



POLÍTICAS PARA LA REPÚBLICA

La eutanasia como problema bioético y político

Introducción

El debate sobre la eutanasia y la muerte asistida ha dejado de ser una discusión exclusiva de los ámbitos académicos o de experiencias legislativas de países lejanos. En Argentina, proyectos de ley y una creciente atención pública lo han instalado con fuerza creciente en la agenda política, y todo indica que la discusión se va a profundizar en los próximos años. Este informe es la respuesta de Políticas para la República a ese desafío: un análisis riguroso del problema en todas sus dimensiones relevantes, que recorre los fundamentos conceptuales y las definiciones necesarias para el debate, el problema bioético y los distintos planteamientos que lo organizan, los fundamentos filosóficos que sostienen nuestra posición, el marco jurídico comparado y el derecho positivo argentino, y la realidad sanitaria del país en materia de cuidados paliativos. Frente a los problemas de las personas en el final de la vida, nuestro partido no considera que la eutanasia sea una correcta solución, en cambio creemos que se debe garantizar el acompañamiento, el alivio del dolor y el cuidado integral que merece la persona humana.

Definiciones

La palabra *eutanasia* proviene del griego *eu-thanatos*, que significa “buena muerte”, entendida originalmente como una muerte apacible y sin sufrimiento. En la bioética contemporánea, la eutanasia se define como **toda acción u omisión realizada por un profesional de la salud con la intención directa de provocar la muerte de un paciente, con el fin de eliminar su sufrimiento.**

Esta definición contiene tres elementos esenciales: la existencia de una intervención humana (ya sea por acción u omisión), la intención directa de causar la muerte y la finalidad compasiva de poner fin al sufrimiento. Por lo tanto, la eutanasia implica que la muerte no es consecuencia natural de la enfermedad, sino el resultado buscado de una decisión deliberada y de una intervención médica.



POLÍTICAS PARA LA REPÚBLICA

Tipos de eutanasia y conceptos relacionados

Criterio	Tipo	Descripción	Diferencia clave con la eutanasia
Modo de intervención	Activa	La muerte se provoca mediante una acción positiva, como la administración de una sustancia letal.	—
	Pasiva ¹	La muerte se provoca intencionalmente mediante la omisión de tratamientos necesarios para mantener la vida.	—
Consentimiento	Voluntaria	Se realiza con el consentimiento explícito del paciente.	—
	Involuntaria	Se lleva a cabo sin el consentimiento del paciente, por incapacidad, inconsciencia u otras circunstancias que impiden la manifestación de voluntad.	—
Intención	Directa	La muerte del paciente es buscada de manera intencional, ya sea mediante una acción o una omisión, con el propósito explícito de terminar con su vida.	—
	"Indirecta" ²	Concepto considerado incorrecto en bioética. Describe erróneamente los efectos secundarios inevitables de tratamientos paliativos en los que la muerte no es buscada, sino una consecuencia no deseada del alivio del sufrimiento.	—
Conceptos relacionados			



POLÍTICAS PARA LA REPÚBLICA

Participación del profesional	Suicidio asistido	El profesional de la salud proporciona los medios necesarios para morir, pero es el propio paciente quien ejecuta el acto final.	En la eutanasia, es el profesional quien realiza directamente el acto letal. Ambas prácticas comparten el mismo núcleo problemático: la intención directa de causar la muerte.
Proceso natural de la muerte	Ortotanasia	Consiste en permitir que la muerte ocurra de manera natural, evitando tratamientos desproporcionados o inútiles, y garantizando el alivio del dolor y el acompañamiento integral. La causa de la muerte sigue siendo la enfermedad.	En la eutanasia, la muerte es el resultado buscado de una intervención deliberada. En la ortotanasia, la muerte sobreviene naturalmente: no se la provoca ni se la acelera.
Prolongación artificial de la agonía	Distanasia	Muerte en malas condiciones causada por el uso de tratamientos desproporcionados, inútiles o extraordinarios que solo prolongan artificialmente el proceso de morir sin beneficio real para el paciente.	La eutanasia busca anticipar la muerte; la distanasia la prolonga innecesariamente. Ambas son rechazadas por la ética médica: la respuesta correcta es la ortotanasia.

¹ No debe confundirse la eutanasia pasiva con la omisión de tratamientos desproporcionados, extraordinarios o fútiles. En esos casos, la suspensión del tratamiento es una práctica médica correcta: no busca causar la muerte, sino evitar la prolongación artificial del proceso de morir.

² No existe eutanasia sin intención de provocar la muerte. Hablar de "eutanasia indirecta" es conceptualmente inexacto: si no hay intención de causar la muerte, no hay eutanasia.

