



Proyecto de Ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina sancionan con fuerza de ley...

“LEY DE ASISTENCIA EN EL FINAL DE LA VIDA”

CAPÍTULO I - CONSIDERACIONES GENERALES

Artículo 1. Objeto.

La presente ley regula el derecho a la muerte voluntaria médicamente asistida, a cuyo efecto se establece:

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

Artículo 2. Derechos de los/las pacientes.

Los/las pacientes, en el marco de la presente ley y sin perjuicio de los reconocidos por la normativa vigente, tienen derecho a:

- a) **Acceso a la información.** Los/las pacientes tienen derecho a recibir, y el personal de salud tiene la obligación de brindar, de manera oral y escrita toda la información que requieran sobre su salud y sobre las modalidades y métodos de la muerte voluntaria médicamente asistida, así como los alcances y consecuencias de las prácticas. Esta información debe ser actualizada, imparcial, completa, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y formatos accesibles. De ello deberá dejarse constancia en la Historia Clínica Electrónica (HCE).
- b) **Autonomía de la voluntad.** El personal de salud debe respetar las decisiones de los/las pacientes con respecto al ejercicio de sus derechos, las alternativas de tratamiento, cuidados y decisiones relativas a su salud, debiendo prevalecer su libre y autónoma voluntad.
- c) **Privacidad.** Toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener y transmitir información y documentación clínica del/de la paciente debe garantizar la construcción y preservación de un ambiente de confianza entre el personal de salud y el/la paciente, y observar el estricto respeto por su intimidad y dignidad humana.
- d) **Confidencialidad.** El personal de salud debe crear las condiciones para el resguardo de la confidencialidad y el secreto médico durante todo el proceso de atención y también con

posterioridad. Esto deberá ser garantizado ante las y los familiares y/o el entorno afectivo del/de la paciente, si así éste/a lo manifestara.

La violación del secreto será considerada falta grave y podrá dar lugar a la correspondiente denuncia penal y/o administrativa, según corresponda.

e) **Trato digno.** El personal de salud debe observar un trato digno, respetando la voluntad y las convicciones personales y morales del/de la paciente.

Artículo 3. Marco Normativo.

Las disposiciones de la presente ley se enmarcan en los principios y derechos consagrados por la Constitución Nacional, los pactos internacionales con jerarquía constitucional, la ley N° 26.529 (Derechos del Paciente), la ley N° 27.678 (Cuidados Paliativos), asegurando el derecho a morir con dignidad, a la autonomía personal, a la libertad, a la dignidad humana y a la intimidad.

Artículo 4. Modalidades de la MVMA.

A los efectos de lo previsto en esta ley, se entiende por muerte voluntaria médicamente asistida (MVMA) a las siguientes dos modalidades:

a) **Eutanasia:** Administración directa al/a la paciente de una sustancia que provoca la muerte, por parte de un/a profesional de la salud competente, en virtud del consentimiento libre, informado y reiterado del/de la paciente, expresado de manera personal e inequívoca y conforme a los requisitos establecidos en el Artículo 5° y a los procedimientos previstos en la presente ley.

b) **Suicidio asistido:** Prescripción o suministro al/a la paciente, por parte del/la profesional de la salud, de una sustancia letal para que pueda autoadministrársela con el fin de causar su propia muerte, en virtud del consentimiento libre, informado y reiterado del/de la paciente, expresado de manera personal e inequívoca y conforme a los requisitos establecidos en el Artículo 5° y a los procedimientos previstos en la presente ley.

Artículo 5. Requisitos.

Tiene derecho a acceder a la muerte voluntaria médicamente asistida aquella persona plenamente capaz, mayor de 18 años, de nacionalidad argentina o con residencia permanente en Argentina por un período no inferior a dos (2) años que, a causa de una enfermedad grave e incurable, de una lesión, o de un padecimiento crónico grave, progresivo e imposibilitante, esté sufriendo intensos dolores o padecimientos psíquicos, o una condición de gran dependencia y disminución de su integridad, que a juicio de la persona resulten indignos o intolerables.

CAPÍTULO II – PROCEDIMIENTO

Artículo 6. De la petición.

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

Esta petición debe ser formulada por escrito o por cualquier otro medio de manifestación de la voluntad de la persona que permita conocerla de manera fehaciente e inequívoca. Si no fuera por escrito, deberá ser realizada en presencia de dos testigos mayores de edad, capaces, quienes deberán identificarse y firmar el acta de solicitud, no presentar conflicto de interés respecto del/de la paciente ni verse potencialmente beneficiados o perjudicados, directa o indirectamente, por su

fallecimiento.

La petición será realizada ante el/la médico/a tratante, siendo quien está a cargo de la asistencia médica del/de la paciente y será su interlocutor principal.

El/la paciente deberá informar si ha declarado su voluntad en los términos del segundo párrafo del artículo 11° de la ley N° 26.529 y, en su caso, si ha designado representante en ese documento. El/la representante será el interlocutor válido para el/la médico/a tratante en caso de incapacidad sobreviniente del/de la paciente. A tal efecto, el/la paciente deberá aportar los datos de contacto e identificación para su carga inmediata en la Historia Clínica Electrónica (HCE).

Recibida la petición, el/la médico/a tratante deberá consultar el Registro Nacional de Directivas Anticipadas y Representantes Designados creado por el artículo 11° de la ley 26.529, conforme la modificación introducida por la presente ley, a los efectos de verificar la existencia de directivas anticipadas y representantes designados por el/la paciente.

Artículo 7. Directivas anticipadas.

Cuando el/la paciente conserve capacidad para consentir, pero presente imposibilidad de expresarse por medios convencionales, el equipo interdisciplinario deberá implementar los medios alternativos de comunicación necesarios —parpadeo, seguimiento ocular, tableros u otros sistemas validados— para que pueda manifestar su voluntad. La voluntad así expresada tendrá pleno valor jurídico, debiendo dejarse constancia detallada en la Historia Clínica Electrónica (HCE) del método utilizado, su validación clínica y la consistencia de las respuestas. Solo cuando la imposibilidad de comunicación resulte irreductible aun con dichos apoyos, o cuando exista falta de capacidad de consentir, procederá la aplicación de las directivas anticipadas conforme a los párrafos siguientes.

Cuando el/la paciente carezca de capacidad para consentir, o cuando la imposibilidad de comunicación resulte irreductible aun habiéndose implementado los apoyos previstos en el párrafo precedente, sólo procederá la práctica eutanásica si el/la paciente ha suscripto con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital o documentos equivalentes legalmente reconocidos, conforme a lo establecido en el artículo 11° de la ley 26.529, en cuyo caso la práctica se realizará acorde a lo previsto en dicho documento.

En los supuestos no contemplados en los párrafos precedentes y en ausencia de directivas anticipadas, no podrá aplicarse la presente ley.

En los supuestos de incapacidad sobreviniente, el/la médico/a tratante deberá constatar en la Historia Clínica Electrónica (HCE) la existencia del/de la representante designado conforme al artículo 11° de la ley 26.529, debiendo comunicarse de forma fehaciente e inmediata en un plazo no mayor de 24 horas. La omisión en la citación del/de la representante designado será considerada falta grave, sin perjuicio de las acciones administrativas y penales que correspondan.

Cuando existieren directivas anticipadas válidas pero el otorgante no hubiera designado representante, o cuando ninguno de los/las representantes designados pudiera actuar, la verificación de concordancia entre las circunstancias clínicas verificadas y los supuestos previstos en la declaración corresponderá a la comisión que tenga competencia territorial, creada por el artículo 20° de la presente ley, que deberá resolver mediante decisión fundada, en el plazo máximo de cinco (5) días corridos.

Artículo 8. Evaluación del médico tratante.

Una vez recibida la petición, el/la médico/a tratante, en el plazo de diez (10) días corridos contados desde la presentación del acta de solicitud prevista en el artículo 6°, deberá evaluar la situación de sufrimiento del/de la paciente, así como su condición médica, diagnóstico, pronóstico y diferentes opciones terapéuticas y/o paliativas, incluyendo la verificación clínica de su capacidad para comprender, valorar y decidir libremente respecto del procedimiento peticionado.

Durante el plazo mencionado, el/la médico/a tratante estará encargado de acompañar, contener e informar al/a la paciente en el proceso de maduración de la decisión junto con un equipo

interdisciplinario constituido especialmente para tal fin. Dicho equipo deberá incluir, además del/de la médico/a tratante, a un/a profesional del área psicológica y a todos los demás profesionales de la salud cuya intervención resulte pertinente conforme a las particularidades del caso, comprendiendo -según corresponda- a profesionales de medicina, asistencia social, terapia ocupacional y enfermería. La autoridad de aplicación garantizará la integración del equipo con la mayor amplitud posible conforme a la disponibilidad efectiva de profesionales.

No podrán ser integrantes de este equipo las personas que presenten conflictos de interés o que potencialmente pudieran verse beneficiados o perjudicados por la muerte del/de la paciente. Todos los informes realizados por los profesionales intervinientes deberán ser agregados a la Historia Clínica Electrónica (HCE).

Finalizada la etapa de evaluación, esta deberá ser transmitida al/a la paciente de manera verbal y por escrito. La versión escrita, a su vez, deberá ser firmada por el/la médico/a tratante y por el/la paciente si pudiera hacerlo, para luego ser incorporada a la Historia Clínica Electrónica (HCE) con la firma digital.

Artículo 9. Evaluación del médico o médica consultor/a.

Una vez realizada la evaluación por el/la médico/a tratante y de forma previa a la reiteración del consentimiento, deberá elevar el pedido a un médico/a especialista en la patología de base del/de la paciente, que deberá contar con la asistencia de profesionales de la psicología y/o psiquiatría para su evaluación, quien se constituirá en médico/a consultor/a.

El/la médico/a consultor/a estará a cargo de una segunda evaluación del caso, que deberá realizar en un plazo máximo de diez (10) días corridos, informando por escrito si la situación del/de la paciente lo habilita o no a acceder al procedimiento en los términos de la presente ley.

El/la médico/a consultor/a y sus profesionales asistentes deberán ser independientes tanto del equipo interdisciplinario como del/de la médico/a tratante, no pudiendo existir entre ellos relación de jerarquía o dependencia institucional directa. Los informes deberán ser realizados con total libertad y según su saber y entender y ser agregados a la Historia Clínica Electrónica (HCE) con firma digital.

Finalizada la etapa de evaluación por el/a médico/a consultor/a, esta deberá ser transmitida al paciente de manera verbal y por escrito. La versión escrita, a su vez, deberá ser firmada por el/la médico/a consultor/a y por el/la paciente si pudiera hacerlo, para luego ser incorporada a la Historia Clínica Electrónica (HCE) con la firma digital.

En caso de discrepancia entre el/la médico/a tratante y el/la médico/a consultor, se deberá dar intervención inmediata a la Comisión Jurisdiccional conforme lo dispuesto en el artículo 12° de la presente para su resolución.

Artículo 10. Reiteración de la voluntad y consentimiento informado.

Una vez realizada la evaluación por el/la médico/a tratante y por el/la médico/a consultor/a, después de recibir la información adecuada, el/la paciente deberá reiterar su decisión de acceder a la asistencia médica para morir, de forma libre, voluntaria y consciente, manifestada en pleno uso de sus facultades. Deberá entonces prestar consentimiento informado sobre su voluntad de acuerdo con la ley N° 26.529 y el artículo 59° del Código Civil y Comercial de la Nación, para que, a petición suya, tenga lugar la interrupción de su vida.

El consentimiento informado sólo podrá prestarse una vez transcurrido un plazo mínimo de quince (15) días corridos contados desde la presentación de la petición prevista en el artículo 6°, pudiendo extenderse dicho plazo a solicitud del paciente, salvo que exista riesgo cierto e inminente de pérdida de capacidad del paciente debidamente certificado y fundado por el/la médico/a tratante corroborado por el/la médico/a consultor/a.

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

El equipo interdisciplinario deberá dejar constancia expresa en la Historia Clínica Electrónica (HCE) de que la decisión del paciente ha sido adoptada sin coerción externa, presión indebida ni condicionamientos económicos, familiares o institucionales.

Artículo 11. Realización de la práctica.

En el caso de que tanto el/la médico/a tratante como el/la médico/a consultor/a coincidieran en la pertinencia de la petición, la práctica se realizará conforme a las modalidades previstas en el artículo 4° de la presente ley, en la fecha que determine el paciente mediante ratificación expresa de su voluntad. La ratificación deberá constar en la Historia Clínica Electrónica (HCE).

Cumplido el requisito del artículo 10° y si el/la paciente se encontrare imposibilitado de manifestar su voluntad para la fijación de la fecha de realización de la práctica, la misma deberá programarse dentro de un plazo que no podrá ser inferior a cinco (5) días ni superior a veinte (20) días desde la confirmación del cumplimiento de los requisitos previstos en la presente ley, salvo que el/la paciente hubiera dispuesto otra cosa en sus directivas anticipadas.

Dentro de los plazos fijados en el párrafo precedente, la determinación de la fecha corresponderá, en primer lugar, a lo expresamente dispuesto por el otorgante en sus directivas anticipadas; en su defecto, al representante designado en ellas; y en defecto de ambos, al/a la médico/a tratante conforme al procedimiento establecido en la presente ley y su reglamentación, dando preferencia a la fecha más próxima dentro del plazo de cinco (5) a veinte (20) días previsto en el párrafo anterior. La fijación de fecha no implica sustitución del consentimiento.

Artículo 12. Elevación a la Comisión Jurisdiccional para la Asistencia en el Final de la Vida.

En el caso de que el/la médico/a tratante y el/la médico/a consultor/a coincidieran en rechazar la petición, o se manifestaran disidencias entre ambos, la petición deberá ser elevada dentro del plazo de veinticuatro (24) horas junto con la Historia Clínica Electrónica (HCE) a la Comisión Jurisdiccional para la Asistencia en el Final de la Vida correspondiente para que ésta se expida aprobando o rechazándola en el plazo máximo de diez (10) días corridos.

Artículo 13. Elevación a la Comisión Nacional para la Asistencia en el Final de la Vida.

En el caso de que la Comisión Jurisdiccional correspondiente rechazara la petición, deberá ser elevada con todos los antecedentes dentro del plazo de 24 horas a la Comisión Nacional para la Asistencia en el Final de la Vida para que revise el caso y se expida aprobando o rechazándola en el plazo máximo de quince (15) días corridos. Si la Comisión Jurisdiccional no lo hiciera, el/la paciente o para el caso de incapacidad para consentir o expresar consentimiento, su representante designado en el caso de existir directivas anticipadas podrá recurrir directamente a la Comisión Nacional para solicitar la revisión de su caso.

Artículo 14. Recurso judicial.

En el caso de que la petición sea negada y/o hubiere silencio y/o retardo en las distintas instancias aquí previstas, el/la paciente o para el caso de incapacidad para consentir o expresar consentimiento, su representante designado en el caso de existir directivas anticipadas, tendrá derecho a una acción judicial por la vía más rápida que se prevea en protección de los derechos que le asisten por esta ley.

Artículo 15. Certificado de Defunción.

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

CAPÍTULO III – DEBERES DEL PERSONAL DE SALUD

Artículo 16. Deberes del personal de salud.

El personal de salud deberá respetar los derechos y garantías del/de la paciente en el ejercicio de

la presente ley. El incumplimiento de tales deberes será considerado falta grave y podrá dar lugar a la correspondiente denuncia administrativa y/o penal, según corresponda.

