionalidad integrada: la asistencia médica para morir se integra como opción excepcional dentro del proceso de cuidados al final de la vida, garantizando previamente el acceso efectivo a cuidados paliativos integrales.
- g) Transparencia y control: los procedimientos deben ser documentados, supervisados y objeto de evaluación sistemática.

Artículo 3.º DEFINICIONES. A los efectos de la presente ley se entiende por:

1. Asistencia médica para morir (AMM): la acción consistente en proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta ley y ha manifestado su voluntad libre, informada y reiterada de morir. Comprende dos modalidades:
 - a) Eutanasia: administración directa al paciente de una sustancia letal por parte de un profesional de la salud competente, a petición libre, informada y reiterada del paciente.
 - b) Muerte asistida: prescripción o provisión por parte del profesional de la salud de una sustancia letal, de manera que el propio paciente pueda autoadministrársela.
2. Enfermedad grave e incurable: aquella cuya naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, en un contexto de fragilidad progresiva y sin expectativa razonable de curación.
3. Padecimiento grave, crónico e imposibilitante: situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y las actividades de la vida diaria de modo que no permiten a la persona valerse por sí misma, así como sobre su capacidad de expresión y relación, llevando asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, con seguridad o fuerte probabilidad de que tales limitaciones persistan sin posibilidad de curación.



Proyecto de ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

4. Médico o médica responsable: profesional de la medicina que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, actuando como interlocutor principal en el proceso de solicitud de AMM.
5. Médico o médica consultor/a: profesional de la medicina con formación en las patologías que padece el paciente, que no pertenece a la misma institución que el médico responsable y realiza la segunda evaluación del caso.
6. Equipo interdisciplinario de consejería: equipo de apoyo conformado por profesionales de la psicología, la psiquiatría, la bioética y la medicina paliativa, con el propósito de acompañar al paciente en el proceso de deliberación y ayudar a confirmar su voluntad.
7. Consentimiento informado: declaración de voluntad expresada por el paciente en pleno uso de sus facultades, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada sobre su situación médica, el procedimiento, las alternativas terapéuticas y paliativas, y sus efectos.
8. Directivas médicas anticipadas: documento en el que una persona mayor de edad y con plena capacidad expresa sus deseos respecto de las intervenciones médicas que desea o rechaza para el caso de que en el futuro no pueda manifestar su voluntad.
9. Adecuación del esfuerzo terapéutico: ajuste de la intensidad de las intervenciones médicas a la proporcionalidad clínica y a los objetivos de cuidado, evitando tanto la obstinación terapéutica como la omisión injustificada de intervenciones.
10. Objeción de conciencia: derecho individual de los profesionales de la salud a abstenerse de participar en la AMM por razones éticas o religiosas propias, con sujeción a los límites y obligaciones que establece la presente ley.

Artículo 4.º MARCO NORMATIVO. Las disposiciones de esta ley se enmarcan en los derechos consagrados por la Constitución Nacional, la Ley 26.529 de Derechos del Paciente, la Ley 27.678 de Cuidados Paliativos, el Código Civil y Comercial de la Nación, y los tratados de derechos humanos con jerarquía constitucional, en especial la Convención Americana



Proyecto de ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

sobre Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Artículo 5.º ÁMBITO DE APLICACIÓN. La implementación de la presente ley estará a cargo del Ministerio de Salud de la Nación y de las respectivas autoridades sanitarias nacionales, en el marco de las competencias establecidas por la Constitución Nacional y de los mecanismos de articulación del Consejo Federal de Salud previstos en la Ley 22.373.

Capítulo II — DERECHO A LA AMM Y REQUISITOS DE ACCESO

Artículo 6.º DERECHO A LA ASISTENCIA MÉDICA PARA MORIR. Toda persona que cumpla los requisitos establecidos en la presente ley tiene derecho a:

- a) Solicitar y recibir la prestación de asistencia médica para morir.
- b) Acceder a la AMM a través del sistema de salud público, obras sociales y entidades de medicina prepaga, en las condiciones que establece esta ley.
- c) Recibir toda la información necesaria sobre su situación clínica, pronóstico, opciones terapéuticas y paliativas, y sobre el procedimiento de AMM, en lenguaje accesible.
- d) Que su decisión sea respetada, protegida y garantizada por el sistema institucional.
- e) Revocar en cualquier momento, sin formalidad alguna, la solicitud de AMM.

Artículo 7.º REQUISITOS DE ACCESO. Podrán solicitar la AMM las personas que reúnan todos los siguientes requisitos:

- a) Ser ciudadana o ciudadano argentino, o contar con residencia permanente en la República Argentina por un período no inferior a un año.
- b) Haber cumplido los dieciséis años de edad. Las personas de entre dieciséis y diecisiete años inclusive ejercen este derecho con plena capacidad conforme al artículo 26 del



Proyecto de ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

Código Civil y Comercial de la Nación y la Ley 26.061, debiendo el médico responsable valorar la intervención de los progenitores o tutores legales sin que ello constituya un requisito excluyente.

- c) Padecer una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, en los términos definidos en el artículo 3° de la presente ley, debidamente certificada por el médico responsable.
- d) Sufrir a causa de esa enfermedad o padecimiento un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, que no haya podido ser aliviado a un nivel que la persona considere tolerable mediante cuidados paliativos u otras medidas disponibles.
- e) Haber formulado la solicitud de manera libre, voluntaria, consciente e informada, sin estar sujeta a presión externa de ninguna índole.
- f) Ser capaz de prestar consentimiento informado al momento de realizar la solicitud.