El encarnizamiento terapéutico y su respuesta

Uno de los argumentos más frecuentes a favor de la eutanasia es el miedo a una muerte prolongada, dolorosa y sostenida artificialmente por la tecnología médica. Ese miedo tiene nombre propio en la bioética: encarnizamiento terapéutico, también llamado ensañamiento u obstinación terapéutica. Se trata de la aplicación de tratamientos médicos que ya no ofrecen ningún beneficio real al paciente, que no mejoran su condición, no alivian su sufrimiento y no le devuelven calidad de vida, y que solo consiguen prolongar el proceso de morir.

El encarnizamiento terapéutico ocurre cuando la medicina, en lugar de ponerse al servicio de la persona, se convierte en un fin en sí misma: se sigue interviniendo no porque el paciente vaya a mejorar, sino porque existen los medios técnicos para hacerlo. El resultado es una agonía prolongada artificialmente, muchas veces en



POLÍTICAS PARA LA REPÚBLICA

condiciones de sufrimiento severo, sin posibilidad real de recuperación. Esto constituye una violación de la dignidad del paciente.

Es importante entender que este problema real es frecuentemente utilizado en el debate público para justificar la eutanasia. El argumento implícito es que si la única alternativa a una muerte asistida es una muerte medicalizada y sufriente, entonces la eutanasia parece razonable. Pero esa no es la única alternativa. El derecho y la ética médica ya ofrecen una respuesta distinta, que no requiere provocar la muerte.

La adecuación del esfuerzo terapéutico y sedación paliativa

La adecuación del esfuerzo terapéutico (también llamada limitación del esfuerzo terapéutico) consiste en ajustar los tratamientos médicos a lo que realmente puede beneficiar al paciente en cada etapa de su enfermedad. Cuando un tratamiento ya no cumple ningún fin terapéutico razonable, la decisión ética y médicamente correcta es no iniciarlo o retirarlo, priorizando en cambio el confort, el alivio del dolor y el acompañamiento humano. El objetivo no es acortar la vida ni prolongarla artificialmente: es acompañar el proceso natural de morir con el mayor cuidado posible.

En este contexto cobra relevancia el concepto de futilidad terapéutica, que se refiere a aquellas intervenciones médicas que resultan clínicamente ineficaces, no mejoran el pronóstico ni los síntomas del paciente o pueden producir un daño mayor y desproporcionado en relación con el beneficio esperado. La utilización de tratamientos fútiles o desproporcionados puede prolongar innecesariamente el sufrimiento del paciente y de su entorno familiar, además de implicar un uso ineficiente e inequitativo de los recursos sanitarios. Por ello, cuando una intervención carece de una finalidad terapéutica razonable, su limitación o retirada constituye una decisión clínica y ética acorde con la buena práctica médica.

Esta práctica no sólo es éticamente admisible: es la que el ordenamiento jurídico argentino ya reconoce y protege. La Ley de Muerte Digna habilita expresamente al paciente a rechazar tratamientos desproporcionados o extraordinarios, y la jurisprudencia de la Corte Suprema ha dejado en claro que retirar medidas de soporte vital en estas condiciones no es eutanasia, sino el ejercicio legítimo de ese derecho.

Dentro de estas decisiones también se incluyen diferentes intervenciones médicas que constituyen tratamientos de soporte vital. Entre ellas se encuentra la nutrición e hidratación artificial, que en nuestro país es considerada un tratamiento médico sujeto a indicación clínica y, por lo tanto, susceptible de ser iniciado, limitado o retirado según su proporcionalidad y beneficio para el paciente. Del mismo modo,



POLÍTICAS PARA LA REPÚBLICA

otras medidas de soporte vital —como la asistencia mecánica respiratoria, el uso de fármacos vasoactivos o inotrópicos, la diálisis u otras terapias de reemplazo de órganos— también pueden ser objeto de adecuación del esfuerzo terapéutico cuando dejan de aportar un beneficio real o se vuelven desproporcionadas frente al estado clínico del paciente.

En pacientes gravemente enfermos, especialmente aquellos cercanos a la etapa final de la vida, el organismo muchas veces pierde la capacidad de metabolizar adecuadamente los nutrientes o de incorporar fluidos sin generar discomfort. De hecho, al final de la vida el propio organismo suele disminuir o rechazar de forma natural la ingesta de alimentos y líquidos. En la fase final de muchas enfermedades, como el cáncer, las insuficiencias orgánicas o las enfermedades neurodegenerativas, son frecuentes los déficits nutricionales. En estos casos, la malnutrición no constituye la causa del deterioro clínico, sino una consecuencia de la evolución de la enfermedad, por lo que el objetivo prioritario del tratamiento no es revertirla, sino mejorar los síntomas y el confort del paciente.