CAPÍTULO IV - COMISIÓN NACIONAL Y COMISIONES JURISDICCIONALES PARA LA ASISTENCIA EN EL FINAL DE LA VIDA

Artículo 17. Comisión Nacional para la Asistencia en el Final de la Vida.

Créase, en el ámbito de la autoridad de aplicación de la presente ley, la Comisión Nacional para la Asistencia en el Final de la Vida, que estará integrada por:

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

Las personas que invoquen objeción de conciencia, en lo que respecta a la muerte voluntaria médicamente asistida no podrán ser nominados/as para integrar la Comisión Nacional para la Asistencia en el Final de la Vida.

Artículo 18. Régimen Común de Selección y Permanencia.

Los integrantes de la Comisión Nacional y de las Comisiones Jurisdiccionales, independientemente de su disciplina profesional, deberán cumplir con los siguientes requisitos y condiciones:

- a) Selección:** Serán seleccionados por la autoridad de aplicación mediante concurso público de oposición y antecedentes, basado estrictamente en criterios de idoneidad técnica y trayectoria académica.
- b) Antigüedad:** Deberán acreditar una matrícula activa y un ejercicio profesional efectivo en sus respectivas disciplinas no inferior a veinte (20) años.
- c) Duración y Renovación:** El mandato será de cuatro (4) años, pudiendo ser renovado por un único período consecutivo de cuatro (4) años adicionales, previa evaluación por parte de la autoridad de aplicación de su desempeño técnico. Cumplido el ciclo total de ocho (8) años, la vacante será sometida a un nuevo concurso público.
- d) Incompatibilidades:** El ejercicio del cargo es incompatible con funciones de dirección gremial o sindical, y con cualquier interés comercial en entidades prestadoras de salud que genere conflicto de intereses.

Artículo 19. Funciones.

La Comisión Nacional para la Asistencia en el Final de la Vida tiene las siguientes funciones:

- a) Resolver en el plazo máximo de quince (15) días corridos, las peticiones de revisión que formulen las personas a las que las Comisiones Jurisdiccionales hayan denegado su petición de prestación de la muerte voluntaria médicamente asistida.
- b) Formular las denuncias penales correspondientes ante el Ministerio Público Fiscal y/o el juzgado penal de turno cuando, en el ejercicio de las funciones de revisión y supervisión, se detectaren incumplimientos de los requisitos previstos en la presente ley.
- c) Resolver inquietudes que puedan surgir durante la aplicación de la ley, sirviendo de órgano consultivo de las Comisiones Jurisdiccionales.
- d) Crear y administrar un archivo para el registro de todos los casos de prestación de muerte

voluntaria médicamente asistida reportados por las Comisiones Jurisdiccionales.

- e) Elaborar un informe anual, sobre la aplicación de la presente ley y las recomendaciones de reformas legislativas y administrativas que fueren necesarias para su mejor implementación, en base al informe enviado por las jurisdicciones. Dicho informe será remitido al Consejo Federal de Salud y a la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Cámara de Diputados y a la Comisión de Salud del Senado de la Nación;
- f) Reunir periódicamente a los representantes de las Comisiones jurisdiccionales para homologar criterios en la práctica de la muerte voluntaria médicamente asistida;
- g) Elaborar un manual de buenas prácticas que sirva para orientar la correcta implementación de la presente ley;
- h) Ofrecer formación continua sobre la muerte voluntaria médicamente asistida, contemplando tanto aspectos técnicos como legales.
- i) Realizar informes estadísticos.
- j) Dictar su reglamento interno.

En todo momento se mantendrá la confidencialidad, estando prohibido hacer referencias a identificación de pacientes en particular cuando se trate de informes públicos.

Artículo 20. Comisiones Jurisdiccionales para la Asistencia en el Final de la Vida.

La autoridad de aplicación de la presente ley coordinará con las autoridades de las jurisdicciones provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la creación de Comisiones Jurisdiccionales para la Asistencia en el Final de la Vida, con el propósito de garantizar el cumplimiento de las disposiciones de la presente ley.

Los/las integrantes de la Comisiones Jurisdiccionales serán designados/as por los respectivos ministerios de salud, en base a sus conocimientos y experiencia en la materia, previo concurso público y conforme lo dispuesto en el artículo 18. Deberá respetarse la siguiente composición:

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

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

Artículo 21. Funciones.

Las Comisiones Jurisdiccionales para la Asistencia en el Final de la Vida tienen las siguientes funciones:

- a) Resolver en el plazo máximo de diez (10) días corridos, las peticiones de revisión de la muerte voluntaria médicamente asistida, tanto en los casos en los que exista disidencia entre el/la médico/a tratante y el/la médico/a consultor/a, como en aquellos casos donde ambos hayan denegado la misma.
- b) Verificar la adecuación en el plazo máximo de dos (2) meses si la prestación de muerte voluntaria médicamente asistida se ha realizado de acuerdo con los procedimientos previstos en la ley. Si se determina que se ha incumplido uno o más criterios de la presente ley, está legalmente obligada a informar sus conclusiones y hacer la denuncia respectiva ante el Ministerio Público Fiscal y/o al juzgado penal de turno.
- c) Resolver dudas que puedan surgir durante la aplicación de la ley, sirviendo de órgano consultivo en su ámbito jurisdiccional.

- d) Crear y administrar un archivo jurisdiccional para el registro de todos los casos de prestación de muerte voluntaria médicamente asistida y remitir dicha información a la Comisión Nacional, con el resguardo de confidencialidad de datos personales (ley N° 25.326).
- e) Elaborar un informe anual sobre la aplicación de la presente ley y remitirlo a la Comisión Nacional, recomendando, de ser necesario, reformas legislativas y administrativas que puedan mejorar la implementación de la presente ley.
- f) Realizar informes estadísticos.
- g) Dictar su reglamento interno.

En todo momento se mantendrá la confidencialidad, estando prohibido hacer referencias a identificación de pacientes en particular cuando se trate de informes públicos.

Artículo 22. Revocación.

El/la peticionante de la prestación de la muerte voluntaria médicamente asistida podrá revocar su solicitud en cualquier momento, incorporándose su decisión en la Historia Clínica Electrónica (HCE). Asimismo, podrá pedir el aplazamiento de la muerte voluntaria médicamente asistida. El cambio o postergación de la decisión no tendrá efectos legales para una eventual petición posterior.

CAPÍTULO V - DE LOS PROFESIONALES Y EFECTORES DE SALUD

Artículo 23. Registro médico.

Todo/a profesional que, en los términos de la presente ley, haya prestado asistencia a una muerte voluntaria médicamente asistida, estará obligado a elevar la Historia Clínica Electrónica (HCE) a la Comisión Jurisdiccional que corresponda dentro de los siguientes cinco (5) días hábiles posteriores al deceso del paciente. En la misma se deberán incorporar:

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

La documentación incorporada a la Historia Clínica Electrónica (HCE), suscripta con firma digital, tendrá plena validez jurídica y eficacia probatoria, en los términos de la normativa vigente.

Las Comisiones Jurisdiccionales tienen la obligación, una vez recibida la Historia Clínica Electrónica (HCE), de confeccionar el Registro Médico pertinente y elevarlo a su vez a la Comisión Nacional.

Artículo 24. Objeción de conciencia.

El/la profesional de salud que deba intervenir de manera directa en la muerte voluntaria médicamente asistida tiene el derecho individual a ejercer la objeción de conciencia. A los fines del ejercicio, deberá:

- a) Mantener su decisión en todos los ámbitos, público, privado o de la seguridad social, en los que ejerza su profesión;
- b) Derivar de buena fe al/a la paciente para que sea atendido/a por otro/a profesional en forma adecuada y oportuna, sin dilaciones;
- c) Cumplir con el resto de sus deberes profesionales y obligaciones jurídicas;

Artículo 25. Obligaciones de los establecimientos de salud.

La objeción de conciencia es exclusivamente individual y no podrá ser invocada por instituciones. Aquellos efectores de salud del subsector privado o de la seguridad social que no cuenten con profesionales dispuestos a llevar adelante la muerte voluntaria médicamente asistida, a causa del ejercicio individual del derecho de objeción de conciencia de conformidad con el artículo anterior, deberán prever y disponer la derivación a un efector que esté dispuesto a realizar la prestación y que garantice condiciones de atención y niveles de complejidad equivalentes a los del establecimiento en el que la persona se encontraba asistida. En todos los casos se debe garantizar la realización de la práctica conforme a las previsiones de la presente ley. Las gestiones y costos asociados a la derivación y el traslado del/de la paciente quedarán a cargo del efector que realice la derivación.

Artículo 26. No punibilidad.

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

Artículo 27. Cobertura y calidad de las prestaciones.

El sector público de la salud, las obras sociales enmarcadas en la ley N° 23.660 y en la ley N° 23.661, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados creado por la Ley N° 19.032, las entidades y agentes de salud comprendidos en la ley N° 26.682, de marco regulatorio de medicina prepaga, las entidades que brinden atención dentro de la reglamentación del decreto N° 1.993/11, las obras sociales de las fuerzas armadas y de seguridad, las obras sociales del Poder Legislativo, del Poder Judicial, las comprendidas en la ley N° 24.741, de obras sociales universitarias, todos aquellos agentes, organizaciones y en general todos los efectores y financiadores de los subsectores público, de la seguridad social y privado que brinden servicios médico-asistenciales a las personas afiliadas o beneficiarias, independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar la cobertura integral y gratuita de la muerte voluntaria médicamente asistida prevista en la presente Ley. Estas prestaciones quedan incluidas en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en el Programa Médico Obligatorio (PMO) con cobertura total.

Artículo 28. Consideración legal de la muerte.

La muerte como consecuencia de la prestación de la muerte voluntaria médicamente asistida (MVMA) tendrá la consideración de muerte natural a todos los efectos legales, civiles, previsionales y contractuales.

Artículo 29. Historia Clínica Electrónica (HCE)

Todas las historias clínicas comprendidas en la presente ley deberán instrumentarse en el formato previsto por la ley N° 27.706, su Decreto Reglamentario N° 393/2023, y las normas complementarias o sustitutivas que en el futuro se dicten.

1. Los documentos suscritos en soporte papel en presencia del profesional interviniente debidamente habilitado conforme a la presente ley deberán digitalizarse e incorporarse a la Historia Clínica Electrónica (HCE) mediante certificación efectuada con firma digital por dicho profesional, quien dejará constancia bajo su responsabilidad de:

- a) la autenticidad del acto y de las firmas obrantes en el documento original;
- b) la identidad del paciente al momento de su suscripción;
- c) la correspondencia fiel e íntegra entre el documento físico y su reproducción digital.

2. Los documentos emitidos por terceros o aportados por el/la paciente o su entorno serán incorporados a la Historia Clínica Electrónica (HCE) con firma digital por el/la profesional interviniente, dejándose constancia de su recepción, origen declarado, fecha y correspondencia fiel

con el soporte recibido, sin implicar certificación sobre la veracidad material de su contenido.

Los documentos originales en soporte papel vinculados a la presente ley que se hayan digitalizado e incorporado a la misma, deberán conservarse bajo resguardo por un plazo no inferior a diez (10) años en el Registro de la Comisión Nacional para la Asistencia en el Final de la Vida. La digitalización de los documentos en soporte papel deberá resguardar los principios enunciados en la ley N° 27.706. En ningún caso desde el inicio del procedimiento se admitirá la instrumentación de la historia clínica en soporte papel.

Tampoco se admitirá la incorporación posterior a la realización de la práctica de documentos, actos o constancias que, conforme al procedimiento establecido en la presente ley, debieron ser registrados con anterioridad, sin perjuicio de la incorporación de aquellos documentos generados con posterioridad al deceso en cumplimiento de obligaciones legales, administrativas o de control.

El incumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo constituirá falta grave y dará lugar a la instrucción de las actuaciones administrativas correspondientes y, en su caso, a la denuncia penal ante el Ministerio Público Fiscal. Se considerarán especialmente comprendidas en dicho incumplimiento la omisión, alteración o incorporación indebida de información en la Historia Clínica Electrónica (HCE).

Artículo 30. Registro Nacional de Efectores de Salud para la Asistencia en el Final de la Vida.

Créase, en el ámbito de la autoridad de aplicación de la presente ley, el Registro Nacional de Efectores de Salud para la Asistencia en el Final de la Vida, en el cual se inscribirán los efectores públicos, de la seguridad social y privados que reúnan la totalidad de los requisitos técnicos, profesionales y de infraestructura previstos en la presente ley para la realización del procedimiento, incluida la Historia Clínica Electrónica (HCE) plenamente operativa conforme a la ley N° 27.706 y su decreto reglamentario N° 393/2023.

El Registro tendrá carácter público y será accesible a través de los medios digitales que disponga la autoridad de aplicación. Su consulta es obligatoria para los profesionales y efectores que deban derivar al paciente a otro establecimiento conforme al artículo 25° o a la disposición transitoria del artículo 39° de la presente ley.

La inscripción en el Registro es obligatoria para todo efector que realice prácticas previstas en la presente ley y deberá ser actualizada periódicamente conforme la reglamentación. La autoridad de aplicación coordinará con las jurisdicciones provinciales y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la inscripción de los efectores de sus respectivos sistemas sanitarios.

La Comisión Nacional para la Asistencia en el Final de la Vida supervisará el funcionamiento del Registro y podrá observar las inscripciones que no reúnan los requisitos previstos en la presente ley o disponer la baja de efectores que dejen de cumplir las condiciones exigidas.

CAPÍTULO VI - DISPOSICIONES LEGALES MODIFICADAS

Artículo 31. Modificación artículo 60 ° del Código Civil y Comercial de la Nación.

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

“Artículo 60: Directivas médicas anticipadas. La persona plenamente capaz puede anticipar directivas y conferir mandato respecto de su salud, incluyendo la eventualidad de prácticas

eutanásicas, las que deberán cumplir con las formas determinadas en la ley especial, en previsión de su propia incapacidad. Puede también designar a la persona o personas que han de expresar el consentimiento para los actos médicos y para ejercer su curatela.

La realización de prácticas eutanásicas solo podrá fundarse en la voluntad expresa o anticipada del propio paciente. A sus efectos podrá designar a una o más personas como representantes para que lleven adelante las directivas en caso de que el paciente se encuentre imposibilitado de manifestar su voluntad.

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

Artículo 32. Modificación artículo 11° de la Ley N° 26.529.

Modifíquese el Artículo 11 de la ley 26.529 (sustituido por el Artículo 6 de la ley 26.742), el que quedará redactado de la siguiente manera:

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

La declaración de voluntad, incluidas las prácticas eutanásicas, debe formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.

La/s persona/s designada/s representante/s para la práctica eutanásica pueden actuar solo en orden cronológico ante la ausencia, negativa en la aceptación del mandato, revocación, pérdida de capacidad o fallecimiento del que le precede. El representante actuante es el único intérprete de la voluntad consignada en las directivas anticipadas del paciente, sin poder sustituirla, modificarla ni ampliarla.

No podrán ser designados representantes quienes tengan interés patrimonial directo o indirecto en el fallecimiento o supervivencia del otorgante, ni los profesionales intervinientes en su atención médica.

En las prácticas eutanásicas, el otorgante debe precisar con suficiente determinación los supuestos clínicos previstos.

La designación del representante podrá efectuarse en el mismo acto de otorgamiento de las directivas o por acto separado posterior, con la misma forma solemne y con remisión expresa e inequívoca a la directiva sobre la cual opera.