La condición establecida en el inciso d) no implica que la persona deba haber agotado todas las alternativas terapéuticas disponibles; implica que haya recibido información suficiente sobre ellas y que, con esa información, mantenga su solicitud.

Artículo 8.° PERSONAS CON CAPACIDAD RESTRINGIDA. Las personas con capacidad restringida por sentencia judicial podrán ejercer los derechos reconocidos en esta ley siempre que la restricción no alcance a la toma de decisiones sobre su salud. En ese caso, podrán prestar consentimiento informado sin necesidad de autorización previa, con la asistencia del sistema de apoyo previsto en el artículo 43 del Código Civil y Comercial de la Nación, si lo desearan.

Las personas que actúan como sistema de apoyo no representan ni sustituyen a la persona con discapacidad en el ejercicio de sus derechos. El diseño del sistema de apoyo incorporará salvaguardas adecuadas para garantizar que no existan abusos y que las decisiones sean tomadas libremente por la titular del derecho.

Si la sentencia judicial de restricción alcanza a las decisiones sobre salud, o la persona ha sido declarada incapaz judicialmente, la AMM solo podrá realizarse en cumplimiento de



Proyecto de ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

directivas anticipadas válidamente otorgadas antes de la incapacidad, conforme al artículo 11 de la presente ley.

Artículo 9.º CONDICIÓN ESPECIAL RELATIVA A SALUD MENTAL. La AMM no podrá ser solicitada ni concedida cuando el sufrimiento psíquico sea consecuencia exclusiva de un trastorno mental primario, sin la concurrencia de enfermedad somática grave e incurable o padecimiento crónico grave e imposibilitante.

Esta restricción no alcanza a las personas que padezcan enfermedades somáticas graves a las que se añadan sufrimientos psíquicos derivados de dichas enfermedades.

A los dos años de entrada en vigor de la presente ley, la Comisión Nacional de Evaluación y Seguimiento elaborará un informe fundado sobre la pertinencia de revisar esta restricción, a la luz de la evidencia científica y la experiencia comparada, debiendo remitirlo al Congreso de la Nación para su consideración.

Capítulo III — PROCEDIMIENTO

Artículo 10. DE LA SOLICITUD. La solicitud de AMM debe ser formulada por la persona de manera libre, en el marco de adecuada información sobre la evolución de su enfermedad y sobre los tratamientos curativos, terapéuticos y paliativos disponibles.

La solicitud debe presentarse por escrito, con fecha y firma, ante el médico o médica responsable. Si la persona no pudiera firmar, la solicitud podrá realizarse por cualquier otro medio que permita conocer la voluntad fehaciente e inequívoca de la persona, en presencia de dos testigos sin conflicto de intereses.

La persona debe realizar dos solicitudes separadas por un intervalo no inferior a quince (15) días corridos. El médico responsable podrá reducir ese plazo cuando exista riesgo inminente de pérdida de capacidad o sufrimiento extremo debidamente certificado, dejando constancia motivada en la historia clínica.



Proyecto de ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

La voluntad de solicitar AMM es siempre revocable. La revocación no está sujeta a formalidad alguna y determina el cese inmediato y definitivo de todos los procedimientos en curso.

Artículo 11. DIRECTIVAS MÉDICAS ANTICIPADAS. Las directivas anticipadas podrán incluir la solicitud de asistencia médica para morir, siempre que se cumplan los requisitos establecidos en la presente ley y exista verificación clínica y legal de que la situación concreta corresponde a lo previsto en la directiva realizada por el paciente.

La verificación mencionada en el párrafo anterior estará a cargo del médico responsable, del equipo interdisciplinario de consejería y de la Comisión de Evaluación y Garantías, siguiendo el mismo procedimiento previsto en los artículos 12 a 17 de la presente ley, con las adaptaciones necesarias para los casos de incapacidad sobrevenida.

En los casos de incapacidad para consentir, la presencia de directivas anticipadas que expresen la voluntad de recibir AMM ante determinadas circunstancias será requisito ineludible. A falta de directivas anticipadas, no podrá aplicarse la presente ley.

El Ministerio de Salud de la Nación habilitará un Registro Nacional de Directivas Anticipadas de acceso público y gratuito, interoperable con el sistema de historia clínica electrónica.

Artículo 12. EVALUACIÓN DEL MÉDICO O MÉDICA RESPONSABLE. Recibida la primera solicitud, el médico responsable deberá, en el plazo de veinte (20) días corridos:

- a) Evaluar la situación clínica del paciente: diagnóstico, pronóstico, opciones terapéuticas y paliativas, y el carácter insoportable e intratable de los sufrimientos desde la perspectiva del paciente.
- b) Informar al paciente, verbal y por escrito, sobre los resultados de la evaluación, las opciones disponibles y las características del procedimiento de AMM.
- c) Acompañar al paciente en el proceso de deliberación junto con el equipo interdisciplinario de consejería.



Proyecto de ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

La evaluación y la información transmitida quedarán incorporadas a la historia clínica, firmadas por el médico responsable y por el paciente si pudiera hacerlo.

Artículo 13. EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE CONSEJERÍA. El médico responsable constituirá un equipo interdisciplinario de consejería integrado al menos por un profesional de la psicología o la psiquiatría, un profesional de medicina paliativa y un especialista en bioética clínica. No podrán integrar el equipo personas con conflicto de intereses o que pudieran verse beneficiadas o perjudicadas por la muerte del paciente.

El equipo de consejería tendrá por funciones: acompañar emocionalmente al paciente; evaluar la capacidad y la voluntariedad de la decisión; asegurar que el paciente cuente con información completa sobre cuidados paliativos y demás alternativas disponibles; e informar al médico responsable sobre la valoración del caso.