En determinadas situaciones del proceso de morir pueden presentarse síntomas intensos y refractarios, como disnea, dolor, delirium, vómitos, hemorragia masiva que generan un sufrimiento significativo. Se considera que un síntoma es refractario cuando no puede ser adecuadamente controlado a pesar de haber aplicado de forma correcta los tratamientos disponibles, en dosis y tiempos apropiados, o cuando las intervenciones necesarias para controlarlo producirían efectos adversos inaceptables para el paciente. En estos casos puede estar indicada la sedación paliativa, definida como la administración deliberada de fármacos en las dosis y combinaciones necesarias para disminuir el nivel de conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, con el objetivo de aliviar un sufrimiento causado por síntomas refractarios. Su finalidad es exclusivamente el alivio del sufrimiento, no la provocación de la muerte. En algunos casos puede producirse un acortamiento indirecto de la vida como efecto secundario no buscado, lo cual se justifica éticamente mediante el principio del doble efecto: se persigue un bien (el alivio del sufrimiento) y se tolera un efecto negativo que no es ni el medio ni el fin de la intervención.

Tanto la adecuación terapéutica como la sedación paliativa forman parte de los cuidados paliativos integrales, cuyo objetivo es acompañar al paciente y a su familia en el final de la vida con dignidad, alivio del dolor y contención humana. Esta es la respuesta que la medicina, la ética y el derecho ofrecen frente al encarnizamiento terapéutico.



El problema bioético

Antes de comenzar a hablar sobre la eutanasia y su propuesta, a través de diferentes nombres, como proyectos de ley, conviene aclarar algunos principios que sostienen la inconveniencia de aprobar una norma en este sentido. Para ello es necesario referirse a la Bioética, ver brevemente su historia, su objeto de estudio y desarrollo posterior así como también los planteamientos, planteos o propuestas éticas que sostienen las distintas respuestas éticas a los problemas biomédicos. Luego de eso, ver desde el más acertado de ellos el problema de la eutanasia para finalmente concentrarse en la relación que existe entre la ética, el derecho, el Estado y las leyes.

Breve Historia del surgimiento de la Bioética

La Bioética es una disciplina filosófica que surgió relativamente hace poco. El iniciador fue un oncólogo de EEUU llamado Van Rensselaer Potter. Preocupado en los años '70 del siglo pasado por la creciente polución del ambiente y por la separación de la ética, la filosofía y las ciencias humanas del ejercicio y la reflexión médica, propuso la creación de una nueva ciencia llamada "Bioética", que buscaría las formas de ser una "ciencia de la supervivencia" y "un puente hacia el futuro", como titularía a dos papers que fueron publicados y tuvieron mucho éxito en los círculos académicos. Sin embargo, sería el aporte de otro médico, el oftalmólogo André Hellegers, quien trabajaba para el Instituto Joseph and Rose Kennedy para la Reproducción Humana, quien le diera la orientación definitiva hacia una bioética médica, dejando de lado lo ambiental. Hacia 1992 surge la primera Enciclopedia de Bioética y de a poco fue instalándose en hospitales y Universidades más comités de esta disciplina, así como investigaciones y desarrollos que hicieron de ella una rama aceptada de la ética y de las ciencias humanas.

Las características de la Bioética como disciplina, es decir su método.

Lo interesante de la Bioética es que no es una ciencia más como cualquier otra. Es una disciplina compleja que permite poner en diálogo muchas otras más para poder llegar a una conclusión que es el juicio ético sobre la licitud o no de realizar las distintas intervenciones.

Por todo lo anterior, se puede afirmar que es **multidisciplinar e interdisciplinar**. Cuando se habla de lo primero, se entiende que intervienen una pluralidad de ciencias auxiliares como la medicina, la biología, la sociología, la psicología, psiquiatría, el derecho, la economía, la política, la teología, la antropología filosófica y la ética, que es el vértice de ésta. Esto nos lleva a la otra cara del método, que es lo interdisciplinar. Si bien todas tienen algo que aportar, la realidad es que no están



POLÍTICAS PARA LA REPÚBLICA

todas al mismo nivel, porque por una parte, basándose en la realidad de la persona ésta no puede ser entendida solamente por una sola ciencia o bien por la suma de las mismas, ya que es un ser capaz de trascendencia y digno por sí mismo, es necesario el aporte de la filosofía y la teología que dan una visión más global y firme. Además, al ser una disciplina *práctica*, que incide y exige ciertas acciones humanas para la consecución de los fines de la persona y de la sociedad, es necesario que la ética se expida dando ese juicio bioético que alienta a que se realice una intervención o no, o incluso que se promueva la sanción de diferentes leyes que permitan el resguardo de la dignidad de la persona en todas las etapas de su vida.