Las directivas anticipadas en materia de prácticas eutanásicas se circunscriben a la modalidad de eutanasia prevista en el artículo 3 inciso a) de la Ley de Asistencia en el Final de la Vida, no resultando aplicables al suicidio asistido por requerir éste la autoadministración por parte del paciente.

Registro Nacional de Directivas Anticipadas y Representantes Designados: *Créase el Registro Nacional de Directivas Anticipadas y Representantes Designados, en el ámbito de la autoridad de aplicación de la Ley de Asistencia en el Final de la Vida, en el que se inscribirán las declaraciones de voluntad otorgadas conforme al presente artículo y la designación de sus representantes. La inscripción tendrá efectos declarativos y de oponibilidad frente a terceros, y su consulta será obligatoria para los profesionales y efectores intervinientes en los procedimientos previstos en la ley especial.*

Invitase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir y a establecer registros locales interconectados con el Registro Nacional. La reglamentación establecerá los procedimientos de inscripción, consulta, actualización y resguardo de la confidencialidad, la inviolabilidad de los datos personales, la prohibición de la cesión, todo ello conforme a la ley 25.326.”

Artículo 33. Incorpórese el Artículo 83 bis al Código Penal de la Nación Argentina.

Incorpórese el artículo 83° bis al Código Penal de la Nación Argentina, el que quedará redactado de la siguiente manera:

“Artículo 83° bis - No es delito la asistencia médica al suicidio ni la muerte causada como consecuencia de la realización de prácticas eutanásicas cuando se cuente con el consentimiento libre e informado del paciente que esté sufriendo una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, de conformidad con los requisitos y el procedimiento establecido por la Ley de Asistencia en el Final de la Vida.”

La atipicidad alcanza tanto las conductas previstas en el presente artículo como las previstas en el artículo 79 de este Código cuando se realicen conforme a los requisitos y procedimientos establecidos por la Ley de Asistencia en el Final de la Vida.”

Artículo 34. Incorpórese el Artículo 83° ter al Código Penal de la Nación Argentina.

Incorpórese el Artículo 83° ter al Código Penal de la Nación Argentina, el que quedará redactado de la siguiente manera:

“Artículo 83 ter- Será reprimido con prisión de tres (3) meses a un (1) año e inhabilitación especial por el doble del tiempo de la condena, el funcionario público o la autoridad del establecimiento de salud, profesional, efector o personal de salud que, maliciosamente, arbitrariamente o sin causa médica, legal o administrativa debidamente fundada, dilatare, obstaculizare o se negare, en contravención de la normativa vigente, a realizar las prácticas previstas en la Ley de Asistencia en el Final de la Vida.”

Artículo 35. Exenciones impositivas

Todos los trámites, actuaciones administrativas o judiciales, incidentes y requerimientos de documentación, informes, ante organismos públicos o privados vinculados a la aplicación de la presente ley estarán exentos del pago de tasas, impuestos, sellados, contribuciones o cualquier otro gravamen, en el ámbito de la jurisdicción nacional, invitándose a las provincias y a la CABA a adherir y disponer igual exención en sus respectivas jurisdicciones.

Artículo 36. Autoridad de aplicación.

El Poder Ejecutivo determinará la autoridad de aplicación de la presente ley.

Artículo 37. Financiamiento.

El Poder Ejecutivo Nacional deberá prever las partidas presupuestarias necesarias para garantizar la implementación efectiva de la presente ley. Los gastos que demande su cumplimiento serán atendidos con los créditos asignados a la autoridad de aplicación en el Presupuesto General de la Administración Nacional, sin perjuicio de las adecuaciones, reasignaciones o ampliaciones presupuestarias que resulten necesarias para asegurar su implementación inmediata y progresiva conforme a los plazos previstos en la presente ley.

Artículo 38. Orden público.

Las disposiciones de la presente ley son de orden público y de aplicación obligatoria en todo territorio de la República Argentina.

CAPITULO VII — DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 39. Garantía de acceso en el sector público provincial durante la implementación de la Historia Clínica Electrónica (HCE).

Hasta tanto la totalidad de las jurisdicciones provinciales y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuenten con la Historia Clínica Electrónica (HCE) plenamente operativa conforme a la ley N° 27.706 y su Decreto Reglamentario N° 393/2023 y modificatorios, aquellas jurisdicciones cuyos efectores públicos no dispongan de la infraestructura técnica necesaria deberán garantizar el acceso del paciente al procedimiento previsto en la presente ley mediante convenio con la autoridad sanitaria nacional o con otra jurisdicción provincial que cuente con efectores habilitados.

La derivación se realizará sin dilaciones, con cobertura integral del traslado, la atención médica y los costos asociados a cargo de la jurisdicción de origen del paciente, en el marco de los convenios de cooperación federal previstos en la ley N° 27.706.

La autoridad de aplicación nacional organizará el Registro Nacional de Efectores de Salud creado por el artículo 30° de la presente ley para identificar a los efectores públicos con capacidad técnica plena para la realización de las prestaciones previstas en la presente ley, accesible a las personas peticionantes, a los profesionales intervinientes y a las autoridades sanitarias provinciales.

La presente disposición perderá vigencia respecto de cada jurisdicción a partir del momento en que ésta acredite ante la autoridad de aplicación nacional la implementación plena de la Historia Clínica Electrónica (HCE) en al menos un efector público por región sanitaria conforme a la ley N° 27.706.

Artículo 40. Asistencia técnica federal para la implementación.

La autoridad de aplicación nacional, en el marco de la ley N° 27.706 y de los convenios de cooperación federal vigentes, brindará asistencia técnica y, dentro de las disponibilidades presupuestarias, podrá contribuir al financiamiento de la infraestructura necesaria para la implementación de la Historia Clínica Electrónica (HCE) en las jurisdicciones provinciales que adhieran a la presente ley.

Las jurisdicciones que adhieran deberán garantizar la implementación operativa de la Historia Clínica Electrónica (HCE) en al menos un efector público por región sanitaria en un plazo no superior a doce (12) meses contados desde la entrada en vigor de la presente ley o desde el momento de su adhesión, lo que ocurra después.

Artículo 41. Continuidad jurídica de las directivas anticipadas otorgadas con anterioridad.

Las directivas anticipadas formalizadas con anterioridad a la entrada en vigor de la presente ley conservarán plena validez en cuanto cumplan los requisitos de fondo y forma exigidos por la legislación entonces aplicable. La inscripción en el Registro Nacional creado por el artículo 30° será obligatoria para su oponibilidad frente a terceros a partir de los noventa (90) días de la entrada en operatividad del Registro, y podrá ser realizada a pedido del otorgante, de su representante designado o de oficio por la autoridad de aplicación.

Artículo 42. Reglamentación.

La presente ley se reglamentará dentro de ciento veinte (120) días a partir de su promulgación.

Artículo 43. Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Diputado Nicolás A. Trotta.-
Diputada María Jimena López.-
Diputado José Glinski.-

FUNDAMENTOS

Señor Presidente:

El presente proyecto de ley tiene por objeto regular, bajo condiciones estrictas, excepcionales y plenamente garantistas, el derecho de toda persona a solicitar y acceder a la muerte voluntaria médicamente asistida (MVMA) cuando atraviere una situación clínica grave e irreversible que le produzca un sufrimiento intolerable, y cuando dicha decisión haya sido adoptada de forma libre, informada, consciente y autónoma.

La regulación de la muerte voluntaria médicamente asistida (MVMA) constituye, probablemente, uno de los debates más complejos, sensibles y persistentes del derecho contemporáneo. No se trata únicamente de una cuestión jurídica ni exclusivamente médica, sino de un problema que se sitúa en la intersección entre la filosofía, la ética, la cultura, la religión y la experiencia humana más profunda: el modo en que las personas enfrentan el final de su vida.

La muerte, lejos de ser un mero acontecimiento biológico, es un fenómeno cargado de significación simbólica, cultural y existencial. Tal como ha sido señalado en la doctrina nacional, su sentido no se agota en el dato objetivo del cese de funciones vitales, sino que se construye socialmente a partir de cosmovisiones diversas, atravesadas por creencias, valores y experiencias colectivas.

Sin embargo, el modo en que las sociedades contemporáneas han abordado el morir ha sufrido una transformación profunda. La progresiva medicalización de la vida y de la muerte ha desplazado el proceso del morir desde el ámbito íntimo, familiar y comunitario hacia espacios institucionales altamente tecnificados, donde la decisión sobre el final de la vida tiende a ser capturada por lógicas ajenas a la voluntad del paciente. En este contexto, se ha desarrollado lo que la doctrina ha denominado “encarnizamiento pseudoterapéutico”: la persistencia en la aplicación de medidas médicas desproporcionadas, carentes de utilidad terapéutica real, que prolongan biológicamente la vida a costa de intensificar el sufrimiento y vaciar de contenido humano la experiencia del morir.

Este fenómeno no es meramente médico, sino también jurídico. La creciente judicialización de las decisiones en los finales de la vida ha trasladado conflictos profundamente personales al ámbito de los tribunales, generando intervenciones que, aun bien intencionadas, muchas veces terminan agravando el sufrimiento de quienes se encuentran en situaciones de extrema vulnerabilidad. La muerte digna ha dejado de ser un asunto estrictamente personal para convertirse en un problema jurídico que exige respuestas normativas claras, previsibles y respetuosas de la autonomía individual.

En este escenario, el derecho argentino ha avanzado en el reconocimiento de la autonomía del paciente, especialmente a partir de la Ley N° 26.529 y su modificación por la Ley N° 26.742, que consagraron el derecho a rechazar tratamientos médicos, incluso cuando ello implique la propia muerte. Este reconocimiento fue acompañado y consolidado por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, que ha afirmado de manera reiterada que las decisiones sobre el propio cuerpo y sobre los tratamientos médicos se inscriben dentro del ámbito de libertad protegido por el artículo 19° de la Constitución Nacional.

En precedentes como “Bahamondez”, “Albarracini Nieves” y, especialmente, “D., M.A.”, el Máximo Tribunal ha desarrollado una doctrina consistente en torno a la autonomía personal, el consentimiento informado y el derecho a rechazar intervenciones médicas. En dichos casos, la Corte ha sostenido que ninguna autoridad puede sustituir la voluntad de una persona competente en lo que respecta a decisiones íntimas sobre su propio cuerpo, siempre que no se afecten derechos de terceros.

El fallo “D., M.A.” reviste particular relevancia en esta materia, no solo por su resolución concreta, sino por la profundidad de sus fundamentos. En él, se aborda de manera directa la relación entre dignidad, autonomía y final de la vida, reconociendo que el derecho a rechazar tratamientos no puede quedar supeditado a una autorización judicial previa cuando se cumplen los requisitos legales, y que la intervención judicial debe reservarse como última ratio, evitando la innecesaria

judicialización de decisiones que pertenecen al ámbito personalísimo del individuo.

A partir de esta línea jurisprudencial, el derecho argentino ha consolidado un principio fundamental: la vida, si bien es un valor central del ordenamiento jurídico, no puede ser entendida como una obligación absoluta que deba ser impuesta coactivamente al individuo en contra de su voluntad. La protección de la vida no puede traducirse en la negación de la autonomía personal, ni en la imposición de tratamientos que el propio paciente considera incompatibles con su dignidad.

Es en este punto donde emerge el núcleo del debate filosófico. A lo largo de la historia, han coexistido distintas concepciones acerca del valor de la vida humana. Algunas corrientes sostienen que la vida es un bien indisponible, cuya preservación debe ser garantizada en toda circunstancia, con independencia de la voluntad del individuo. Otras, en cambio, reconocen que la dignidad humana implica la capacidad de cada persona para decidir sobre su propia existencia, incluyendo, en situaciones extremas, el modo en que desea transitar el final de su vida.

El presente proyecto no pretende resolver definitivamente este conflicto filosófico. Por el contrario, parte de su reconocimiento. En una sociedad democrática, plural y constitucional, no corresponde al Estado imponer una única concepción moral sobre el valor de la vida, sino garantizar un marco normativo que permita la coexistencia de distintas cosmovisiones, respetando la libertad de conciencia de cada individuo.

Este principio de pluralismo se encuentra en la base de las transformaciones jurídicas que han tenido lugar en diversos países en materia de muerte voluntaria médicamente asistida (MVMA). Tal como se observa en la experiencia española, la regulación de estas prácticas ha sido posible en el contexto de sociedades que han avanzado en procesos de secularización, reconocimiento del pluralismo y expansión del principio de autonomía de la voluntad, rechazando la imposición de una concepción única del bien.

Las resistencias a estas regulaciones no han desaparecido, y continúan expresándose tanto en el ámbito social como en el profesional y religioso. Entre ellas, se destacan las observaciones fundadas en la idea de que la vida humana no es disponible, que el individuo no es dueño de su existencia y que la intervención médica destinada a provocar la muerte resulta incompatible con la ética profesional. Estas discrepancias, lejos de ser ignoradas, deben ser consideradas y respetadas dentro del diseño normativo, lo que se traduce en el reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia individual.

Sin embargo, el respeto por estas posiciones no puede implicar la negación de derechos a quienes sostienen convicciones distintas. La función del derecho en este ámbito no es imponer una moral, sino garantizar condiciones de libertad bajo reglas claras, evitando tanto el abandono del paciente como la imposición de tratamientos no deseados.

En este sentido, el proyecto se inscribe en la evolución del derecho sanitario contemporáneo, que ha transitado desde un modelo paternalista, centrado en la autoridad del médico, hacia un modelo basado en la autonomía del paciente y el consentimiento informado. Este cambio de paradigma reconoce a la persona como sujeto activo de decisiones, incluso en situaciones de extrema vulnerabilidad.

La muerte voluntaria médicamente asistida (MVMA) se presenta, en este contexto, como una extensión de ese principio de autonomía. No se trata de sustituir los cuidados paliativos ni de ofrecer una respuesta simplificada al sufrimiento, sino de reconocer que existen situaciones en las que, aun con la mejor atención disponible, el paciente puede considerar que su vida ha perdido las condiciones que la hacen compatible con su propia idea de dignidad.

En la evolución del derecho argentino, el fallo “D., M.A.” ocupa un lugar central no solo como precedente, sino como punto de inflexión en la comprensión jurídica del final de la vida. En dicho caso, la Corte Suprema de Justicia de la Nación no se limitó a resolver una situación individual, sino que desarrolló una construcción argumental de alcance general en torno a la autonomía personal, el consentimiento informado y los límites de la intervención estatal.

La Corte dejó en claro que la decisión de rechazar tratamientos médicos, aun cuando ello conduzca a la muerte, se encuentra protegida por el artículo 19° de la Constitución Nacional, en tanto se trata de una elección íntima que no afecta derechos de terceros. Este reconocimiento no es meramente formal: implica afirmar que el individuo es titular de un ámbito de autodeterminación en el cual puede decidir cómo vivir y cómo morir, dentro de los límites del orden jurídico.

Pero el fallo va más allá. Uno de sus aspectos más relevantes es la crítica implícita a la judicialización excesiva de decisiones vinculadas al final de la vida. La Corte sostuvo que, cuando el ordenamiento jurídico ya ha establecido las condiciones bajo las cuales una persona puede ejercer sus derechos -como ocurre con la ley N° 26.529-, no corresponde exigir una autorización judicial previa para su ejercicio. La intervención judicial, en estos casos, no solo resulta innecesaria, sino que puede constituir una forma de obstaculización del derecho.