El equipo de consejería no tiene poder de veto sobre la solicitud del paciente, pero su informe forma parte del expediente elevado a la Comisión de Evaluación y Garantías.

Artículo 14. EVALUACIÓN DEL MÉDICO O MÉDICA CONSULTOR/A. Finalizada la evaluación del médico responsable y recibida la segunda solicitud, el caso deberá ser elevado a un médico consultor, especialista en las patologías que padece el paciente, independiente del médico responsable y perteneciente a una institución distinta.

El médico consultor realizará una evaluación independiente del caso en un plazo máximo de cinco (5) días corridos, informando si coincide con el diagnóstico, el pronóstico y la calificación de los sufrimientos como intolerables e intratables, y si la solicitud cumple los requisitos exigidos por esta ley.

El informe del médico consultor será incorporado a la historia clínica y elevado junto con el expediente completo a la Comisión de Evaluación y Garantías.



Proyecto de ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

Artículo 15. COMISIÓN DE EVALUACIÓN Y GARANTÍAS. Recibido el expediente, la Comisión de Evaluación y Garantías prevista en el artículo 29 de la presente ley deberá emitir dictamen en un plazo no mayor de siete (7) días corridos.

El dictamen evaluará el cumplimiento de los requisitos formales y sustanciales exigidos por la ley. Si el dictamen es favorable, habilitará al médico responsable para proceder con la AMM previa reiteración final del consentimiento del paciente. Si el dictamen es desfavorable, deberá ser fundado y notificado al paciente, quien podrá recurrirlo conforme al artículo 24 de la presente ley.

Ningún procedimiento de AMM podrá realizarse sin dictamen favorable previo de la Comisión de Evaluación y Garantías, salvo lo previsto en el artículo 17 respecto de situaciones de urgencia debidamente certificadas.

Artículo 16. REITERACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO. Una vez emitido el dictamen favorable de la Comisión de Evaluación y Garantías, y antes de la realización del procedimiento, el paciente deberá prestar consentimiento informado final de manera libre, voluntaria y consciente, manifestado en pleno uso de sus facultades.

El consentimiento informado final deberá realizarse en un plazo máximo de diez (10) días corridos desde la notificación del dictamen favorable, pudiendo extenderse a pedido del paciente.

Nadie puede ser sustituido en la prestación del consentimiento informado final, el cual deberá ser expresado por escrito o por cualquier otro medio fehaciente de manifestación de la voluntad.

Artículo 17. PLAZOS TOTALES Y URGENCIA. El plazo total entre la primera solicitud y la realización del procedimiento no será inferior a quince (15) días corridos, salvo lo previsto en el artículo 10, tercer párrafo.

El plazo total no podrá ser irrazonablemente prolongado. Desde la emisión del dictamen favorable de la Comisión de Evaluación y Garantías, el procedimiento deberá realizarse en



Proyecto de ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

un plazo no superior a treinta (30) días, salvo expresa solicitud de prórroga del paciente. La dirección de cada establecimiento de salud será responsable de garantizar la tramitación prioritaria de las solicitudes de AMM, bajo apercibimiento de las sanciones que establezca la reglamentación.

Artículo 18. REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO. El procedimiento de AMM deberá realizarse en condiciones que garanticen la ausencia de sufrimiento para la persona, conforme a los protocolos que establezca la autoridad de aplicación.

La persona podrá elegir el lugar de realización —establecimiento de salud o domicilio particular— y podrá estar acompañada por las personas de su elección.

El procedimiento quedará documentado en la historia clínica con todas las actuaciones cumplidas, y será notificado al Registro Nacional de AMM en los plazos que establezca la reglamentación.

Capítulo IV — DERECHOS, GARANTÍAS Y COBERTURA

Artículo 19. DERECHOS DEL PACIENTE. Toda persona en el proceso de solicitud de AMM tiene derecho a:

- a) Recibir trato digno y respetuoso de sus convicciones personales en todas las instancias del proceso.
- b) Acceder a toda la información relativa al proceso de AMM de modo libre, en lenguaje claro, accesible y adecuado a sus posibilidades de comprensión.
- c) Contar con el acompañamiento del equipo interdisciplinario de consejería durante todo el proceso.
- d) Que se garantice la confidencialidad y privacidad de todos los datos relativos al proceso.
- e) Revocar en cualquier momento y sin formalidad alguna la solicitud de AMM.



Proyecto de ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

f) Recurrir ante la Comisión Nacional de Evaluación y Seguimiento y ante la justicia ordinaria cuando se obstaculice, dilate o deniegue infundadamente su acceso a la prestación.

g) Que se respete su voluntad anticipada conforme al artículo 11 de la presente ley.

Artículo 20. COBERTURA OBLIGATORIA. La asistencia médica para morir queda incluida en el Programa Médico Obligatorio (PMO) con cobertura total y sin copago.

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 y las universitarias, deben incorporar la cobertura integral y gratuita de las prestaciones de AMM.

Estas prestaciones quedan incluidas en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Artículo 21. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA INDIVIDUAL. Los profesionales de la salud podrán declararse objetores de conciencia respecto de su participación directa en la realización de la AMM. La objeción debe ser manifestada con antelación y de manera formal ante la institución de salud, y no podrá ser invocada de modo intempestivo una vez iniciado el procedimiento.

El profesional objetor tiene la obligación de informar al paciente sobre su objeción en la primera oportunidad, de garantizar la derivación inmediata a otro profesional no objetor, y de proporcionar la atención necesaria hasta tanto se produzca esa derivación.