La definición de la Bioética propiamente dicha

Actualmente ya es comúnmente aceptada la definición de la misma como la ciencia que investiga las acciones humanas en el campo de las ciencias de la vida y la salud a la luz de los principios y valores éticos. Ahora bien, la discusión no surge en torno a la definición y su objeto de estudio -que ya están claramente definidos- sino en torno a qué se considera como bueno y malo y por lo tanto realizable o no desde el punto de vista médico. La respuesta que se le dé a ésta dependerá siempre de los fundamentos de la antropología filosófica y la metafísica que se maneje. De acuerdo con esto, si bien existen muchos planteamientos o planteos o propuestas bioéticas, generalmente se las puede clasificar en cuatro.

- A) Planteamiento Utilitarista:** para el planteamiento utilitarista hay tres aspectos que son:
 - 1- *Consecuencialismo*: las consecuencias de los actos médicos que deben ayudar al paciente o a la sociedad.
 - 2- *Utilitarismo*: es el centro de la ética utilitarista, el cálculo del costo/beneficio entendiendo beneficio como maximización del placer y el costo lo que reduce el mismo.
 - 3- *Imparcialidad o igualdad*: Estos beneficios extendidos a la mayor cantidad de individuos posibles.
- B) Planteamiento Clínico:** aquí no existen ya principios, sino que lo permitido o no dentro de las acciones biomédicas dependerá de los acuerdos que se hagan entre cada médico y paciente.
- C) Planteamiento Principalista:** es lo más extendido en la bioética anglosajona. Propone tres principios que son:
 - I- Autonomía:** supone que los sujetos son autónomos, libres, y que deben tomar sus propias decisiones y deben ser respetadas. Para que esa decisión



POLÍTICAS PARA LA REPÚBLICA

se pueda tomar, se debe explicar en qué consistiría el procedimiento y de ahí el consentimiento informado.

II- Beneficencia o ausencia de daño: la intervención debe tener como fin el bienestar del sujeto o al menos, no dañarlo ni dejarlo peor de lo que ya está.

III- Justicia: suponiendo la igualdad de todos los individuos, se les debe dar a todos lo mismo por igual.

D) Planteamiento personalista: como su nombre lo indica, aquí se parte de la realidad de lo que la persona es por sí misma. No de un constructo teórico o de una declaración o ley, sino de lo que cada ser humano es y del valor intrínseco que posee al ser único e irrepetible y por ello, siempre sujeto nunca objeto ni instrumentalizable. Por eso se habla de la dignidad de la persona humana. Como afirma León Correa, “Digno es aquello por lo que algo destaca entre otros seres, en razón del valor que le es propio... lo que debe ser tratado con ‘respeto’ con ‘miramiento’ por su valor intrínseco”.

De aquí se siguen cuatro principios que se usan para saber la licitud o no de las prácticas biomédicas:

i) Defensa de la vida física: como la persona es una unidad biopsicoespiritual en relación social, el cuerpo y la vida no son un “algo”, se identifica con la persona misma, de ahí que se pueda decir de alguna manera, que la persona es su cuerpo y su vida. De ahí la necesidad de cuidarla porque sin vida, no hay persona. Esto excluye prácticas que pongan en riesgo la misma o que busquen directamente eliminarla.

ii) Totalidad: la persona es una unidad biopsicosocioespiritual y por lo tanto es lícito intervenir desde lo biomédico ya sea para curar alguna parte de la persona y que ello incluya la ablación de alguna parte del cuerpo o bien intervenir haciendo incisiones o lo que fuere necesario siempre que no se ponga en riesgo el primer principio. Esto justifica éticamente, por ejemplo, el tratamiento oncológico o la extracción del apéndice, etc. Porque es una parte del todo que es la persona y su salud es mayor que sólo una parte de la misma.

iii) Libertad y responsabilidad: aquí se retoma la libertad de la persona, pero no como criterio último o fin de todas las acciones. Es un medio *para elegir por sí mismo el bien*. Es decir que lo más importante es el bien (en este caso el bien que es la vida física). Por ello la necesidad también del consentimiento informado y de la explicación de lo que se hará para poder decidir cómo actuar. Al mismo tiempo se resalta la responsabilidad, es decir, la capacidad de hacerse cargo de lo que se decide hacer. Como dijera



POLÍTICAS PARA LA REPÚBLICA

Frankl,” junto a la estatua de la libertad habría que levantar otra, la de la responsabilidad “. Es responder por lo decidido en libertad. Respuesta a la propia conciencia, a la ley, a la sociedad y a la Trascendencia también.

iv) Subsidiaridad y solidaridad: Por subsidiaridad se entiende lo que permite que la sociedad civil pueda funcionar, ya que se trata de cómo las distintas sociedades de las que las personas participan se ayudan entre sí para alcanzar sus objetivos, especialmente las que más pueden a las que menos y de ahí también el rol del Estado en cuanto encargado de la búsqueda del Bien Común. Y la solidaridad en cuanto respuesta a la interdependencia humana, buscando la unidad y el bien de todos. Se fundamenta en la dignidad humana y la responsabilidad compartida, donde todos somos responsables de todos.