Esta idea resulta particularmente relevante para esta iniciativa. La muerte voluntaria médicamente asistida (MVMA), en tanto decisión personalísima, no puede quedar supeditada a un esquema de autorización judicial caso por caso, que implicaría demoras incompatibles con la situación clínica del/la paciente, desigualdades en el acceso a la justicia y una innecesaria exposición pública de situaciones profundamente íntimas. Por ello, el diseño propuesto se inscribe en una lógica administrativo-sanitaria, con controles técnicos y revisiones institucionales, reservando la vía judicial como mecanismo de tutela frente a negativas, silencios o retardos indebidos.

Al mismo tiempo, el fallo “D., M.A.” permite abordar otro aspecto central: la distinción entre permitir morir y provocar la muerte. Tradicionalmente, el derecho argentino ha reconocido el derecho del paciente a rechazar tratamientos médicos, incluso cuando ello implique el retiro de medidas de soporte vital. Sin embargo, ha evitado calificar estas conductas como eutanasia, en parte por la carga conceptual y moral que el término conlleva.

Esta distinción, si bien útil en determinados contextos, resulta insuficiente para abordar las situaciones extremas que motivan el presente proyecto. La muerte voluntaria médicamente asistida (MVMA) no se limita a permitir que la enfermedad siga su curso natural, sino que, en determinadas circunstancias, implica una intervención médica orientada a poner fin al sufrimiento del paciente. Negar esta realidad mediante construcciones semánticas no elimina el problema, sino que lo desplaza hacia zonas de incertidumbre jurídica.

El proyecto asume esta complejidad y la enfrenta de manera directa, diferenciando claramente entre las modalidades de eutanasia y suicidio asistido, e integrándolas dentro de una categoría más amplia -la muerte voluntaria médicamente asistida (MVMA)- que permite abordar el fenómeno con mayor precisión conceptual y normativa.

La incorporación de estas categorías no implica una ampliación indiscriminada del derecho, sino, por el contrario, una forma de establecer límites claros y controles rigurosos. En este sentido, se adopta una posición intermedia dentro del derecho comparado. No sigue el modelo más amplio, que reconoce un derecho general a la muerte autodeterminada sin restricciones clínicas, ni tampoco el modelo puramente casuístico que deja la resolución de cada caso en manos de los tribunales. Se opta por una regulación legal específica, con supuestos delimitados, requisitos estrictos y mecanismos de control tanto previos como posteriores.

Este enfoque se corresponde con la experiencia de diversos países que han avanzado en la regulación de la muerte voluntaria médicamente asistida. En el caso de España, la ley de eutanasia introdujo un sistema que combina el reconocimiento del derecho con un procedimiento detallado, evaluaciones médicas independientes y controles institucionales. Esta regulación no surgió de manera aislada, sino como resultado de un proceso de transformación social caracterizado por la secularización, el reconocimiento del pluralismo y la expansión del principio de autonomía de la voluntad.

En ese contexto, se ha señalado que uno de los elementos decisivos para la aprobación de la ley fue la aceptación de que no puede imponerse una única concepción del bien sobre la totalidad de la sociedad. Esta idea, profundamente arraigada en el constitucionalismo contemporáneo, implica reconocer que las personas pueden tener visiones distintas -e incluso opuestas- sobre el valor de

la vida, el sufrimiento y la muerte considerando que el derecho debe ofrecer un marco normativo que permita la convivencia de estas diferencias.

Las objeciones a la regulación de la muerte voluntaria médicamente asistida (MVMA) suelen fundarse en concepciones religiosas o filosóficas que sostienen la inviolabilidad absoluta de la vida humana. Desde esta perspectiva, la vida no es un bien disponible, sino un valor que debe ser protegido en toda circunstancia, independientemente de la voluntad del individuo. Estas posiciones han tenido históricamente una fuerte influencia en la configuración del derecho, especialmente en sistemas jurídicos con una tradición cultural y religiosa determinada.

Sin embargo, en sociedades pluralistas, el derecho no puede identificarse con una única tradición moral o religiosa. La libertad de conciencia, garantizada constitucionalmente, implica no solo el derecho a profesar determinadas creencias, sino también la facultad de no ser obligado a vivir conforme a creencias ajenas. En este sentido, el reconocimiento del derecho a la muerte voluntaria médicamente asistida (MVMA) no supone la negación de valores religiosos, sino la afirmación de un principio de neutralidad del Estado frente a concepciones morales divergentes.

Este principio de neutralidad no es absoluto, pero sí impone límites a la intervención estatal en el ámbito de las decisiones personales. Tal como ha sido señalado en la doctrina, esta norma no puede convertirse en un instrumento de imposición moral cuando se trata de conductas que no afectan a terceros. La decisión de poner fin a la propia vida en determinadas condiciones, por más controvertida que resulte, pertenece a la esfera más íntima de cada persona.

Ahora bien, el reconocimiento de este derecho no puede ser absoluto ni desprovisto de garantías. La experiencia comparada demuestra que la regulación de la muerte voluntaria médicamente asistida (MVMA) exige la implementación de mecanismos de control rigurosos que aseguren que la decisión sea verdaderamente libre, informada y persistente, y que no esté condicionada por factores externos como la presión familiar, la falta de acceso a cuidados paliativos o situaciones de vulnerabilidad económica o social.

En este punto, el proyecto incorpora una serie de salvaguardas que responden a las principales preocupaciones planteadas en el debate internacional. La exigencia de una doble evaluación médica independiente, la intervención de un equipo interdisciplinario, el período obligatorio de reflexión, la reiteración de la voluntad y el registro exhaustivo en la Historia Clínica Electrónica (HCE) constituyen mecanismos destinados a garantizar la autenticidad de la decisión del paciente.

Asimismo, la creación de Comisiones Jurisdiccionales y de una Comisión Nacional introduce un nivel adicional de control institucional, que permite revisar las decisiones médicas, resolver discrepancias y detectar eventuales irregularidades. Este sistema de control múltiple busca evitar tanto el abuso como la desprotección, asegurando que cada caso sea evaluado con el máximo rigor técnico y ético.

La incorporación de la Historia Clínica Electrónica (HCE) como soporte exclusivo del procedimiento constituye, a su vez, una innovación significativa en términos de trazabilidad y transparencia. La exigencia de registrar cada etapa del proceso, junto con la prohibición de incorporar documentación de manera retroactiva, refuerza la seguridad jurídica y permite un control posterior efectivo de las prácticas realizadas.

Finalmente, el proyecto reconoce el derecho a la objeción de conciencia individual de los profesionales de la salud, estableciendo un equilibrio entre el respeto por sus convicciones personales y la necesidad de garantizar el acceso efectivo del paciente a la prestación. La misma no puede convertirse en un mecanismo de bloqueo del derecho, ni ser ejercida de manera institucional, pero sí debe ser respetada como expresión de la libertad individual.

En síntesis, la regulación propuesta no busca resolver el debate filosófico sobre el valor de la vida, sino ofrecer una respuesta jurídica a situaciones concretas en las que el ordenamiento actual resulta insuficiente. Se trata de reconocer que existen circunstancias en las que la prolongación de la vida biológica puede entrar en tensión con la dignidad personal, y que, en tales casos, corresponde al derecho establecer las condiciones bajo las cuales el individuo puede ejercer su autonomía de

manera segura y protegida.

La cuestión del final de la vida, y en particular la regulación de la muerte voluntaria médicamente asistida (MVMA) se trata de un problema que atraviesa las bases mismas de la concepción de la persona, de la libertad y del sentido de la existencia humana. Por ello, el debate que suscita no es reciente ni circunstancial, sino que se inscribe en una larga tradición de reflexión filosófica y cultural.

En la modernidad, el reconocimiento de la autonomía personal como valor central del orden jurídico marcó un punto de inflexión en la relación entre el individuo y el Estado. La idea de que cada persona es un fin en sí mismo, y no un mero instrumento de fines ajenos, ha sido uno de los pilares sobre los cuales se ha construido el constitucionalismo contemporáneo. Esta concepción implica reconocer que el individuo es titular de un ámbito de autodeterminación que comprende no solo sus decisiones externas, sino también aquellas que afectan su propia corporeidad, su salud y, en última instancia, su propia vida.

Sin embargo, esto no ha estado exento de tensiones. Una de las más persistentes es la que enfrenta la autonomía individual con la idea de la vida como valor absoluto e indisponible. Esta tensión no es meramente teórica: se manifiesta en la práctica médica, en la legislación, en la jurisprudencia y en el debate público, generando posiciones profundamente contrapuestas.

Por un lado, se encuentran aquellas corrientes que sostienen que la vida humana posee un valor intrínseco que no depende de la voluntad del individuo, y que, en consecuencia, no puede ser objeto de disposición. Desde esta perspectiva, el derecho debe proteger la vida en toda circunstancia, incluso frente a la voluntad del propio sujeto. Esta posición encuentra sustento en diversas tradiciones religiosas y en determinadas corrientes filosóficas que conciben la vida como un bien superior que trasciende la autonomía individual.

De esta forma se desarrollan concepciones que, sin negar el valor de la vida, entienden que la dignidad humana no puede reducirse a la mera existencia biológica. Así, la vida adquiere sentido en la medida en que puede ser vivida de acuerdo con los valores, convicciones y proyectos personales de cada individuo. Cuando las condiciones materiales de la existencia se transforman de tal manera que el propio sujeto considera que su vida ha perdido ese sentido, la imposición de su prolongación puede constituir una forma de vulneración de su dignidad.

El derecho contemporáneo ha intentado, con mayor o menor éxito, articular estas posiciones en un marco que permita su coexistencia. En el caso argentino, este esfuerzo se ha manifestado en la progresiva incorporación del principio de autonomía en materia sanitaria, particularmente a través del reconocimiento del consentimiento informado y del derecho a rechazar tratamientos médicos.

No obstante, este desarrollo normativo ha dejado sin resolver situaciones extremas en las que el rechazo de tratamientos no resulta suficiente para dar respuesta al sufrimiento del paciente. En estos casos, la distinción entre “dejar morir” y “hacer morir” se revela insuficiente, ya que el problema no radica únicamente en la interrupción de intervenciones médicas, sino en la persistencia de un estado que el propio paciente considera incompatible con su dignidad.

Es en este punto donde la muerte voluntaria médicamente asistida (MVMA) se presenta como una categoría jurídica necesaria para abordar una realidad que ya existe, pero que carece de regulación adecuada. La ausencia de normas claras no elimina estas situaciones, sino que las desplaza hacia ámbitos de informalidad, incertidumbre y potencial arbitrariedad, tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud.

El debate sobre la regulación de estas prácticas ha sido particularmente intenso en sociedades occidentales, donde el proceso de secularización ha debilitado la capacidad de las tradiciones religiosas para definir de manera exclusiva las normas sociales y jurídicas. Este proceso ha dado lugar a una mayor diversidad de concepciones sobre la vida, la muerte y el sufrimiento, lo que ha llevado a la necesidad de construir marcos normativos que reflejen ese pluralismo.

Tal como se ha señalado en el análisis del caso español, la regulación de la eutanasia ha sido posible en un contexto en el que se ha consolidado la idea de que no puede imponerse una única

concepción del bien sobre la totalidad de la sociedad. La aceptación del pluralismo, la admisión del otro como portador de una visión distinta y la expansión del principio de autonomía de la voluntad han sido factores determinantes en este proceso.

Este reconocimiento no implica la desaparición del conflicto, sino su reconfiguración. Las objeciones a la muerte voluntaria médicamente asistida (MVMA) continúan presentes, y en muchos casos se formulan con argumentos de gran peso moral y filosófico. Entre ellos, se destacan el temor a una “pendiente resbaladiza”, es decir, la posibilidad de que la legalización de estas prácticas conduzca a su expansión hacia supuestos no previstos; la preocupación por la protección de personas vulnerables, que podrían sentirse presionadas a solicitar la muerte; y la defensa de la ética médica tradicional, basada en el principio de no causar daño.

Estas objeciones deben ser tomadas en serio, no como obstáculos a remover, sino como elementos que deben ser integrados en el diseño normativo. La experiencia comparada muestra que los sistemas más sólidos son aquellos que han logrado incorporar estas preocupaciones mediante la implementación de mecanismos de control rigurosos.

El presente proyecto recoge estas lecciones y las incorpora en su estructura. La exigencia de una doble evaluación médica independiente, la intervención de equipos interdisciplinarios, la obligatoriedad de asistencia psicológica o psiquiátrica en la evaluación del/la médico/a consultor/a, el período de reflexión, la reiteración de la voluntad y el control institucional posterior son respuestas concretas a las objeciones planteadas.

Desde una perspectiva filosófica, estas garantías reflejan una concepción de la autonomía que no es meramente formal, sino sustantiva. No se trata de reconocer cualquier decisión, sino de asegurar que la decisión sea auténtica, es decir, que no esté condicionada por factores externos o por estados transitorios que puedan ser tratados o revertidos.

La autonomía, en este sentido, no se opone al cuidado, sino que lo presupone. La decisión de solicitar la muerte voluntaria médicamente asistida (MVMA) no puede ser entendida como un acto aislado, sino como el resultado de un proceso en el cual el paciente ha sido acompañado, informado y contenido por el sistema de salud. Este acompañamiento no tiene como objetivo persuadir al paciente de abandonar su decisión, sino garantizar que dicha decisión sea tomada en condiciones de libertad real.

El análisis de las tradiciones religiosas permite comprender mejor la profundidad del debate. En el cristianismo, particularmente en la tradición católica, la vida humana es considerada un don que no pertenece al individuo, sino a Dios, lo que fundamenta el rechazo a la eutanasia. Sin embargo, incluso dentro de esta tradición se reconoce la legitimidad de rechazar tratamientos desproporcionados o fútiles, lo que muestra que la discusión no es absoluta, sino que admite matices.

En el judaísmo, la preservación de la vida es un principio central, pero también se reconoce la importancia de evitar el sufrimiento innecesario, lo que ha dado lugar a interpretaciones que permiten, en determinadas circunstancias, no prolongar artificialmente la vida. En el islam, la vida es igualmente considerada un bien sagrado, aunque existen debates sobre el alcance de la intervención médica en situaciones terminales.

Las tradiciones orientales, como el budismo, introducen una perspectiva diferente, centrada en el sufrimiento, la compasión y la intención. En este marco, la valoración de las acciones no se realiza exclusivamente en función de sus resultados, sino también de la motivación que las impulsa. Si bien estas tradiciones suelen rechazar la acción directa destinada a provocar la muerte, su enfoque permite comprender la complejidad de las decisiones en el final de la vida.

Este recorrido por distintas cosmovisiones no tiene como finalidad establecer una jerarquía entre ellas, sino mostrar que no existe una única respuesta universalmente aceptada. La diversidad de posiciones refuerza la necesidad de que el derecho adopte una postura que respete esta pluralidad, sin imponer una solución única.

En este sentido, el Estado no puede adoptar una posición confesional ni trasladar al ámbito jurídico una determinada concepción religiosa. Pero tampoco puede ignorar la importancia de estas convicciones para una parte significativa de la población. El equilibrio entre estos dos extremos se logra mediante el reconocimiento de la objeción de conciencia individual, que permite a los profesionales de la salud actuar de acuerdo con sus convicciones, sin impedir el acceso del paciente al derecho reconocido por la ley.

La distinción entre objeción individual y objeción institucional resulta aquí fundamental. Mientras que la primera protege la libertad de conciencia del profesional, la segunda podría traducirse en la imposición de una determinada concepción moral sobre los pacientes que acuden a un establecimiento de salud. Por ello, el proyecto rechaza expresamente la objeción institucional, garantizando que el derecho del paciente no quede supeditado a la ideología de una institución.