La objeción de conciencia es un derecho individual y no institucional. Ningún establecimiento de salud, público o privado, podrá ampararse en la objeción de conciencia para denegar el acceso al procedimiento. Los establecimientos que cuenten con profesionales objetores deberán garantizar la disponibilidad de profesionales no objetores o la derivación efectiva y sin dilaciones.



Proyecto de ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

Artículo 22. GARANTÍAS ANTI-COERCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Las personas con discapacidad que soliciten AMM tienen derecho a que el proceso esté libre de toda presión vinculada a su situación de dependencia, la carga asistencial que puedan representar, o los costos de su atención.

El equipo de consejería deberá evaluar explícitamente la ausencia de presión coercitiva en estos casos, e incorporar al expediente un informe específico sobre las condiciones de ejercicio de la autonomía de la persona.

Queda prohibido que cualquier agente del sistema de salud, familiar, cuidador o tercero involucrado en el proceso utilice argumentos vinculados a la carga asistencial, el costo del cuidado o el supuesto beneficio de terceros como elemento en la deliberación del paciente. La infracción de esta prohibición tendrá las consecuencias disciplinarias y penales previstas en el ordenamiento vigente.

Artículo 23. PROTECCIÓN DE DATOS. Todos los datos personales, clínicos y procedimentales relativos a las solicitudes y realizaciones de AMM tienen carácter sensible conforme a la Ley 25.326 de Protección de Datos Personales.

El acceso a los registros individuales estará restringido al equipo de salud interviniente, a los organismos de control previstos en esta ley y a la autoridad judicial competente. Los informes estadísticos y de seguimiento elaborados por la Comisión Nacional solo contendrán datos disociados que impidan la identificación de las personas.

La base de datos del Registro Nacional de AMM dispondrá de mecanismos de seguridad informática acordes al carácter sensible de la información, y será auditada anualmente por el organismo competente en materia de datos personales.

Artículo 24. RECURSOS ANTE DENEGACIÓN O DILACIÓN. La persona cuya solicitud de AMM haya sido denegada por la Comisión de Evaluación y Garantías, o cuyo proceso haya sido obstaculizado o dilacionado injustificadamente, podrá interponer recurso ante la Comisión



Proyecto de ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

Nacional de Evaluación y Seguimiento en el plazo de diez (10) días hábiles desde la notificación.

La Comisión Nacional resolverá en el plazo improrrogable de cinco (5) días hábiles. Agotada la instancia administrativa, la persona podrá recurrir a la justicia ordinaria a través de la acción de amparo prevista en el artículo 43 de la Constitución Nacional.

Capítulo V — CUIDADOS PALIATIVOS Y ACOMPAÑAMIENTO

Artículo 25. INTEGRACIÓN CON CUIDADOS PALIATIVOS. La asistencia médica para morir se integra como opción excepcional dentro del proceso de cuidados al final de la vida. El sistema de salud debe garantizar a toda persona que inicie el proceso de solicitud de AMM el acceso efectivo y oportuno a cuidados paliativos integrales, conforme a la Ley 27.678.

La disponibilidad de cuidados paliativos adecuados no condiciona ni restringe el derecho a solicitar AMM. La persona puede legítimamente preferir la AMM aun habiendo recibido cuidados paliativos de calidad. Sin embargo, el acceso a esos cuidados debe estar garantizado como alternativa real y siempre disponible.

Ningún profesional de la salud podrá negar información sobre cuidados paliativos ni sobre la AMM a una persona que curse una enfermedad grave e incurable o padecimiento crónico imposibilitante.

Artículo 26. ACOMPAÑAMIENTO AL FINAL DE LA VIDA. El sistema de salud debe garantizar acompañamiento psicológico, social y espiritual —si la persona lo solicita— tanto al paciente como a su entorno familiar o afectivo durante todo el proceso de solicitud de AMM, durante el procedimiento y en el duelo posterior.

El acompañamiento al que refiere este artículo integrará el plan de prestaciones de cada paciente y no generará costo adicional para la persona ni para su familia.



Proyecto de ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

Capítulo VI — AUTORIDAD DE APLICACIÓN Y CONTROL

Artículo 27. AUTORIDAD DE APLICACIÓN. El Ministerio de Salud de la Nación será la autoridad de aplicación de la presente ley. Le corresponde:

- a) Elaborar los protocolos clínicos y los formularios necesarios para la implementación de la ley.
- b) Capacitar a los profesionales de la salud del sistema público y promover la capacitación en el sector privado.
- c) Supervisar el funcionamiento de las Comisiones de Evaluación y Garantías.
- d) Administrar el Registro Nacional de AMM.
- e) Elaborar e implementar las políticas de fortalecimiento de los cuidados paliativos en articulación con la AMM.
- f) Dictar las normas reglamentarias necesarias para la implementación de la ley.

Artículo 28. COMISIÓN NACIONAL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Créase la Comisión Nacional de Evaluación y Seguimiento de la AMM, en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, con carácter autónomo funcional.

La Comisión Nacional estará integrada por: tres profesionales de la medicina con especialidad en cuidados paliativos o en las patologías prevalentes en las solicitudes de AMM; dos profesionales de la bioética; un profesional del derecho con especialización en derechos humanos o derecho sanitario; un representante de organizaciones de personas con discapacidad; un representante de organizaciones de derechos del paciente; y un representante del Ministerio de Salud de la Nación. Sus integrantes durarán cuatro años en sus cargos, renovables por una sola vez.