De esta manera, se va más allá de una mera justicia distributiva donde se buscaría, por ejemplo, distribuir los bienes que permiten asistir a los pacientes no ya desde una perspectiva utilitarista, donde se buscaría dar a los que más posibilidades tendrían de sobrevivir o los que puedan pagar el tratamiento. Con estos principios se refuerza que la sociedad está formada por personas igualmente dignas, que necesitan ser cuidadas y tratadas como tales para conseguir el verdadero fin de toda la vida social y política: la consecución del Bien Común.

De ahí la importancia de las normas jurídicas y por lo tanto, del Estado, en cuanto que es el encargado de conseguir el mismo.

Fundamentos Filosóficos

De los planteamientos bioéticos presentados, Políticas para la República se para desde el personalista, porque es el que permite comprender al ser humano en todas sus dimensiones sin reducirlo a su utilidad, su autonomía o su capacidad funcional. Desde ahí, la posición del partido parte de la idea central de que la dignidad de la persona humana no es algo que se gana ni que se pierde. No depende de estar sano, de ser autónomo, de ser productivo ni de lo que otros piensen de uno. Es algo que pertenece a cada ser humano por el solo hecho de serlo, antes de cualquier elección y más allá de cualquier circunstancia. Lo que sigue explica de dónde viene esa idea, qué tradiciones filosóficas la sustentan y qué implica concretamente para el problema de la eutanasia.

I. La vida como un bien en sí mismo



POLÍTICAS PARA LA REPÚBLICA

Una de las tradiciones filosóficas más sólidas de Occidente, que va de Aristóteles a Tomás de Aquino, sostiene que cada ser tiene una naturaleza propia y, con ella, un fin hacia el que tiende. En el caso del ser humano, ese fin no es simplemente sobrevivir sino que está llamado a desarrollarse como persona, ejercer la razón, relacionarse con otros, crecer moralmente. La vida, desde este punto de vista, es la condición que hace posible todo lo demás.

De aquí se sigue algo importante, si la vida es el bien que permite todos los otros bienes humanos, no puede ser tratada como algo que se descarta cuando resulta difícil de sostener. Tomás de Aquino argumentó que destruir deliberadamente la vida humana va contra el fin natural de la persona, porque convierte en objeto de eliminación aquello que es, por naturaleza, sujeto de desarrollo y crecimiento.

Esto no significa ignorar el dolor ni negar que la enfermedad es un mal real. Nadie que haya visto de cerca el sufrimiento severo puede minimizarlo. Pero hay una diferencia enorme entre aliviar el sufrimiento y eliminar a quien sufre. En un caso, la persona enferma sigue siendo tratada como un fin, en el otro, se la trata como un problema que hay que resolver.

II. La dignidad no depende del estado en que uno se encuentra

El personalismo filosófico, desarrollado con profundidad por Karol Wojtyła, ofrece una perspectiva muy concreta sobre esto. Wojtyła insistió en que la persona humana no puede ser reducida a lo que hace o a lo que produce. Cada ser humano tiene una interioridad, una capacidad de relación y de amor que lo convierte en alguien único e irrepetible, no en algo intercambiable o descartable.

Desde esta visión, la vulnerabilidad no disminuye la dignidad de una persona, solo la hace más visible. Cuando alguien ya no puede valerse por sí mismo, cuando depende completamente del cuidado ajeno, no debe convertirse en una carga o en un estorbo. Allí está la ocasión más clara de reconocer que la dignidad no tiene que ver con la capacidad funcional, sino con ser persona.

El personalismo filosófico contemporáneo, de la mano de Robert Spaemann, sostiene la idea que ser persona no es una propiedad que se tiene en mayor o menor medida según las circunstancias. O se es persona, o no se es. Y todo ser humano lo es, desde el principio hasta el final. En este sentido, la dignidad no es algo que se tiene cuando uno está bien y se pierde cuando uno está mal. Es una condición que permanece intacta en la enfermedad, en la vejez, en la dependencia y en el sufrimiento.



POLÍTICAS PARA LA REPÚBLICA

Esto tiene una consecuencia directa para el debate sobre eutanasia. Quienes la defienden suelen argumentar que hay vidas que ya no tienen calidad suficiente, o que una persona que sufre mucho ya no puede vivir con dignidad. Pero la dignidad pertenece a la persona y no a sus circunstancias. Por lo tanto, no existe ningún estado de salud o de dependencia que justifique tratar la vida de alguien como si ya no valiera la pena de ser sostenida.

En el plano del reconocimiento político e internacional, esta idea encontró su expresión más clara en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948. La Declaración afirma que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, reconociendo que esa dignidad es inherente a la persona, no otorgada por el Estado ni condicionada por circunstancias externas. Ese fue precisamente el punto de partida que la comunidad internacional eligió tras la experiencia de regímenes que habían decidido qué vidas merecían ser vividas y cuáles no.