La comparación con otras experiencias internacionales permite reforzar la solidez del modelo propuesto. Países como los Países Bajos y Bélgica han desarrollado sistemas que combinan la autonomía del paciente con controles médicos y administrativos, mientras que Canadá ha adoptado un modelo que incorpora criterios de elegibilidad y salvaguardas adicionales. Nueva Zelanda, por su parte, ha implementado un sistema que incluye una evaluación centralizada y mecanismos de supervisión específicos.

En todos estos casos, la regulación ha permitido reducir la incertidumbre jurídica, evitar prácticas clandestinas y ofrecer un marco de seguridad tanto para los pacientes como para los profesionales. Si bien cada sistema presenta particularidades, existe un consenso general en torno a la necesidad de establecer procedimientos claros, evaluaciones independientes y mecanismos de control efectivos.

Esta propuesta se nutre de estas experiencias, adaptándolas al contexto jurídico argentino y a las particularidades de su sistema de salud. No se trata de replicar modelos extranjeros, sino de construir una regulación propia que responda a las necesidades y valores de la sociedad argentina.

En definitiva, la regulación de la muerte voluntaria médicamente asistida (MVMA) no implica una valoración negativa de la vida, sino el reconocimiento de que la dignidad humana no puede ser reducida a la mera prolongación biológica de la existencia. Se trata de ofrecer una respuesta jurídica a situaciones límite, en las que el respeto por la autonomía personal y la protección frente al sufrimiento se convierten en imperativos éticos y constitucionales.

La discusión sobre la regulación de la muerte voluntaria médicamente asistida (MVMA) no puede considerarse completa sin abordar de manera directa y sistemática las principales objeciones que históricamente se han formulado en su contra. Estas objeciones no constituyen meros obstáculos retóricos, sino expresiones de preocupaciones legítimas que han sido desarrolladas en la filosofía, la ética médica y el derecho comparado. La solidez de cualquier propuesta normativa en esta materia depende, en gran medida, de su capacidad para responder a estas críticas sin desnaturalizar el núcleo del derecho que se pretende reconocer.

Una de las objeciones más reiteradas es la denominada “pendiente resbaladiza”. Según esta postura, la legalización de la muerte voluntaria médicamente asistida, aun bajo condiciones estrictas, conduciría inevitablemente a una expansión progresiva de sus supuestos de aplicación, alcanzando a personas que inicialmente no se encontraban comprendidas en la norma. Esta preocupación se basa en la experiencia de algunos ordenamientos en los que, con el paso del tiempo, se han ampliado los criterios de elegibilidad.

Sin embargo, la validez de este argumento depende de la premisa de que toda regulación es inherentemente expansiva y que el derecho carece de mecanismos eficaces para establecer límites. Esta premisa no se verifica necesariamente en la práctica. La experiencia comparada demuestra que los sistemas que incorporan definiciones claras de los supuestos habilitantes, procedimientos detallados, evaluaciones médicas independientes y controles institucionales rigurosos logran mantener la aplicación de la norma dentro de los márgenes previstos.

El presente proyecto asume esta objeción y la enfrenta mediante una arquitectura normativa que

combina requisitos clínicos estrictos con garantías procedimentales múltiples. La exigencia de que el paciente padezca una enfermedad grave e incurable, una lesión o un padecimiento crónico grave, progresivo e imposibilitante, junto con la evaluación de que el sufrimiento resulte intolerable desde la perspectiva del propio paciente, constituye un primer filtro de carácter sustantivo. A ello se suma la doble evaluación médica independiente, la intervención interdisciplinaria, la obligatoriedad de asistencia en salud mental, el período de reflexión y el control posterior por parte de las comisiones.

En este sentido, la regulación propuesta no es abierta ni indeterminada, sino altamente estructurada. Cada uno de sus elementos responde a una función específica dentro del sistema de garantías, y su articulación permite evitar tanto la arbitrariedad como la expansión no controlada.

Otra objeción relevante se vincula con la protección de las personas en situación de vulnerabilidad. Se ha sostenido que la legalización de la muerte voluntaria médicamente asistida (MVMA) podría generar presiones, explícitas o implícitas, sobre personas mayores, enfermas o con discapacidad, llevándolas a optar por la muerte como consecuencia de factores externos, tales como la carga económica o emocional sobre sus familias, o la falta de acceso a cuidados adecuados.

Esta preocupación resulta particularmente atendible y debe ser abordada con especial cuidado. En este caso, la iniciativa incorpora salvaguardas orientadas a garantizar la autenticidad de la decisión del paciente. La evaluación interdisciplinaria, la intervención obligatoria de profesionales de la salud mental en la instancia del/la médico/a consultor/a, la constatación expresa de la ausencia de coerción externa y la exigencia de que la decisión sea reiterada y sostenida en el tiempo constituyen mecanismos diseñados para detectar y excluir situaciones de presión o vulnerabilidad indebida.

Asimismo, la articulación de la muerte voluntaria médicamente asistida (MVMA) con el sistema de cuidados paliativos resulta fundamental. El proyecto no presenta esta práctica como una alternativa a los cuidados paliativos, sino como una opción excepcional para aquellos casos en los que, aun con una atención adecuada, el paciente considera que su sufrimiento es incompatible con su dignidad. La obligación de informar al paciente sobre las alternativas terapéuticas y paliativas disponibles constituye una garantía adicional en este sentido.

Una tercera objeción se refiere a la ética médica tradicional, particularmente al principio de no maleficencia, que ha sido interpretado como una prohibición de causar la muerte del paciente. Desde esta perspectiva, la participación del médico en la muerte voluntaria médicamente asistida sería incompatible con su rol profesional.

Sin embargo, la ética médica contemporánea ha evolucionado en consonancia con el reconocimiento de la autonomía del paciente. El principio de no maleficencia no puede ser interpretado de manera aislada, sino en relación con otros principios, como la autonomía y la beneficencia. En determinados contextos, la prolongación de la vida mediante intervenciones médicas puede constituir, desde la perspectiva del paciente, un daño mayor que su interrupción.

El reconocimiento de esta complejidad ha llevado a una redefinición del rol del médico, que ya no se concibe exclusivamente como un agente que preserva la vida a cualquier costo, sino como un profesional que acompaña al paciente en la toma de decisiones sobre su salud, respetando sus valores y preferencias. En este marco, su participación en la muerte voluntaria médicamente asistida (MVMA) no se configura como un acto de imposición, sino como una respuesta a una solicitud libre y consciente del paciente, en condiciones estrictamente reguladas.

El proyecto reconoce, no obstante, que esta redefinición no es compartida por todos los profesionales de la salud. Por ello, incorpora el derecho a la objeción de conciencia individual, permitiendo que aquellos que consideren incompatible esta práctica con sus convicciones personales puedan abstenerse de participar. Al mismo tiempo, establece mecanismos para garantizar que esta objeción no se traduzca en una barrera para el acceso del paciente al derecho reconocido por la ley.

Otra crítica frecuente sostiene que la regulación de la muerte voluntaria médicamente asistida (podría desincentivar el desarrollo y la implementación de cuidados paliativos, generando una falsa dicotomía entre aliviar el sufrimiento y poner fin a la vida. Esto parte de la premisa de que la

existencia de una opción legal de muerte asistida podría reducir los esfuerzos destinados a mejorar la calidad de la atención al final de la vida.

La iniciativa rechaza esta dicotomía y afirma la complementariedad entre ambos enfoques. Los cuidados paliativos constituyen un derecho reconocido por el ordenamiento jurídico argentino y una obligación del sistema de salud. La muerte voluntaria médicamente asistida (MVMA) no sustituye ni desplaza este derecho, sino que se inscribe como una opción adicional para situaciones excepcionales en las que el sufrimiento persiste a pesar de la mejor atención disponible.

La exigencia de informar al paciente sobre las alternativas paliativas, así como la integración de estos cuidados en el proceso de evaluación, refuerza esta complementariedad. Lejos de debilitar los cuidados paliativos, la regulación propuesta puede contribuir a fortalecerlos, al situarlos en el centro de la atención al final de la vida.

Desde una perspectiva jurídica, otra preocupación se vincula con la posibilidad de abusos o desviaciones en la aplicación de la norma. La ausencia de control efectivo podría dar lugar a prácticas realizadas sin el cumplimiento de los requisitos legales, con consecuencias graves tanto para los pacientes como para los profesionales.

Esta cuestión se aborda mediante la implementación de un sistema de control múltiple que combina instancias previas y posteriores. La doble evaluación médica, la intervención de la Comisión Jurisdiccional en caso de discrepancias y el control posterior de todas las prácticas constituyen un entramado institucional destinado a garantizar el cumplimiento de la ley.

La obligación de registrar todo el procedimiento en la Historia Clínica Electrónica (HCE), junto con la prohibición de incorporar documentación de manera retroactiva, refuerza la trazabilidad y la transparencia del sistema. La posibilidad de denunciar irregularidades ante el Ministerio Público introduce, además, un mecanismo de control penal que actúa como disuasivo frente a conductas ilícitas.

En este punto, resulta pertinente retomar la doctrina de la Corte Suprema en relación con la judicialización de los conflictos sanitarios. Tal como se ha señalado en el fallo “D., M.A.”, la intervención judicial debe reservarse para aquellos casos en los que exista una controversia real sobre la aplicación de la ley, evitando su utilización como instancia previa obligatoria. Este criterio se traduce en la previsión de la acción de amparo como mecanismo de tutela frente a negativas, silencios o retardos, sin convertir al Poder Judicial en un órgano de autorización sistemática.

La regulación de la muerte voluntaria médicamente asistida (MVMA) plantea, en definitiva, un desafío para el derecho: articular principios que, en apariencia, pueden entrar en tensión, como la protección de la vida, la autonomía personal, la dignidad humana y la seguridad jurídica. La respuesta no puede consistir en la negación de alguno de estos principios, sino en su integración en un marco normativo coherente.

El proyecto constituye un intento de alcanzar ese equilibrio. No pretende resolver definitivamente un debate filosófico que excede el ámbito del derecho, pero sí ofrecer una respuesta jurídica a situaciones concretas que demandan regulación. La ausencia de normas no elimina el problema, sino que lo agrava, al dejar a los individuos y a los profesionales de la salud en un estado de incertidumbre.

En este contexto, legislar no es imponer una solución, sino reconocer una realidad y establecer las condiciones bajo las cuales puede ser abordada de manera responsable. La muerte voluntaria médicamente asistida (MVMA) no es una práctica nueva, pero su regulación permite dotarla de un marco de garantías que protege tanto la libertad del paciente como la seguridad del sistema.

La construcción de un marco normativo en materia de muerte voluntaria médicamente asistida (MVMA) no puede prescindir de un análisis detenido del derecho comparado, no en términos de mera trasposición de modelos, sino como herramienta para comprender las distintas formas en que los ordenamientos jurídicos han intentado resolver un problema común. La diversidad de soluciones adoptadas en distintos países no refleja una dispersión arbitraria, sino la incidencia de factores

culturales, históricos, religiosos y políticos que condicionan la manera en que cada sociedad enfrenta el final de la vida.

En este sentido, es posible identificar tres grandes modelos regulatorios. Un primer modelo, de carácter restrictivo, mantiene la prohibición de toda forma de intervención destinada a provocar la muerte, incluso en contextos de sufrimiento extremo, limitando el ámbito de la autonomía del paciente al rechazo de tratamientos médicos. Un segundo modelo, de carácter amplio, reconoce un derecho general a la muerte autodeterminada, sin exigir necesariamente la concurrencia de determinadas condiciones clínicas. Finalmente, un tercer modelo -en el que se inscribe el presente proyecto -establece una regulación específica, con supuestos delimitados, requisitos estrictos y mecanismos de control tanto previos como posteriores.

Los países que han optado por este último modelo han desarrollado sistemas complejos que buscan equilibrar la autonomía del paciente con la necesidad de prevenir abusos. En los Países Bajos, por ejemplo, la eutanasia y el suicidio asistido se encuentran formalmente tipificados como delitos, pero se establece una causa de exclusión de responsabilidad para los médicos que actúan conforme a los criterios de cuidado establecidos por la ley. Este esquema combina el reconocimiento de la práctica con un sistema de control posterior basado en comités de revisión.

Bélgica, por su parte, ha adoptado un modelo similar, incorporando requisitos adicionales en determinados supuestos, como la intervención de un tercer médico en casos no terminales. Canadá ha desarrollado un sistema que, bajo la denominación de asistencia médica para morir, establece criterios de elegibilidad y salvaguardas diferenciadas según las características del caso. Y en caso de Nueva Zelanda, incluye una evaluación centralizada con mecanismos de supervisión específicos.

España, en cambio, ha introducido un sistema que combina controles previos y posteriores, con la intervención de comisiones de garantía que evalúan tanto las solicitudes como las prácticas realizadas. Tal como se ha señalado en el análisis doctrinario, la adopción de este modelo ha sido posible en el marco de un proceso de secularización y reconocimiento del pluralismo, que ha permitido superar la imposición de una única concepción moral sobre el final de la vida.

Estas experiencias ponen de manifiesto que la regulación de la Muerte Voluntaria Médicamente Asistida (MVMA) no conduce necesariamente a una expansión incontrolada de la práctica, sino que, por el contrario, permite establecer límites claros y mecanismos de supervisión que no existen en contextos de prohibición absoluta. La clandestinidad, lejos de proteger la vida, genera situaciones de mayor vulnerabilidad, en las que las decisiones se toman sin controles, sin acompañamiento y sin garantías.

El presente proyecto se inscribe en esta línea, adoptando un modelo regulatorio que combina la precisión normativa con la flexibilidad necesaria para atender la diversidad de situaciones clínicas. La definición de los supuestos habilitantes, la exigencia de evaluaciones médicas independientes, la intervención de equipos interdisciplinarios y la creación de instancias institucionales de control constituyen elementos que permiten adaptar la regulación a las particularidades del contexto argentino, sin perder de vista los estándares desarrollados en el ámbito internacional.

Ahora bien, la incorporación del derecho comparado en los fundamentos de una ley no debe interpretarse como una forma de legitimación externa, sino como un instrumento de reflexión. Cada ordenamiento jurídico responde a una historia y a una estructura institucional propias, por lo que la adopción de soluciones extranjeras requiere un proceso de adaptación cuidadoso. Con esta iniciativa no reproduce mecánicamente ningún modelo, sino que construye un sistema propio a partir de la experiencia acumulada.

En este punto, resulta pertinente retomar la relación entre el desarrollo normativo y la evolución social. La regulación de la Muerte Voluntaria Médicamente Asistida (MVMA) no surge en el vacío, sino como respuesta a cambios profundos en la forma en que las sociedades comprenden la vida, la enfermedad y la muerte. El avance de la medicina ha permitido prolongar la vida en condiciones que, en otros momentos históricos, no hubieran sido posibles. Sin embargo, ha planteado nuevos dilemas, al generar situaciones en las que la prolongación de la vida biológica no se corresponde con una mejora en la calidad de vida.

La doctrina ha señalado que uno de los efectos de la medicalización del morir ha sido la pérdida de protagonismo del paciente en las decisiones sobre su propio cuerpo. La intervención de múltiples actores -médicos, instituciones, familiares, tribunales- ha contribuido a desplazar la voluntad del individuo hacia un segundo plano, generando situaciones en las que la decisión sobre la vida y la muerte se encuentra mediada por factores ajenos a la persona directamente involucrada.

La autonomía personal no se concibe aquí como un principio aislado, sino como el eje en torno al cual se articulan las demás garantías del sistema.