Son funciones de la Comisión Nacional: resolver los recursos interpuestos por personas cuya solicitud haya sido denegada o demorada; supervisar el funcionamiento de las Comisiones de Evaluación y Garantías locales; analizar los registros del Registro Nacional de AMM;



Proyecto de ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

elaborar el informe anual previsto en el artículo 31; y proponer modificaciones legislativas y reglamentarias fundadas en la evaluación del sistema.

Artículo 29. COMISIONES DE EVALUACIÓN Y GARANTÍAS. En cada jurisdicción provincial y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se constituirán Comisiones de Evaluación y Garantías (CEG), con funciones de evaluación, habilitación y control de los procedimientos de AMM en su ámbito territorial.

Cada CEG estará integrada al menos por un médico clínico o especialista, un profesional de bioética o psicología clínica, y un representante del área legal o de derechos humanos de la jurisdicción. Sus integrantes no podrán ser objetores de conciencia respecto de la AMM.

La reglamentación establecerá los mecanismos de conformación de las CEG en las provincias que adhieran a la presente ley, garantizando la representación de los actores relevantes del sistema de salud local.

Artículo 30. REGISTRO NACIONAL DE AMM. Créase el Registro Nacional de AMM en el ámbito de la autoridad de aplicación. Toda solicitud de AMM, todo dictamen emitido y todo procedimiento realizado deberán ser notificados al Registro en los plazos que establezca la reglamentación.

El Registro funcionará en soporte electrónico, con acceso restringido según lo previsto en el artículo 23. Los datos serán conservados por un mínimo de veinte años.

Artículo 31. INFORME ANUAL. La Comisión Nacional de Evaluación y Seguimiento elaborará un informe anual público sobre la aplicación de la ley. El informe incluirá: número de solicitudes recibidas, aprobadas y denegadas; datos estadísticos disociados sobre perfil de los solicitantes; análisis de los motivos de denegación; evaluación del funcionamiento del sistema de salvaguardas; y recomendaciones de mejora.

El informe será remitido al Congreso de la Nación, publicado en el sitio oficial del Ministerio de Salud y presentado en audiencia pública.



Proyecto de ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

Artículo 32. FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN. El Ministerio de Salud de la Nación, en coordinación con las universidades nacionales y las autoridades sanitarias provinciales, desarrollará programas de formación y capacitación para profesionales de la salud en materia de AMM, cuidados paliativos, bioética clínica y derechos del paciente.

Dichos programas serán incluidos en los planes de formación de posgrado y residencias médicas, y en los programas de educación continua reconocidos por el sistema de salud.

Artículo 33. IMPLEMENTACIÓN FEDERAL. Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir al régimen establecido en la presente ley, adoptando las medidas normativas, administrativas y sanitarias necesarias para su efectiva implementación en sus respectivas jurisdicciones.

El Ministerio de Salud de la Nación, en el ámbito del Consejo Federal de Salud (COFESA), acordará con las jurisdicciones adherentes los mecanismos de implementación, los protocolos clínicos, los criterios de conformación de las Comisiones de Evaluación y Garantías locales, y los plazos para la plena operatividad del sistema en cada territorio.

Las jurisdicciones que adhieran recibirán asistencia técnica y financiera de la Nación para la implementación de los programas de cuidados paliativos y de capacitación profesional. Ninguna jurisdicción podrá establecer requisitos adicionales que restrinjan el derecho reconocido en esta ley o que demoren irrazonablemente el acceso al procedimiento.

Capítulo VII — REFORMAS NORMATIVAS

Artículo 34. MODIFICACIÓN DEL CÓDIGO PENAL DE LA NACIÓN. Incorpórase como artículo 83 bis del Código Penal de la Nación el siguiente texto:

«Artículo 83 bis. No será punible el profesional de la salud que realice asistencia médica para morir conforme a las disposiciones, los requisitos y los procedimientos establecidos en la Ley



Proyecto de ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

de Muerte Voluntaria Médicamente Asistida. Tampoco será punible quien haya participado en el proceso como integrante del equipo de consejería, como médico consultor, o en cualquier otra función prevista en dicha ley. Esta exención de punibilidad no alcanza a quien realice el procedimiento sin cumplir los requisitos y salvaguardas establecidos en la ley, ni a quien ejerza presión o coerción sobre la persona solicitante.»

Artículo 35. MODIFICACIÓN DE LA LEY 26.529. Sustitúyese el artículo 11 de la Ley 26.529 por el siguiente:

«Artículo 11: Directivas anticipadas. Toda persona mayor de edad y con plena capacidad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas anticipadas podrán incluir la solicitud de asistencia médica para morir, en los términos y con los requisitos establecidos en la Ley de Muerte Voluntaria Médicamente Asistida. Las directivas anticipadas deberán ser formalizadas por escrito ante escribano público o juzgado de primera instancia, con la presencia de dos testigos sin conflicto de intereses. Serán revocables en cualquier momento y por cualquier medio fehaciente. El Ministerio de Salud de la Nación llevará un registro nacional de directivas anticipadas de acceso público y gratuito.»

Artículo 36. MODIFICACIÓN DEL CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN. Incorpórase como último párrafo del artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación el siguiente texto:

«El consentimiento informado comprende también el derecho de toda persona a solicitar y recibir asistencia médica para morir en las condiciones y con los requisitos establecidos en la Ley de Muerte Voluntaria Médicamente Asistida.»