III. La libertad es un bien real, pero no es absoluta

El argumento más escuchado a favor de la eutanasia es el de la autonomía: si alguien decide libremente cómo quiere morir, ¿por qué el Estado debería impedirselo? Es una pregunta legítima, y no hay que descartarla. La libertad personal es un valor real. Desde Políticas para la República, entendemos que la libertad es uno de los mayores bienes humanos, y así está plasmado en nuestros principios. Sin embargo, diferimos de la clásica posición liberal.

Esta posición tiene defensores importantes en el plano filosófico. En 1997, un grupo de filósofos liberales de primer nivel (entre ellos John Rawls y Ronald Dworkin) presentaron un escrito ante la Corte Suprema de los Estados Unidos argumentando que el Estado no puede imponerle a un ciudadano una concepción particular sobre el valor de su propia vida. Según ellos, la decisión sobre cómo morir es una decisión ética y personal que el Estado liberal debe respetar sin intervenir, del mismo modo que respeta las convicciones religiosas de cada uno. Aquí aparece el argumento clásico de la neutralidad estatal: el Estado no toma partido entre visiones del bien, sino que garantiza que cada uno viva según la suya.

Hay algo verdadero en esa posición. Es correcto que las convicciones religiosas de cada persona pertenecen a su fuero íntimo y que el Estado no puede imponerlas ni prohibirlas. Pero extender esa lógica a toda decisión ética es un salto que no se sostiene. La neutralidad ética del Estado es, en el fondo, una ficción. Cuando Rawls y Dworkin exigen que el Estado no imponga una concepción particular sobre el valor de la vida, están imponiendo la suya propia (una visión del mundo que coloca la



POLÍTICAS PARA LA REPÚBLICA

autonomía individual por encima de cualquier otro bien). Esa es una posición filosófica entre otras, con su propia idea de qué es el ser humano y qué le conviene.

Desde la perspectiva que sostiene este partido, el fin del Estado no es la neutralidad sino el bien común: el conjunto de condiciones que permiten a las personas desarrollarse plenamente. La autonomía entonces, no es un fin en sí mismo, sino un medio para ese desarrollo. Es importante aquí recordar que como sociedad estamos bastante de acuerdo en entender que la autonomía no es absoluta, sino que el Estado (en representación de la sociedad) puede limitarla en orden de preservar a la persona humana, siempre dentro de límites razonables y no de manera arbitraria. Muchos son los ejemplos en nuestra sociedad, pero podemos pensar en el caso de la esclavitud o la venta de órganos, ambas prácticas prohibidas porque vulneran la dignidad de la persona. La autonomía de poder decidir venderme como esclavo queda subordinada a la preservación de mi dignidad que está protegida y promovida por el Estado.

Además, la misma tradición que más firmemente defiende la libertad advierte sobre este límite. Kant sostuvo que la persona tiene un valor absoluto precisamente porque es libre, y que esa libertad no puede usarse para cancelarse a sí misma. Usar la autonomía para terminar con la propia existencia no es el ejercicio más pleno de la libertad: es su supresión definitiva.

Hay, por otro lado, un problema práctico, que la libertad de una persona gravemente enferma, con dolor crónico o en situación de dependencia total no funciona igual que la de alguien que decide en condiciones normales. Las personas en esas situaciones son más vulnerables a sentirse una carga para su familia, a la desesperanza que puede acompañar una enfermedad larga, o a la falta de acceso a cuidados paliativos de calidad. La verdadera tarea del Estado en esos momentos no es garantizar una neutralidad que deje al paciente solo frente a su decisión, sino que es asegurar las condiciones reales para que la vida pueda ser vivida con dignidad hasta su fin natural.

IV. El cuidado como respuesta

Los tres elementos desarrollados hasta aquí —la vida como bien en sí mismo, la dignidad como condición constitutiva de la persona, y los límites de la autonomía— convergen en una conclusión que también es el núcleo de los principios que guían a Políticas para la República: el bien común es el fin del Estado, y a través de este la persona puede alcanzar su pleno desarrollo, siempre en comunidad.



POLÍTICAS PARA LA REPÚBLICA

Esto conecta con una crítica más amplia que es importante tener presente. La jurista e intelectual Mary Ann Glendon identificó en la cultura política contemporánea un fenómeno que llamó *rights talk*: una tendencia a traducir cualquier problema humano al lenguaje de los derechos individuales formulados de manera rígida y absoluta. Bajo esa lógica, las personas aparecen como individuos separados de su entorno, que presentan reclamos frente al Estado o frente a los demás. El efecto es un empobrecimiento del debate público, porque desaparece la reflexión sobre los deberes compartidos, el cuidado mutuo y los lazos que hacen posible la convivencia.