La Muerte Voluntaria Médicamente Asistida (MVMA) representa, en este sentido, una extensión excepcional de la autonomía personal a situaciones en las que las condiciones de la existencia han sido profundamente alteradas por la enfermedad. No se trata de reconocer un derecho abstracto a la muerte, sino de permitir que el individuo, en circunstancias específicas, pueda decidir el modo en que desea enfrentar el final de su vida.

La distinción entre estas dos dimensiones resulta fundamental para evitar interpretaciones erróneas del proyecto. La ley no establece una libertad general para poner fin a la propia vida, sino que regula un conjunto de supuestos en los que, bajo condiciones estrictas, se reconoce la posibilidad de acceder a asistencia médica para morir. Esta delimitación responde a la necesidad de evitar tanto la trivialización de la práctica como su utilización en contextos que no se corresponden con las situaciones que motivan la regulación.

La incorporación de requisitos como la mayoría de edad, la capacidad plena, la existencia de una enfermedad grave e incurable o de un padecimiento crónico grave, progresivo e imposibilitante, y la evaluación del sufrimiento como intolerable desde la perspectiva del paciente, constituyen elementos que acotan el ámbito de aplicación de la ley y refuerzan su carácter excepcional.

A su vez, la regulación de las directivas anticipadas en este contexto introduce una dimensión temporal en la autonomía personal, permitiendo que las decisiones adoptadas en un momento de capacidad puedan proyectarse hacia situaciones futuras en las que el paciente ya no se encuentre en condiciones de expresarse. Este mecanismo, lejos de sustituir la voluntad del individuo, la preserva, asegurando que sus decisiones sean respetadas aun en contextos de incapacidad.

La experiencia argentina en materia de directivas anticipadas ha estado marcada por una cierta reticencia a reconocer su alcance en relación con prácticas eutanásicas. Tal como ha sido señalado en el debate doctrinario, esta reticencia responde en parte a la influencia de concepciones tradicionales sobre el valor de la vida y a la dificultad de abordar de manera directa el problema de la muerte voluntaria.

El presente proyecto supera esta limitación, integrando las directivas anticipadas en un sistema más amplio que reconoce la posibilidad de su aplicación en el contexto de la eutanasia, bajo condiciones estrictamente reguladas. Esta integración no implica una ruptura con el régimen vigente, sino una evolución que permite dar respuesta a situaciones que hasta ahora han quedado fuera del alcance de la ley.

En definitiva, la regulación propuesta no introduce un cambio abrupto en el ordenamiento jurídico argentino, sino que profundiza una tendencia ya existente hacia el reconocimiento de la autonomía personal en materia sanitaria. La Muerte Voluntaria Médicamente Asistida (MVMA) se presenta como una pieza más en este proceso, destinada a completar un sistema que, hasta ahora, ha ofrecido respuestas parciales a un problema complejo.

La regulación de la Muerte Voluntaria Médicamente Asistida (MVMA) obliga, en su etapa final de fundamentación, a volver sobre los conceptos que han atravesado todo el desarrollo precedente y a integrarlos en una formulación coherente que permita comprender el sentido último de la intervención legislativa. En particular, exige articular de manera precisa los principios de dignidad humana, autonomía personal, libertad de conciencia y límites del Estado, evitando tanto su absolutización como su reducción a fórmulas retóricas.

La dignidad humana, invocada frecuentemente como fundamento del orden jurídico, no constituye

un concepto unívoco ni estático. Su significado ha sido objeto de múltiples interpretaciones, que oscilan entre concepciones objetivas - que la identifican con ciertos estándares externos de valor - y concepciones subjetivas- que la vinculan con la capacidad del individuo de definir por sí mismo el sentido de su existencia.

Esta iniciativa adopta una concepción de la dignidad que, sin desconocer su dimensión objetiva, reconoce el papel central de la autodeterminación individual. La dignidad no puede ser entendida únicamente como un atributo abstracto de la persona, sino también como la posibilidad concreta de vivir y morir de acuerdo con las propias convicciones. En este sentido, la imposición de una prolongación de la vida que el propio sujeto considera incompatible con su idea de dignidad puede constituir una forma de negación de ese mismo principio.

Esta interpretación encuentra respaldo en la evolución de la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, que ha reconocido de manera consistente la existencia de un ámbito de decisiones personalísimas protegido frente a la injerencia estatal. En los precedentes analizados, el Tribunal ha sostenido que la autonomía personal comprende la facultad de aceptar o rechazar tratamientos médicos, incluso cuando ello implique consecuencias graves o irreversibles para la vida del paciente.

El fallo “D., M.A.”, en particular, permite comprender que la dignidad no puede ser definida exclusivamente desde una perspectiva externa. La decisión del paciente de rechazar intervenciones médicas no es evaluada por la Corte en términos de su “corrección” moral, sino en función de su legitimidad jurídica, en tanto expresión de una voluntad libre e informada. Esta distinción resulta fundamental: el derecho no juzga la decisión, sino que protege la libertad de adoptarla dentro de ciertos límites.

A partir de este enfoque, la intervención del Estado en el ámbito de las decisiones sobre el final de la vida debe ser cuidadosamente delimitada. La función del derecho no es sustituir la voluntad del individuo, sino garantizar que dicha voluntad pueda ser ejercida en condiciones de libertad real, sin coerciones ni interferencias indebidas. Cuando el Estado impone la prolongación de la vida en contra de la voluntad del paciente, corre el riesgo de transformar la protección en imposición, y el cuidado en coerción.

Este riesgo se vuelve particularmente evidente en contextos de medicalización intensiva, donde las decisiones sobre el tratamiento y la prolongación de la vida se encuentran altamente tecnificadas. La posibilidad de mantener funciones vitales mediante dispositivos médicos ha generado situaciones en las que la frontera entre vivir y sobrevivir se vuelve difusa, y en las que la intervención médica puede prolongar procesos que el paciente considera carentes de sentido.

En estos casos, la distinción entre dejar morir y provocar la muerte pierde relevancia desde la perspectiva del sujeto. Lo que se encuentra en juego no es únicamente la naturaleza de la intervención médica, sino el resultado que produce en la experiencia del paciente. Si la prolongación de la vida se traduce en la extensión del sufrimiento, la negativa a permitir su finalización puede ser percibida como una forma de violencia institucional.

El derecho no puede permanecer ajeno a esta realidad. La regulación de la Muerte Voluntaria Médicamente Asistida (MVMA) no implica desconocer el valor de la vida, sino reconocer que su protección no puede ser absoluta ni indiferente a las condiciones en que se desarrolla. La vida no es un concepto puramente biológico, sino una experiencia humana que incluye dimensiones físicas, psíquicas, sociales y espirituales.

Desde esta perspectiva, la autonomía personal no se presenta como un principio opuesto a la protección de la vida, sino como una forma de definir su contenido. Proteger la vida no puede significar imponer su prolongación en cualquier circunstancia, sino garantizar que el individuo pueda vivir -y morir- de acuerdo con sus propios valores.

Este enfoque se inscribe en una concepción del Estado que reconoce límites a su capacidad de intervención en la esfera privada. El artículo 19° de la Constitución Nacional establece que las acciones privadas de los hombres que no perjudiquen a terceros están exentas de la autoridad de

los magistrados. Este principio, lejos de ser una fórmula abstracta, constituye un criterio operativo para delimitar el alcance de la regulación estatal.

En el caso de la Muerte Voluntaria Médicamente Asistida (MVMA), la decisión del individuo no afecta, en principio, derechos de terceros, en la medida en que se adopte de manera libre e informada. La intervención del Estado se justifica, entonces, no para impedir la decisión, sino para garantizar que se adopte en condiciones adecuadas y para prevenir eventuales abusos.

Esta concepción permite superar una falsa dicotomía entre libertad y control. El reconocimiento de la autonomía personal no implica la ausencia de regulación, sino la construcción de un marco normativo que permita su ejercicio responsable. El control, en este contexto, no se orienta a limitar la libertad, sino a protegerla.

El sistema diseñado por el proyecto refleja esta lógica. Las múltiples instancias de evaluación, la intervención interdisciplinaria, la exigencia de reiteración de la voluntad y los mecanismos de control institucional constituyen herramientas destinadas a asegurar que la decisión del paciente sea auténtica y que su ejecución se realice conforme a los parámetros legales.

Al mismo tiempo, el reconocimiento de la objeción de conciencia individual introduce un elemento de equilibrio en la relación entre el derecho del paciente y la libertad del profesional de la salud. Permite a los profesionales abstenerse de participar en prácticas que consideran incompatibles con sus convicciones, sin impedir que el paciente acceda al derecho reconocido por la ley.

La prohibición de la objeción institucional responde a la necesidad de evitar que las convicciones de una organización se impongan sobre los derechos de los individuos que acuden a ella. En este punto, el proyecto reafirma la primacía de la autonomía personal frente a estructuras institucionales que podrían, de otro modo, limitar su ejercicio.

La regulación de la Muerte Voluntaria Médicamente Asistida (MVMA) plantea, en definitiva, una cuestión central: cuál es el alcance de la libertad en una sociedad democrática. La respuesta que se propone no es absoluta ni cerrada, sino prudente y contextual. Reconoce la existencia de situaciones en las que la prolongación de la vida puede entrar en conflicto con la dignidad del individuo, y establece las condiciones bajo las cuales este conflicto puede ser resuelto.

En este sentido, la ley no crea un nuevo valor, sino que articula valores existentes en el ordenamiento jurídico. La dignidad, la autonomía, la libertad de conciencia y la protección de la vida no son principios ajenos al sistema, sino elementos que ya se encuentran presentes en la Constitución, en la legislación y en la jurisprudencia. La novedad reside en su integración en un ámbito que hasta ahora ha carecido de regulación específica.

El análisis precedente permite concluir que la regulación de la Muerte Voluntaria Médicamente Asistida (MVMA) no constituye una ruptura con el orden jurídico vigente, sino su desarrollo coherente. Se trata de una respuesta a una realidad que el derecho no puede seguir ignorando, y de un intento de ofrecer una solución que respete la complejidad del problema sin reducirlo a fórmulas simplificadoras.

El sistema normativo propuesto: funcionamiento, garantías y beneficios institucionales

El presente proyecto no se limita a reconocer en abstracto el derecho a solicitar la muerte voluntaria médicamente asistida. Por el contrario, construye un procedimiento completo, gradual, controlado y trazable, destinado a asegurar que una decisión de semejante gravedad solo pueda adoptarse cuando concurren presupuestos materiales estrictos, voluntad libre e informada del paciente, evaluación médica suficiente, intervención interdisciplinaria, control institucional y plena documentación de cada acto.

Esta arquitectura normativa constituye una de sus principales fortalezas. La Muerte Voluntaria Médicamente Asistida (MVMA) no aparece aquí como una práctica librada a la sola voluntad del paciente, ni a la mera decisión del médico, ni a la interpretación familiar, ni a una autorización judicial excepcional. Se la regula como un procedimiento sanitario de carácter extraordinario, rodeado de garantías, con intervención de distintos actores y con mecanismos de revisión destinados a evitar

errores, abusos, presiones indebidas o desvíos.

El primer beneficio de esta regulación es que desplaza la cuestión desde la clandestinidad, la incertidumbre o la improvisación hacia un sistema jurídico claro. En ausencia de una ley específica, las situaciones límite vinculadas al final de la vida suelen resolverse mediante prácticas informales, omisiones difíciles de controlar, judicializaciones tardías o decisiones médicas adoptadas bajo temor penal. Esa falta de regulación no protege mejor la vida ni la dignidad; por el contrario, deja a pacientes, familias y profesionales en un escenario de inseguridad jurídica.

El proyecto parte de una premisa distinta: si estas situaciones existen, el derecho debe regularlas. No para promoverlas, sino para someterlas a condiciones estrictas. Regular no significa incentivar. Regular significa establecer límites, controles, responsabilidades y procedimientos.

Desde el inicio, la solicitud pertenece exclusivamente al paciente. El artículo 7° exige que sea formulada de manera libre, en el marco de información adecuada sobre la evolución de la enfermedad, los tratamientos curativos y las alternativas paliativas disponibles. Esto es esencial: nadie puede iniciar el procedimiento por el paciente. Ni la familia, ni el médico, ni la institución sanitaria, ni una obra social, ni un tercero interesado pueden activar el sistema en reemplazo de la voluntad personal. La decisión nace del titular del derecho.

A su vez, el proyecto contempla que la solicitud pueda formularse por escrito o por cualquier medio que permita conocer de manera fehaciente e inequívoca la voluntad de la persona. Esta previsión es importante porque evita una concepción rígida de la expresión de voluntad. Hay pacientes que, por su enfermedad, pueden tener dificultades motrices, neurológicas o comunicacionales, sin que ello implique falta de capacidad. La ley no puede confundir imposibilidad de hablar o escribir con incapacidad para decidir.

Por eso, una de las mejoras más relevantes del proyecto aparece en el artículo 8°, cuando se establece que, si el paciente conserva capacidad para consentir, pero no puede expresarse por medios convencionales, el equipo interdisciplinario debe implementar ajustes razonables y medios alternativos de comunicación, como parpadeo, seguimiento ocular, tableros u otros sistemas validados. Esta previsión es altamente garantista, porque evita excluir del ejercicio del derecho a personas que conservan conciencia, comprensión y voluntad, pero han perdido la posibilidad de comunicarse de manera tradicional.

Al mismo tiempo, esa regla evita un abuso inverso: no permite presumir voluntad donde no hay comunicación verificable. La voluntad expresada por medios alternativos debe quedar documentada en la Historia Clínica Electrónica (HCE), con detalle del método utilizado, su validación clínica y la consistencia de las respuestas. Así, el sistema no se basa en suposiciones, sino en constancias verificables.

El proyecto distingue correctamente entre incapacidad para consentir e imposibilidad de comunicación. Esta distinción es fundamental. Una persona puede no poder hablar, escribir o moverse, y sin embargo conservar intacta su capacidad de comprender, valorar y decidir. En tal caso, corresponde facilitar la comunicación. Solo cuando esa comunicación resulte irreductiblemente imposible, o cuando exista verdadera falta de capacidad, puede acudirse a las directivas anticipadas.

Este punto conecta directamente con la doctrina de la Corte Suprema en materia de autonomía y decisiones médicas. En el caso "D., M.A.", el Tribunal remarcó que, aun cuando una persona no pueda expresarse actualmente, lo central es respetar su voluntad y no sustituirla por la voluntad de terceros. La Corte sostuvo que quienes intervienen en nombre del paciente no deciden "por" él ni "en lugar" de él, sino que deben comunicar o hacer operativa su voluntad. Esa lógica se encuentra receptada en el proyecto, especialmente en la regulación de las directivas anticipadas y de los representantes designados.

La regulación de las directivas anticipadas constituye otro beneficio central. El proyecto no permite que una persona incapaz sea sometida a la Muerte Voluntaria Médicamente Asistida (MVMA) por decisión de terceros. Si el paciente carece de capacidad para consentir, o si la comunicación es

imposible aun con apoyos, la práctica solo puede proceder si antes otorgó directivas anticipadas válidas. En ausencia de ellas, la ley no se aplica. Esta regla es categórica y protege contra uno de los riesgos más sensibles del debate: la sustitución de voluntad.

Además, aclara que las directivas anticipadas solo pueden concretarse en la modalidad de eutanasia, no en el suicidio asistido, porque este último exige autoadministración por parte del paciente. Esta precisión conceptual evita confusiones y demuestra una técnica legislativa cuidadosa: la categoría general es la muerte voluntaria médicamente asistida; sus modalidades son la eutanasia y el suicidio asistido; pero no todas las modalidades son posibles en todos los supuestos.