Proyecto de ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

Capítulo VIII — DISPOSICIONES FINALES

Artículo 37. REGLAMENTACIÓN. El Poder Ejecutivo Nacional reglamentará la presente ley en el plazo de ciento ochenta (180) días desde su promulgación. La reglamentación deberá incluir, como mínimo: los protocolos clínicos para la evaluación de los requisitos de acceso y la realización del procedimiento; los modelos de formularios de solicitud, consentimiento informado y directivas anticipadas; los criterios de conformación de los equipos interdisciplinarios de consejería; los requisitos y plazos del Registro Nacional de AMM; el régimen de formación y acreditación de las Comisiones de Evaluación y Garantías; y el régimen de infracciones y sanciones.

Artículo 38. CLÁUSULA DE REVISIÓN. A los cuatro años de entrada en vigor de la presente ley, el Congreso de la Nación, con base en el informe de la Comisión Nacional de Evaluación y Seguimiento y en los datos del Registro Nacional de AMM, realizará una evaluación integral de su aplicación y considerará las modificaciones que resulten pertinentes.

Artículo 39. VIGENCIA. La presente ley entrará en vigor a los ciento ochenta (180) días de su promulgación, plazo durante el cual la autoridad de aplicación procederá a su reglamentación, la formación de los equipos de consejería y la constitución de las Comisiones de Evaluación y Garantías.

Artículo 40. De forma.

DIPUTADO NACIONAL ESTEBAN PAULÓN



Proyecto de ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

FUNDAMENTACIÓN

Sr. Presidente:

I. Introducción y propósito de la ley

El presente proyecto de ley tiene por objeto regular el derecho de toda persona a solicitar y recibir asistencia médica para morir (en adelante, AMM) en circunstancias definidas, estableciendo salvaguardas rigurosas que protejan la autonomía, garanticen la ausencia de presiones externas y aseguren la dignidad en el proceso de morir.

La regulación propuesta configura la AMM no como una mera excepción al régimen penal vigente, sino como una prestación sanitaria integrada al sistema de salud, con estándares de calidad, cobertura obligatoria y supervisión institucional. Este enfoque asegura el acceso igualitario y evita que el ejercicio de un derecho fundamental quede condicionado a la posición económica de la persona solicitante.

La ley reconoce que la decisión de solicitar AMM es una de las más íntimas que puede tomar un ser humano, y por ello el Estado debe tanto garantizar el acceso efectivo a esa opción como proteger al individuo de cualquier presión indebida, al tiempo que brinda cuidados paliativos integrales como alternativa real y siempre disponible.

II. Fundamentos filosóficos

La autonomía personal constituye el principio estructurante de esta ley. Sin embargo, la autonomía no se ejerce en el vacío: es una autonomía relacional, que se despliega en diálogo con el equipo de salud y los vínculos significativos del paciente, en reconocimiento del sufrimiento ajeno y compromiso con su alivio, constituyendo un principio operativo que legitima la intervención en situaciones límite. Este concepto, desarrollado por la bioética contemporánea, supera la visión atomista del individuo aislado y reconoce que las decisiones más profundas emergen de procesos intersubjetivos de deliberación.



Proyecto de ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

La dignidad humana es el segundo pilar. Una concepción robusta de dignidad no se limita a la protección externa de la persona frente a terceros, sino que incluye el derecho del propio sujeto a definir qué condiciones considera compatibles con una existencia digna. El sufrimiento intenso, crónico e intratable, así como la dependencia absoluta que la persona juzga incompatible con su integridad, constituyen formas de vulneración de la dignidad que el Estado no puede ignorar so pretexto de proteger la vida biológica.

La distinción entre existencia biológica y vida biográficamente significativa atraviesa este proyecto. La obligación estatal de proteger la vida no puede transformarse en una imposición de continuarla contra la voluntad libre y reflexiva de quien la vive. Confundir ambas dimensiones implica un paternalismo incompatible con los valores constitucionales de una república democrática.

III. Fundamentos jurídicos y constitucionales

La presente ley reconoce el derecho de toda persona a no ser obligada a sostener condiciones médicas que considere incompatibles con su dignidad, como extensión del derecho al consentimiento informado y al rechazo de tratamiento ya consagrados en la Ley 26.529 y en la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

El artículo 19 de la Constitución Nacional, en su interpretación más consolidada por la doctrina y la jurisprudencia, protege la esfera de las decisiones que solo incumben al propio individuo. La decisión sobre las condiciones de la propia muerte, cuando no afecta intereses legítimos de terceros, se encuentra dentro de ese ámbito reservado a la conciencia individual que el Estado no puede penetrar sin incurrir en paternalismo punitivo.

El bloque de constitucionalidad federal, integrado por los tratados de derechos humanos con jerarquía constitucional, refuerza este fundamento. El derecho a la vida digna —reconocido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la Convención Americana sobre Derechos Humanos y en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores— comprende tanto la protección frente a privaciones arbitrarias de la vida como el reconocimiento de condiciones



Proyecto de ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

de existencia compatibles con la dignidad. La prohibición de tratos crueles, inhumanos o degradantes se torna relevante cuando el Estado obliga a una persona a soportar sufrimientos que ella misma califica de intolerables.

El derecho al consentimiento informado y al rechazo de tratamientos, ya consolidado en la Ley 26.529 y reafirmado en el artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación, sienta el precedente normativo inmediato: si una persona puede rechazar tratamientos que le prolongan la vida, la regulación de la asistencia activa para morir representa una extensión lógica y coherente del mismo principio.