Cuando ese marco se aplica al debate sobre la eutanasia, el final de la vida queda reducido a una decisión privada. El sufrimiento extremo pasa a ser un problema estrictamente individual, desconectado de su contexto familiar, social y sanitario. Pero la enfermedad grave y la vulnerabilidad no son experiencias aisladas. Al centrar la discusión únicamente en la elección personal se privatiza lo que es, en su raíz, un problema profundamente social.

Cuando la sociedad asume que el sufrimiento extremo se resuelve principalmente habilitando un derecho individual a morir, se reduce la exigencia colectiva de cuidar. Se erosionan los lazos de responsabilidad mutua. El paciente vulnerable queda solo frente a su propia decisión, en lugar de estar sostenido por una red de cuidados reales. En realidad, la respuesta al sufrimiento no puede ser eliminar a quien sufre. Tiene que ser el compromiso de acompañar, cuidar y aliviar, reconociendo en cada persona enferma o dependiente la misma dignidad que en cualquier otra.

V. Las consecuencias prácticas de adoptar la eutanasia

Los fundamentos filosóficos desarrollados hasta aquí tienen consecuencias directas y verificables en la realidad. Cuando una sociedad decide incorporar la muerte como una prestación médica legítima, se producen una serie de efectos que vale la pena examinar con honestidad, porque son los que mejor ilustran por qué la legalización de la eutanasia no resuelve el problema del sufrimiento, sino que lo desplaza y lo agrava.

El primero de esos efectos es lo que se conoce como la pendiente resbaladiza. Es lo que ha pasado en muchos países que legalizaron la eutanasia. En Bélgica y los Países Bajos, las leyes se aprobaron originalmente para casos de enfermedades terminales con sufrimiento físico insoportable. Con el tiempo, los criterios se fueron ampliando: primero a enfermedades crónicas no terminales, luego a sufrimiento psicológico, luego a menores de edad, luego a personas con demencia. El resultado es que hoy en esos países se practican eutanasias por depresión, por soledad o por



POLÍTICAS PARA LA REPÚBLICA

la percepción subjetiva de que la vida ya no tiene sentido. Esto sucede ya que una vez que se acepta el principio de que el Estado puede autorizar la muerte de sus ciudadanos, el límite práctico y relativo acerca de cuales son las condiciones requeridas para poder recibir la eutanasia, puede ser corrido y modificado infinitas veces.

El segundo efecto tiene que ver con la relación entre el médico y el paciente. Edmund Pellegrino, uno de los filósofos de la medicina más importantes del siglo XX, argumentó que la medicina tiene una orientación moral que la define como profesión, curar cuando es posible, aliviar cuando no lo es, acompañar siempre, pero nunca provocar la muerte deliberadamente. Cuando el médico se convierte también en quien puede provocar la muerte, se tergiversa la relación. No solo para el médico que practica la eutanasia (que enfrenta conflictos éticos), sino para todos los pacientes, que inevitablemente empiezan a preguntarse si el profesional que los atiende está valorando su vida o calculando su costo.

En tercer lugar hay un efecto más silencioso. Cuando la muerte está disponible como opción médica, cambia sutilmente la presión que sienten las personas más vulnerables. Pacientes mayores, personas con discapacidad, enfermos crónicos que dependen del cuidado de otros: todos ellos pueden comenzar a sentir (sin que nadie se los diga explícitamente) que al no elegir morir están eligiendo ser una carga. Basta con que la opción exista y esté disponible para que quienes ya se sienten un peso para su familia o para el sistema comiencen a internalizarla.

A esto se suma que el deseo de morir en pacientes con enfermedades graves no es estable. Las investigaciones de Harvey Max Chochinov han demostrado que intervenciones médicas, psicológicas y de acompañamiento familiar reducen significativamente la desesperación, el sufrimiento existencial y la sensación de ser una carga. Los estudios muestran que entre el 15% y el 25% de los pacientes terminales presentan depresión mayor (muchas veces no diagnosticada) y un porcentaje aún mayor tiene síntomas depresivos que amplifican el sufrimiento y el deseo de morir. Cuando esos síntomas son tratados, la voluntad de morir suele disminuir o desaparecer. En los casos de dolor físico refractario, la sedación paliativa —avalada tanto por la European Association for Palliative Care como por la American Academy of Hospice and Palliative Medicine— ofrece una respuesta efectiva que alivia el sufrimiento sin provocar la muerte.