El sistema continúa con la evaluación del médico tratante. Donde el/la médico/a debe analizar la situación de sufrimiento del paciente, su condición médica, diagnóstico, pronóstico, alternativas terapéuticas y paliativas, y su capacidad para comprender, valorar y decidir libremente respecto del procedimiento solicitado. Esta etapa cumple una función esencial: verificar que el pedido no sea fruto de desconocimiento, abandono terapéutico, dolor no tratado, depresión transitoria o presión externa.

Pero esto no deja la evaluación en manos de una sola persona. Exige la intervención de un equipo interdisciplinario, con al menos un profesional del área psicológica y otros profesionales de la salud, lo que permite mirar el caso desde varias dimensiones: médica, psicológica, social, funcional y humana. La Muerte Voluntaria Médicamente Asistida (MVMA) no puede ser decidida desde una mirada puramente clínica ni desde una lectura meramente jurídica. El sufrimiento humano es complejo y exige abordaje interdisciplinario.

La segunda evaluación, a cargo del/la médico/a consultor/a, refuerza el sistema. Ese profesional debe ser especialista en la patología de base del paciente y debe contar con asistencia de profesionales de psicología y/o psiquiatría. Además, debe ser independiente del médico tratante y del equipo interdisciplinario, lo que evita que el procedimiento quede capturado por un único criterio profesional o por dinámicas institucionales internas.

Esta doble evaluación médica tiene una función de control cruzado. El/la médico/a tratante conoce al paciente, su historia y su proceso y; el/la médico/a consultor/a aporta una mirada externa, técnica e independiente. La combinación de ambas perspectivas reduce el riesgo de error y mejora la calidad de la decisión.

Luego aparece otro elemento clave: la reiteración de la voluntad y el consentimiento informado. El proyecto exige que, después de las evaluaciones y de recibir información adecuada, el paciente reitere su decisión de manera libre, voluntaria y consciente. El consentimiento solo puede prestarse luego de transcurrido un plazo mínimo de quince días desde la solicitud inicial, salvo riesgo cierto e inminente de pérdida de capacidad debidamente certificado por ambos médicos.

Este plazo de reflexión es una garantía fundamental. Una decisión de esta naturaleza no puede ser instantánea ni impulsiva. Debe existir persistencia en la voluntad. El paciente debe tener tiempo para recibir información, pensar, conversar, revisar alternativas y confirmar si su decisión se mantiene. La ley no presume que toda expresión inicial sea definitiva; exige ratificación.

A su vez, establece que nadie puede ser sustituido en la prestación del consentimiento. Esta frase es central. En materia de Muerte Voluntaria Médicamente Asistida (MVMA), la voluntad debe ser propia. Los terceros pueden acompañar, testimoniar, comunicar o hacer operativa una directiva anticipada, pero no pueden crear una voluntad que no existe.

La práctica solo se realiza si tanto el/la médico/a tratante como el/la médico/a consultor/a coinciden en la pertinencia de la solicitud. Si ambos aprueban, se fija la fecha determinada por el paciente mediante ratificación expresa. Si hay incapacidad sobreviniente para fijar la fecha, se respeta primero lo dispuesto por el otorgante en sus directivas anticipadas; en defecto de ello, interviene el representante designado; y solo en defecto de ambos, el médico tratante conforme al procedimiento legal y reglamentario.

De esta manera, no se coloca a la familia como decisora principal. Siendo un acto personalísimo. Los allegados pueden acompañar, puede aportar información, pero no ~~debe~~ decidir el contenido de la voluntad del paciente.

En caso de rechazo o discrepancia entre el/la médico/a tratante y el/la médico/a consultor/a, se activa la Comisión Jurisdiccional. Esto también es un beneficio institucional relevante. El rechazo médico no cierra automáticamente el derecho, pero tampoco se ignora la discrepancia. Se la somete a una instancia plural, con composición técnica, jurídica y social. La Comisión debe resolver en plazo breve, lo que evita que la demora vuelva ilusorio el derecho.

Si la Comisión Jurisdiccional rechaza, interviene la Comisión Nacional. Y si hay negativa, silencio o retardo, queda abierta la acción de amparo. De este modo, el proyecto evita dos extremos: no judicializa todo desde el inicio, pero tampoco deja al paciente sin tutela judicial. La justicia queda como garantía final, no como obstáculo previo.

Este punto conecta con una de las enseñanzas más importantes del fallo "D., M.A.": cuando la ley reconoce un derecho y fija sus condiciones, no corresponde exigir autorización judicial previa para ejercerlo. Judicializar obligatoriamente cada caso implicaría demoras, desigualdad, exposición innecesaria de la intimidad y, en muchos casos, frustración del derecho por el solo paso del tiempo.

Otro beneficio decisivo del proyecto es la trazabilidad documental. La Historia Clínica Electrónica (HCE) opera como soporte único del procedimiento. Todo debe quedar registrado: solicitud, informes, evaluaciones, consentimiento, directivas anticipadas, ratificación, intervención de comisiones y documentación posterior legalmente necesaria. Esta previsión es mucho más que una regla administrativa: es una garantía de legalidad.

La prohibición de instrumentar la Historia Clínica en soporte papel desde el inicio del procedimiento y la prohibición de incorporar posteriormente documentos que debieron registrarse antes son mecanismos de prevención de fraude, manipulación o reconstrucción ex post. En una materia tan delicada, la trazabilidad no es un lujo burocrático: es condición de legitimidad.

El artículo 29°, en este sentido, es uno de los pilares técnicos del proyecto. No solo ordena la Historia Clínica Electrónica (HCE) conforme a la ley N° 27.706 y su decreto reglamentario, sino que regula la digitalización certificada de documentos físicos, la conservación de originales, la responsabilidad del profesional interviniente y la consecuencia administrativa y penal frente a omisiones, alteraciones o incorporaciones indebidas.

Este sistema produce varios beneficios concretos. Primero, protege al paciente, porque impide que se invente o manipule su voluntad. Segundo, ampara al médico que actúa correctamente, porque deja constancia documentada de cada paso. Tercero, resguarda al Estado, porque permite auditar y controlar. Cuarto, salvaguarda a la sociedad, porque genera confianza pública en que la práctica no queda librada a decisiones opacas.

También es importante la creación del Registro Nacional de Directivas Anticipadas y Representantes Designados. La consulta obligatoria por parte del médico tratante permite verificar si el/la paciente dejó instrucciones previas y quiénes fueron designados para hacerlas operativas. Esto evita uno de los grandes problemas prácticos de las directivas anticipadas: que existan, pero nadie las conozca o las encuentre a tiempo.

Otro beneficio institucional es que reduce la litigiosidad. Hoy, muchas decisiones al final de la vida terminan en tribunales porque los médicos temen responsabilidad penal, las familias se enfrentan, las instituciones se cubren y no hay reglas suficientemente claras. Una ley precisa reduce la necesidad de judicializar. No porque excluya al Poder Judicial, sino porque le da a cada actor un marco de actuación.

La doctrina de Maglio y Wierzba advierte precisamente sobre los efectos negativos de la medicalización y judicialización del morir. Señalan que las decisiones en los finales de la vida deben respetar las cosmovisiones de los sujetos involucrados y evitar interferencias innecesarias que agraven el sufrimiento. Ese diagnóstico justifica una regulación que devuelva centralidad al paciente

y reduzca la intervención judicial a los casos de conflicto real.

El proyecto también mejora la seguridad jurídica de los profesionales de la salud. El médico que hoy asistiera a un paciente fuera de un marco legal claro podría quedar expuesto a persecución penal, aun cuando hubiese actuado por compasión, a pedido del paciente y en una situación clínica extrema. El artículo 83° bis proyectado establece que no es delito la asistencia médica al suicidio ni la muerte causada como consecuencia de prácticas eutanásicas cuando se cumplan los requisitos y procedimientos de la ley.

Esto no implica impunidad. Implica despenalización condicionada. Quien actúa dentro de la ley queda protegido; quien actúa fuera de la ley queda expuesto a responsabilidad. Esa es una diferencia decisiva. El proyecto no borra el derecho penal, sino que lo ordena.

A la vez, el artículo 83 ter busca sancionar a quienes obstaculicen injustificadamente el acceso a la práctica en contravención de la normativa. Esta previsión pretende evitar que el derecho reconocido se vuelva puramente declarativo por demoras, negativas arbitrarias o bloqueos institucionales. El desafío técnico, en este punto, será mantener una redacción penal suficientemente precisa, para no criminalizar dudas razonables o demoras justificadas, pero sí sancionar conductas dolosas o arbitrarias que frustren el derecho.

Otro aspecto positivo es la cobertura integral. El proyecto incorpora la prestación al sistema público, obras sociales, medicina prepaga y demás efectores y financiadores. Esto evita que la muerte voluntaria médicamente asistida se convierta en una posibilidad reservada a quienes pueden pagarla. Si el derecho depende del dinero, deja de ser derecho y pasa a ser privilegio.

La cobertura integral también impide que el sistema empuje a los pacientes pobres hacia soluciones informales o clandestinas. La igualdad de acceso es una garantía ética y constitucional. En una materia tan sensible, la desigualdad económica sería especialmente grave.

El proyecto respeta, además, la libertad de conciencia de los profesionales. Esto permite que nadie sea obligado a intervenir directamente en una práctica que contradice sus convicciones principio indispensable en una sociedad plural. Una ley que reconoce la autonomía del paciente también debe reconocer la conciencia del profesional.

Pero esa objeción no puede ser institucional. Una clínica, sanatorio, hospital o entidad financiadora no puede imponer una cosmovisión moral única a todos los pacientes. La objeción pertenece a personas, no a estructuras. De lo contrario, se transformaría en una herramienta de bloqueo general del derecho.

Este equilibrio es uno de los puntos más fuertes del proyecto: reconoce derechos en tensión sin anular ninguno. El paciente no queda sometido a la conciencia del médico; el médico no queda sometido a la voluntad del paciente; y el Estado organiza un sistema para que ambos derechos convivan de manera razonable.

Así podemos también describir en el proyecto propuesto cuatro bloques argumentales específicos: el reconocimiento expreso de los derechos del paciente como artículo autónomo de la parte general, la creación del Registro Nacional de Efectores de Salud, el diseño de las disposiciones transitorias para garantizar la implementación territorial del derecho, y la sistematización de las disposiciones generales que cierran la arquitectura normativa del proyecto.

1. Sobre el reconocimiento expreso de los derechos del paciente (artículo 2)

El proyecto adopta una decisión técnica deliberada al incorporar los derechos del paciente como artículo autónomo dentro del Capítulo I de Consideraciones Generales. Esta opción metodológica responde a una concepción precisa sobre la arquitectura del derecho regulado.

La Muerte Voluntaria Médicamente Asistida (MVMA) no puede comprenderse como una mera prestación sanitaria sujeta al cumplimiento de deberes profesionales: es, en su núcleo, el ejercicio de un derecho personalísimo cuya titularidad reside exclusivamente en el paciente. Por ello, el reconocimiento expreso del catálogo de derechos -acceso a la información, autonomía de la

voluntad, privacidad, confidencialidad y trato digno- en el artículo 2 cumple una función conceptual de primer orden: ubica al paciente como sujeto central del régimen y subordina toda la actuación del sistema sanitario a la realización efectiva de esos derechos.

Esta técnica legislativa se inscribe en la tradición consolidada por la ley N° 26.529 de Derechos del Paciente y por la ley N° 27.610 de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, normas en las cuales el reconocimiento expreso de derechos antecede a la regulación de los procedimientos. La autonomía del paciente, la privacidad y la confidencialidad no son cargas accesorias del sistema sanitario: constituyen el contenido sustantivo del derecho que la ley regula. Por ello, su consagración en la parte general del proyecto opera como cláusula interpretativa de todo el articulado posterior, obligando a una lectura del procedimiento, de las funciones de las Comisiones y de los deberes del personal de salud que en todo momento mantenga al paciente como centro de gravedad.

El derecho de acceso a la información incluye no solo el conocimiento del estado clínico y de las opciones terapéuticas y paliativas disponibles, sino también la información completa sobre las modalidades del procedimiento previsto en la presente ley, sus alcances jurídicos y sus consecuencias. Esta información debe ser entregada en lenguaje y formatos accesibles, lo que articula con las exigencias del artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aprobada por la Ley 26.378 y con la regulación de la comunicación asistida prevista en el artículo 7 del propio proyecto.

El derecho a la autonomía de la voluntad consagra el principio rector del proyecto: la prevalencia de la voluntad libre y autónoma del paciente sobre cualquier consideración externa, sea esta institucional, profesional, familiar o estatal. Este derecho opera como límite inquebrantable al ejercicio de la objeción de conciencia individual del artículo 24°, a las funciones de control de las Comisiones, y a cualquier intervención reglamentaria que pretenda restringir el alcance del derecho reconocido.

Los derechos de privacidad, confidencialidad y trato digno completan el cuadro de garantías sustantivas. La privacidad de las decisiones sobre el final de la vida es expresión directa del artículo 19° de la Constitución Nacional y de la doctrina consolidada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en los precedentes Bahamondez, Albarracini Nieves y D., M.A. La confidencialidad, por su parte, opera no solo durante el procedimiento sino con posterioridad, protegiendo a la persona y a su entorno afectivo frente a indagaciones, juicios sociales o intervenciones no consentidas. El trato digno, finalmente, exige que toda la práctica se desarrolle en un marco de respeto absoluto por las convicciones personales y morales del paciente, sin reproches, juicios ni dilaciones encubiertas.

2. Sobre la creación del Registro Nacional de Efectores de Salud (artículo 30)

La creación del Registro Nacional de Efectores de Salud para la Asistencia en el Final de la Vida constituye una herramienta institucional indispensable para la operatividad efectiva del derecho regulado. Su incorporación responde a la necesidad de articular tres funciones distintas pero convergentes: garantizar la transparencia del sistema, ordenar los flujos de derivación entre efectores, y proveer la base estadística sobre la cual el Estado pueda monitorear la implementación territorial del derecho.

La función de transparencia es la primera y más visible. El Registro, de carácter público y accesible por medios digitales, permite que toda persona pueda conocer qué efectores —del subsector público, de la seguridad social y privado— cumplen con la totalidad de los requisitos técnicos, profesionales y de infraestructura previstos en la presente ley para realizar el procedimiento. Esta accesibilidad neutraliza la asimetría informativa que hoy caracteriza al sistema sanitario argentino, donde el paciente y su entorno suelen carecer de información clara sobre dónde pueden ejercer efectivamente sus derechos. En materia de muerte voluntaria médicamente asistida, dada la sensibilidad y urgencia de las situaciones que la motivan, la opacidad informativa resulta particularmente gravosa.

La función de articulación operativa con los regímenes de derivación constituye el segundo eje del Registro. El proyecto contempla dos supuestos en los cuales un efector debe derivar al paciente a otro establecimiento: el caso del artículo 25°, cuando un efector privado o de la seguridad social no

cuenta con profesionales dispuestos a llevar adelante la práctica por ejercicio individual de objeción de conciencia; y el caso de la disposición transitoria del artículo 39, cuando un efector público provincial no dispone de la infraestructura técnica necesaria, particularmente la Historia Clínica Electrónica (HCE) plenamente operativa. En ambos supuestos, el Registro provee la información operativa indispensable para que la derivación se realice sin dilaciones y con destino seguro, evitando que el paciente quede librado a la búsqueda informal de un efector receptor.