Además de ello, vale estarse a lo planteado en el fallo “Diez” dictado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el año 2015, donde se autorizó el retiro de las medidas de soporte vital, y en dicho marco se ha permitido construir una argumentación centrada en el respeto irrestricto por la voluntad del paciente. La CSJN precisó que los familiares no deciden en lugar del paciente ni por el paciente, sino que comunican su voluntad, consolidando así el principio de que la titularidad de las decisiones sobre el propio proceso de morir reside exclusivamente en la persona. La propia Corte aclaró que no se encontraba ante un caso de eutanasia, lo que pone de manifiesto que la regulación de la asistencia médica para morir que esta ley propone, constituye el paso normativo lógico y coherente en la dirección que la jurisprudencia ya había trazado, es decir, el pleno reconocimiento de la autonomía de la persona sobre las condiciones de su propia muerte.

IV. Derecho comparado

La regulación de la AMM cuenta con antecedentes consolidados en múltiples jurisdicciones democráticas. Los Países Bajos y Bélgica fueron pioneros en regularla a comienzos del siglo XXI, con marcos normativos que han demostrado ser operativamente viables y han mostrado que las salvaguardas diseñadas adecuadamente previenen los abusos que sus opositores temían. Canadá reguló la AMM a través del Medical Assistance in Dying (MAID) en 2016, con sucesivas expansiones legislativas que respondieron a demandas de acceso más amplio, incluyendo enfermedades mentales como condición



Proyecto de ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

elegible bajo criterios estrictos. España sancionó en 2021 la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia, siendo el primer país de habla hispana en regular la práctica de manera integral. Colombia reconoció el derecho a la eutanasia por vía jurisprudencial desde 1997 mediante la sentencia C-239 de la Corte Constitucional, y su regulación efectiva avanzó progresivamente a partir de 2015.

La experiencia comparada muestra convergencias relevantes: la exigencia de solicitudes reiteradas y reflexivas, la intervención de equipos interdisciplinarios, la consulta por un profesional independiente, la objeción de conciencia individual —pero no institucional, para evitar el bloqueo del acceso—, y la supervisión ex post por comisiones de control. Este proyecto incorpora esas lecciones y las adapta al sistema institucional argentino.

V. Situación normativa vigente en Argentina

Argentina cuenta con un marco jurídico que reconoce parcialmente el derecho a decidir sobre el propio proceso de morir. La Ley 26.529 de Derechos del Paciente consagra el derecho al consentimiento informado y al rechazo de tratamientos, incluidos aquellos que prolongan artificialmente la vida. La Ley 27.678 de Cuidados Paliativos establece el derecho al acceso a dichos cuidados. Sin embargo, ambas leyes dejan una brecha: no regulan la asistencia activa para morir a petición de la persona, que actualmente queda subsumida en los tipos penales de homicidio y auxilio al suicidio.

El resultado es una situación de desigualdad estructural: mientras quienes tienen recursos económicos pueden acceder informalmente a prácticas no reguladas, o viajar a países donde la AMM es legal, las personas sin esos recursos quedan sometidas a sufrimientos que ellas mismas califican de intolerables e incompatibles con su dignidad. La medicalización de la vida y del proceso de morir exige un abordaje pluralista, secular e interdisciplinario que permita comprender la complejidad ética, médica, social y subjetiva que atraviesa las decisiones vinculadas al final de la vida. Regularizar y garantizar el acceso



Proyecto de ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

a la AMM como prestación del sistema de salud es, en este sentido, también una medida de justicia social.

Este proyecto modifica las normas pertinentes del Código Penal, la Ley 26.529 y el Código Civil y Comercial para eliminar esa brecha y dotar de plena coherencia al ordenamiento jurídico.

VI. La propuesta: AMM como prestación sanitaria con salvaguardas rigurosas

El proyecto regula dos modalidades de AMM: la eutanasia (administración directa por el profesional de salud) y la muerte asistida (prescripción o provisión de sustancia letal que el propio paciente se autoadministra). Ambas quedan sujetas a los mismos requisitos, procedimientos y salvaguardas.

Los requisitos de acceso son: mayoría de edad (o plena capacidad a partir de los 16 años, conforme a la Ley 26.061 y el artículo 26 del Código Civil y Comercial), ciudadanía argentina o residencia permanente de al menos un año, y padecimiento de una enfermedad grave e incurable o un padecimiento crónico grave e imposibilitante que cause sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable.

El procedimiento incluye una doble evaluación médica (médico responsable y médico consultor independiente), acompañamiento por equipo interdisciplinario, y revisión por la Comisión de Evaluación y Garantías. La solicitud debe ser reiterada, con un plazo mínimo entre la primera y la segunda petición, salvo riesgo inminente de pérdida de capacidad o sufrimiento extremo debidamente certificado.

La AMM se integra como opción excepcional dentro del proceso de cuidados al final de la vida, garantizando previamente el acceso efectivo a cuidados paliativos integrales. La disponibilidad de cuidados paliativos de calidad no es una condición excluyente del acceso a la AMM —la persona puede legítimamente preferir la AMM aun habiendo recibido cuidados paliativos— sino una garantía de que la decisión no es adoptada por falta de alternativas.



Proyecto de ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

Las directivas anticipadas podrán incluir la solicitud de AMM, siempre que se cumplan los requisitos establecidos en la presente ley y exista verificación clínica y legal de que la situación corresponde a lo previsto en la directiva realizada por el paciente. Éstas constituyen un instrumento de gran eficacia, en ocasiones, para la adopción de decisiones médicas que pudieran lesionar el derecho a la integridad moral, entendido como el derecho de toda persona a recibir un trato acorde con su condición de ser humano libre y digno, a ver respetadas su personalidad y voluntad y a no ser rebajado o degradado a una condición inferior a la de persona.

VII. Respuesta a las principales objeciones

La objeción de la pendiente resbaladiza, que teme una ampliación progresiva e incontrolada de los criterios de elegibilidad, es respondida por la evidencia empírica de las jurisdicciones que regulan la AMM desde hace más de dos décadas: los sistemas con comisiones de control y reporte anual muestran estabilidad en los patrones de uso y ausencia de evidencia de presiones sistemáticas sobre poblaciones vulnerables. La clave es el diseño de salvaguardas robustas, no la prohibición total. El riesgo real no reside en la regulación sino, precisamente, en su ausencia. La ausencia de un marco normativo claro no evita que existan situaciones y decisiones complejas vinculadas al final de la vida, sino que dificulta su abordaje institucional, limita la transparencia y reduce las posibilidades de establecer criterios, procedimientos y garantías adecuados para todas las personas involucradas. Regular implica, en este sentido, generar mecanismos de control, acompañamiento y protección especialmente orientados a quienes se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad.

La objeción médica que sostiene que la AMM es incompatible con la ética del cuidado, no considera que la medicina tiene como fin el bienestar de la persona en su integralidad. Cuando los cuidados paliativos no logran aliviar el sufrimiento a un nivel que la persona considera tolerable, la asistencia para morir puede ser la expresión más plena del



Proyecto de ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

cuidado. El proyecto preserva la objeción de conciencia individual de los profesionales, pero prohíbe la objeción institucional para garantizar el acceso efectivo.

La objeción médica incurre en una confusión entre el fin de la medicina y la mera preservación biológica de la vida. Una medicina centrada en el/la paciente no puede definir su misión al margen de la experiencia subjetiva de quien padece. Cuando el sufrimiento es refractario, constante e intolerable, y el propio paciente así lo evalúa con pleno conocimiento de sus alternativas, negar la asistencia para morir no es un acto de cuidado sino su negación. La cantidad de vida no puede imponerse, sobre su calidad, contra la voluntad libre y reflexiva de quien la vive.

Cada ser humano es en principio, y a través del uso correcto de su libertad, propietario y responsable de su propia muerte. En un sentido estricto no hay más muerte que la propia y es legítimo decidir respecto a ella, siempre que esas decisiones no afecten directa o indirectamente a otros. La objeción religiosa, que considera la vida humana como un bien indisponible, expresa valores legítimos en el ámbito privado y confesional, pero no puede ser impuesta coactivamente en una sociedad pluralista y laica. El Estado argentino, conforme al artículo 14 y el artículo 19 de la Constitución Nacional, debe garantizar la libertad de conciencia también de quienes no comparten esas premisas metafísicas. Las normas que reconocen derechos habilitan su ejercicio para quienes así lo deciden, y no los imponen sobre quienes no los acompañan.

La objeción de la presión sobre grupos vulnerables —personas con discapacidad, personas en situación de pobreza, adultos mayores— es la más seria y merece atención específica. El proyecto responde con salvaguardas explícitas: evaluación de ausencia de presión externa en todos los casos, protocolos anti-coerción especiales para personas con discapacidad, acompañamiento garantizado por el sistema de cuidados, y prohibición de que la situación económica del paciente sea factor de presión o argumento en el proceso de evaluación.

La protección genuina de quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad no se alcanza negándoles derechos, sino garantizando las condiciones materiales,



Proyecto de ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

institucionales y relacionales para que puedan ejercerlos libremente. Un sistema de salud que acompaña, informa, ofrece cuidados paliativos de calidad y evalúa rigurosamente. La prohibición total los condena, indudablemente, a un sufrimiento que el Estado declara irremediable.

VIII. La necesidad de un abordaje plural con perspectiva de derechos

La presente iniciativa se inscribe en una perspectiva de derechos humanos que reconoce la autonomía, la dignidad y la libertad de las personas para adoptar decisiones sobre sus propios procesos de salud y sobre el modo en que desean transitar el proceso de fin de vida. En ese marco, los debates vinculados a la asistencia médica para morir requieren abordajes plurales e interdisciplinarios, capaces de contemplar la diversidad de experiencias, convicciones y situaciones de sufrimiento existentes en la sociedad argentina.

El desarrollo de los cuidados paliativos, los avances de la medicina contemporánea, la consolidación del paradigma de autonomía personal y las transformaciones en materia de derechos humanos plantean nuevos desafíos para el derecho y para las políticas públicas de salud. En ese contexto, resulta pertinente promover una discusión seria, informada y respetuosa sobre las decisiones vinculadas al proceso de morir y sobre el alcance de las garantías que el Estado debe ofrecer a las personas que atraviesan situaciones de sufrimiento irreversible.

Este proyecto constituye una propuesta legislativa orientada a contribuir a ese debate, tomando en consideración la experiencia comparada, los desarrollos de la bioética contemporánea, la evolución de los marcos regulatorios internacionales y el reconocimiento progresivo de los derechos de los pacientes en nuestro país.

El Congreso de la Nación, como ámbito representativo de la deliberación democrática, tiene la responsabilidad de abordar estas discusiones con sensibilidad, pluralismo y perspectiva de derechos, promoviendo la participación de profesionales de la



Proyecto de ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

salud, especialistas en bioética, organizaciones de pacientes, personas con discapacidad, universidades, sociedades científicas y distintos actores de la sociedad civil.

La regulación de la asistencia médica para morir requiere una mirada integral centrada en la autonomía, la dignidad, el cuidado y el acompañamiento de las personas, fortaleciendo al mismo tiempo el acceso universal a cuidados paliativos de calidad y a políticas públicas de salud basadas en la igualdad, la libertad y los derechos humanos.

Por los fundamentos expuestos, solicito a mis pares el acompañamiento del presente proyecto de ley.

DIPUTADO NACIONAL ESTEBAN PAULÓN