La función estadística y de monitoreo, finalmente, articula al Registro con las funciones de la Comisión Nacional previstas en el artículo 17°. El conocimiento agregado y actualizado sobre la distribución territorial de efectores con capacidad técnica plena permite a la Comisión Nacional identificar zonas con déficit operativo, orientar las políticas de asistencia técnica federal, monitorear la evolución del sistema y elaborar los informes anuales al Consejo Federal de Salud y a las Comisiones de Salud del Congreso de la Nación. Sin el Registro, ese monitoreo quedaría librado a relevamientos episódicos sin base sistemática.

La inscripción en el Registro es obligatoria para todo efector que realice prácticas previstas en la presente ley, lo que excluye toda zona gris: ningún efector puede realizar el procedimiento sin estar previamente inscripto y, recíprocamente, todo efector inscripto queda sometido a los controles de la Comisión Nacional que supervisa el Registro. Esta articulación funcional con la Comisión refuerza la independencia institucional del sistema y completa la arquitectura de garantías que el proyecto construye.

La ubicación del Registro dentro del Capítulo V, inmediatamente después del artículo 29 sobre Historia Clínica Electrónica, responde a la lógica de agrupar las herramientas técnicas e instrumentales del sistema. Ambos institutos -la Historia Clínica Electrónica como soporte exclusivo del procedimiento y el Registro Nacional de Efectores como infraestructura institucional- operan articuladamente: la inscripción en el Registro requiere acreditar Historia Clínica Electrónica plenamente operativa, lo que evita paralelismos normativos y mantiene la coherencia interna del sistema.

3. Sobre las disposiciones transitorias para la implementación territorial (Capítulo VIII)

El proyecto incorpora un capítulo específico de disposiciones transitorias destinado a resolver tres problemas operativos concretos que la implementación del derecho regulado plantea en el contexto federal argentino. La inclusión de estas disposiciones no es ornamental: responde al imperativo técnico de que la ley no se limite al reconocimiento formal del derecho, sino que prevea expresamente los mecanismos para su realización material en todo el territorio nacional.

La primera disposición transitoria, contenida en el artículo 38°, aborda el problema de la garantía de acceso en el sector público provincial durante la implementación de la Historia Clínica Electrónica (HCE). La ley N° 27.706 sancionada en 2023, y su Decreto Reglamentario N° 393/2023 establecen un cronograma de implementación gradual. En la práctica actual, existen jurisdicciones provinciales -especialmente aquellas con sistemas sanitarios menos desarrollados- donde la Historia Clínica Electrónica (HCE) todavía no se encuentra plenamente operativa en todos los efectores públicos. Si el proyecto exigiera la misma como soporte exclusivo del procedimiento sin prever transición, en esas jurisdicciones el derecho quedaría formalmente reconocido, pero materialmente inejecutable, generando una desigualdad territorial inadmisibles en el acceso al derecho.

La solución adoptada por el artículo 38° mantiene intacto el estándar técnico del artículo 29° sobre Historia Clínica Electrónica (HCE) -no rebaja la exigencia para evitar el déficit operativo- y resuelve el problema por la vía del federalismo cooperativo: las jurisdicciones cuyos efectores públicos no dispongan de la infraestructura técnica necesaria deben garantizar el acceso del paciente mediante convenio con la autoridad sanitaria nacional o con otra jurisdicción provincial que cuente con efectores habilitados. La derivación se realiza sin dilaciones, con cobertura integral del traslado y la atención médica, asumiendo los costos la jurisdicción de origen del paciente. Esta atribución de costos es técnicamente correcta porque alinea responsabilidad con costo: la jurisdicción que demora la implementación de Historia Clínica Electrónica (HCE) asume las consecuencias económicas de esa demora, lo que opera simultáneamente como incentivo para acelerar la

implementación.

La disposición incluye una cláusula de extinción automática: la transitoria pierde vigencia respecto de cada jurisdicción a partir del momento en que ésta acredite ante la autoridad de aplicación nacional la implementación plena de la Historia Clínica Electrónica (HCE) en al menos un efector público por región sanitaria. Esto evita que la disposición transitoria se vuelva permanente por inercia y opera como acelerador concreto del proceso de modernización sanitaria provincial.

El artículo 39° complementa el dispositivo anterior mediante la previsión de asistencia técnica federal para la implementación. La autoridad de aplicación nacional, en el marco de la ley N° 27.706 y de los convenios de cooperación federal vigentes, brinda asistencia técnica y, dentro de las disponibilidades presupuestarias, puede contribuir al financiamiento de la infraestructura necesaria. Este dispositivo desactiva la objeción presupuestaria previsible de las provincias rezagadas y completa la arquitectura cooperativa: la disposición transitoria del artículo 38° fija obligaciones, y el artículo 39° ofrece los recursos técnicos y financieros para cumplirlas. La cláusula sobre disponibilidades presupuestarias responde a la tradición legislativa argentina sobre compromisos federales en materia sanitaria y respeta las prerrogativas del Poder Ejecutivo en la ejecución presupuestaria.

El plazo de doce meses fijado para la implementación operativa en al menos un efector público por región sanitaria es razonable comparativamente con los procesos de implementación de sistemas de Historia Clínica Electrónica (HCE) en otras jurisdicciones del derecho comparado y resulta coherente con los plazos generales del propio Decreto Reglamentario N° 393/2023 de la ley N° 27.706.

El artículo 40° cierra el capítulo transitorio con una disposición sobre continuidad jurídica de las directivas anticipadas otorgadas con anterioridad a la entrada en vigor de la presente ley. Este artículo protege la seguridad jurídica de las personas que, conforme al régimen vigente de la ley N° 26.529, hubieran formalizado directivas anticipadas: tales declaraciones conservan plena validez en cuanto cumplan los requisitos de fondo y forma exigidos por la legislación entonces aplicable. La inscripción en el Registro Nacional creado por el artículo 32° se vuelve obligatoria para la oponibilidad frente a terceros a partir de los noventa días de su entrada en operatividad, plazo que permite la migración ordenada de las directivas existentes al nuevo régimen registral. La posibilidad de inscripción a pedido del otorgante, del representante designado o de oficio por la autoridad de aplicación amplía las vías para garantizar que las directivas previas no queden desprotegidas durante la transición.

El conjunto de las tres disposiciones transitorias construye una arquitectura coherente: la primera resuelve la operatividad del derecho frente a las disparidades territoriales actuales en infraestructura sanitaria, la segunda provee los recursos para superar esas disparidades, y la tercera preserva la continuidad jurídica de los actos otorgados conforme al régimen anterior. Esta sistematización refleja una concepción del proyecto como ley que no se agota en el reconocimiento del derecho, sino que asume la responsabilidad de garantizar su realización efectiva en todo el territorio nacional, anticipándose a los problemas operativos que la práctica federal argentina previsiblemente plantea.

4. Sobre la sistematización de las disposiciones generales (Capítulo VII)

La arquitectura final del proyecto contempla un Capítulo VII de Disposiciones Generales que agrupa las exenciones tributarias, la designación de la autoridad de aplicación y la declaración de orden público de la ley. Esta sistematización responde a una decisión de técnica legislativa orientada a separar con claridad las distintas categorías normativas del proyecto: las modificaciones a otros cuerpos normativos quedan reunidas en el Capítulo VI; las disposiciones generales que califican jurídicamente a la propia ley se ubican en el Capítulo VII; las disposiciones transitorias se concentran en el Capítulo VIII; y las disposiciones finales sobre reglamentación y forma cierran la estructura en el Capítulo IX.

La declaración de orden público contenida en el artículo 37° reviste particular importancia técnica y política. Tal declaración produce dos efectos jurídicos relevantes. Primero, prohíbe la autonomía de la voluntad para apartarse de las disposiciones de la ley en relaciones particulares, lo que neutraliza

cualquier intento de pactos privados, condiciones contractuales o reglamentos institucionales que pretendan restringir el alcance del derecho reconocido. Segundo, opera como pauta interpretativa para los jueces y operadores administrativos sobre la jerarquía de los intereses en juego, indicando que el régimen establecido por la ley no admite excepciones por razones contractuales, institucionales o económicas.

Esta calificación se inscribe en una tradición legislativa argentina consolidada en materia de derechos sanitarios. La ley N° 26.529 de Derechos del Paciente, la ley N° 27.610 de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y la ley N° 27.678 de cuidados paliativos incluyen análogas declaraciones de orden público, lo que refleja una concepción uniforme del legislador argentino: los derechos vinculados a la salud, a la autonomía corporal y al final de la vida no son derechos disponibles cuya operatividad pueda quedar librada a la autonomía contractual o a la regulación institucional, sino derechos cuya protección requiere el respaldo del orden público nacional.

La ubicación del orden público antes de las disposiciones transitorias responde a la pauta técnica de que las normas sustantivas anteceden a las normas instrumentales. El orden público es una calificación jurídica sustantiva de la totalidad de la ley; las transitorias son normas operativas para el período de transición. El orden de los capítulos refleja, por tanto, la jerarquía conceptual de las normas: primero el contenido sustantivo, después la operatividad temporal, finalmente las disposiciones de forma.

El régimen de exenciones tributarias del artículo 35° elimina las barreras económicas para el ejercicio del derecho mediante la exención de tasas, impuestos, sellados, contribuciones o cualquier otro gravamen para todos los trámites, actuaciones administrativas o judiciales vinculados a la aplicación de la ley. La invitación a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir y disponer igual exención en sus respectivas jurisdicciones respeta la autonomía tributaria local y, al mismo tiempo, fija un estándar federal que las jurisdicciones se ven políticamente compelidas a replicar para evitar desigualdades territoriales en el acceso al derecho.

La designación de la autoridad de aplicación a cargo del Poder Ejecutivo, contenida en el artículo 36°, sigue la técnica habitual en la legislación sanitaria argentina y permite la asignación operativa al Ministerio de Salud de la Nación o al organismo que el Poder Ejecutivo determine. La fórmula es deliberadamente flexible para que la organización administrativa pueda adaptarse a futuras reestructuraciones del aparato estatal sin necesidad de reforma legislativa.

5. Síntesis

Las incorporaciones técnicas que el proyecto consagra en su versión definitiva —reconocimiento expreso de los derechos del paciente como artículo autónomo, Registro Nacional de Efectores de Salud, disposiciones transitorias para la implementación territorial y sistematización de las disposiciones generales— completan la arquitectura del régimen y responden a una concepción.

Conclusiones

En términos de política sanitaria, nuestro proyecto también tiene otro beneficio: obliga a hablar seriamente del final de la vida. La sociedad argentina ha avanzado en derechos del paciente, cuidados paliativos y directivas anticipadas, pero todavía conserva una dificultad cultural para discutir la muerte de manera abierta. Esa dificultad genera silencios, conflictos familiares, decisiones tardías y sufrimientos evitables.

La muerte voluntaria médicamente asistida (MVMA) no reemplaza la muerte digna ni los cuidados paliativos. Los complementa en un ámbito excepcional. La muerte digna regula, principalmente, el derecho a rechazar tratamientos o retirar soportes vitales desproporcionados. La MVMA regula algo distinto: la posibilidad de solicitar asistencia médica activa para morir cuando se cumplen condiciones estrictas. Confundir ambas categorías oscurece el debate. Distinguir las permite legislar con precisión.

La propia doctrina nacional ha insistido en la necesidad de precisar términos como eutanasia, muerte digna y adecuación del esfuerzo terapéutico, porque los equívocos conceptuales generan

controversias innecesarias. El proyecto responde a esa exigencia conceptual al definir MVMA como categoría general y diferenciar sus dos modalidades.

También hay un beneficio democrático. La regulación permite que una cuestión que hoy aparece atravesada por prejuicios, silencios o decisiones judiciales aisladas sea debatida públicamente y resuelta por el Congreso. En una democracia constitucional, los dilemas morales complejos no deben permanecer escondidos. Deben ser discutidos con seriedad, con respeto por las distintas posiciones y con reglas claras.

La nota sobre la experiencia española muestra que la regulación fue posible por cambios culturales profundos: secularización, pluralismo, admisión de concepciones distintas del bien y expansión de la autonomía de la voluntad. Ese dato no significa copiar el modelo español, sino comprender que estas leyes nacen cuando una sociedad acepta que no todos sus miembros piensan igual sobre la vida, la muerte, el sufrimiento y la dignidad.

En Argentina, ese debate también existe. Hay quienes, por razones religiosas, filosóficas o personales, rechazan toda forma de muerte voluntaria médicamente asistida. Esa posición merece respeto. Pero también existen personas que, ante una enfermedad irreversible, dolores intensos, sufrimiento psíquico grave o dependencia extrema, consideran que la prolongación de su vida en esas condiciones vulnera su dignidad. Esa posición también merece respeto.

El derecho no debe elegir una conciencia contra otra. Debe permitir que cada persona actúe conforme a la propia, siempre que no lesione derechos de terceros. Esa es la función de una ley plural: no obliga a solicitar la práctica, no obliga a realizarla a quien objeta, no abandona al paciente, no deja solo al médico y no esconde el problema.

Por eso, los beneficios del proyecto son simultáneamente individuales e institucionales. Para el paciente, reconoce autonomía, evita sufrimiento impuesto y garantiza acompañamiento. Para la familia, ofrece reglas claras y reduce conflictos. Para los médicos, brinda seguridad jurídica y preserva la objeción de conciencia. Para el Estado, permite control público. Para la sociedad, evita clandestinidad, desigualdad y judicialización innecesaria.

Nuestro proyecto, en definitiva, no propone una salida simple a un problema complejo. Proponemos una salida responsable. Reconocemos que hay decisiones que solo pertenecen a la persona que sufre, pero también reconoce que el Estado debe asegurarse de que esa decisión sea libre, informada, persistente y controlada.

La ausencia de ley deja espacio a la incertidumbre. La prohibición absoluta deja espacio al sufrimiento impuesto. La regulación sin controles dejaría espacio al abuso. Nuestro proyecto intenta evitar los tres riesgos: ni silencio normativo, ni imposición paternalista, ni permisividad irresponsable.

Ese equilibrio es su principal virtud.

En definitiva, con el presente proyecto no introducimos un debate ajeno al ordenamiento jurídico argentino, sino que abordamos de manera directa una realidad existente que hoy carece de regulación suficiente. Entendemos que la ausencia de un marco normativo claro no elimina estas situaciones, sino que las traslada a ámbitos de incertidumbre, desigualdad y, en muchos casos, informalidad.

Con nuestra propuesta legislativa buscamos ofrecer una respuesta jurídica prudente y garantista, que articule la autonomía personal con mecanismos efectivos de control, evitando tanto la imposición de decisiones sobre el individuo como la ausencia de reglas frente a situaciones de extrema complejidad.

Asumimos la tarea de reconocer que el respeto por la dignidad humana no puede dissociarse de la voluntad del propio sujeto, y que el derecho debe garantizar condiciones seguras, transparentes y equitativas para el ejercicio de esa libertad, sin desconocer la diversidad de convicciones que conviven en una sociedad plural.

En este sentido, con la regulación que proponemos no promovemos una práctica, sino que

establecemos límites, procedimientos y garantías allí donde hoy predominan la incertidumbre y la desigualdad.

En el entendimiento de que la presente iniciativa redundará en beneficio de toda la sociedad por igual, es que solicitamos a nuestros pares el acompañamiento del presente proyecto de ley.

Diputado Nicolás A. Trotta.-
Diputada María Jimena López.-
Diputado José Glinski.-