Marco Jurídico Comparado

El historial de lugares donde se legalizó la práctica de la eutanasia comienza en el Territorio del Norte de Australia, al ser el primero en poner en vigor una ley respecto



POLÍTICAS PARA LA REPÚBLICA

en 1996, aunque esta no perduro debido al parlamento federal australiano, por lo cual la primera ley que se considera como caso emblemático es la de Países Bajos en 2002, continuada posteriormente por mayoría de países europeos y anglosajones, con la excepcionalidad de Colombia y Uruguay

De los casos con leyes en vigor encontramos varias diferenciaciones en sus aspectos legales. Por un lado, como se resume en la tabla, los tipos de regulación puede ser encasillados en principalmente 2: Ley de Eutanasia y/o suicidio asistido y despenalización del suicidio asistido, figura presente especialmente en las legislaciones suiza y alemana. Estos casos también presentan un precedente sin igual, dado que en el caso suizo el suicidio asistido no es propiamente un acto médico y suele ser llevado a cabo por organizaciones a fin. Por su parte, Alemania también lo deja fuera del acto médico pero limita el accionar de la asistencia al suicidio a los familiares. En ambos casos, no solo se apartan de los principios respecto a la dignidad, sino que se vuelve un acto no medicinal y se privatiza el accionar de una situación que es extremadamente delicada.

También cabe mencionar que así como la aprobación de leyes en favor de la eutanasia/y/o suicidio asistido, países como Bélgica y Luxemburgo presentaron junto con dichas leyes, instrumentos legales que permiten solicitar cuidados paliativos, a fin de darle al paciente la posibilidad de la elección.

Por otro lado, países como Portugal, Francia, Italia o Reino Unido (difusor de los cuidados paliativos e históricamente contra la eutanasia) han tenido en los últimos 10 años un intenso debate legislativo acerca de la regulación de la eutanasia, el suicidio asistido y los cuidados paliativos

Frenos y retrocesos a las ampliaciones

Aunque es notable que las leyes a favor de la eutanasia y el suicidio asistido se han ido expandiendo en los últimos 25 años, en varios países estos debates no han llevado a avances a pesar de los reiterados intentos de algunos legisladores, resulta fundamental repasar algunos de estos casos y entender el porque no es un movimiento unanime y unidireccional en favor de la eutanasia

El primer caso de esto es el del Territorio del Norte de Australia ya mencionado, la ley estuvo en vigencia poco más de un año y fue dada de baja por el parlamento federal, justificado por decisiones éticas y el intento de evitar la expansión de la práctica. Este es el único caso donde propiamente la ley entró en vigor y se derogó posteriormente.



POLÍTICAS PARA LA REPÚBLICA

Otros casos han presentado la ley pero han sido frenadas o vetadas por el parlamento o el poder ejecutivo. Este es el caso por ejemplo de Portugal, donde se ha vetado reiteradamente este tipo de proyectos por las vagas definiciones de sufrimiento y por la falta de garantías y controles en el proceso.

Otro escenario es el de Eslovenia, ya que el país balcanico aprobó la legislación sobre la eutanasia pero la movilización popular pidió por un referendum justificandose en motivos eticos y la voluntad popular demostro luego estar contra la legislación promovida por el gobierno.

Por otro lado, se presentan casos como el de Canadá que en primera instancia aprobó una legislación solo para los casos de muerte previsible, luego cayo en la tendencia de la pendiente resbaladiza aprobando también legislación para casos de muerte no previsible y actualmente se encuentra en debate y frenada la expansión de permitir el acceso de la eutanasia a personas con trastornos psiquiatricos, basandose en objeciones medicas dadas las dificultades de las evaluaciones de capacidad y el riesgo que significa para las personas vulnerables.

En definitiva, si bien la legislación sobre la eutanasia ha tenido una fuerte expansión en estas 3 decadas, también se ha enfrentado a una gran cantidad de oposiciones, nacidas en primera instancia por motivos éticos, provenientes tanto desde el espectro de la medicina como de la sociedad en general. Además de ello también existen fuertes argumentos en contra de la eutanasia basados en legislaciones constitucionales, imposibilidad de las practicas medicas adecuadas, imposibilidad de distinguir correctamente a sus destinatarios o falta de mecanismos efectivos a la hora de garantizar la transparencia y adecuación de la practica.

País	Tipo de Regulación	Año	Limitado a pac. terminales	Aplicable a menores	Casos último año (% mortalidad)	Variación N° casos año anterior	Motivo Principal %	Sexo y edad frecuentes
Países Bajos	Ley de Eutanasia y suicidio asistido	2002	NO	SÍ > 12 años	6.326 (4,19%)	+3,8%	Cáncer (64,5%)	Hombre (52%) 70-80 años (32,7%)
Bélgica	Ley de Eutanasia	2002	NO	SÍ (solo terminales)	2.656 (2,44%)	+12,6%	Cáncer (62,5%)	Hombre (53%) 70-79 años (28,5%)
Luxemburgo	Ley de Eutanasia	2009	NO	NO	25 (>1%)	+56,2%	Cáncer (72%)	Hombre (60%) 60-79 años (48%)



POLÍTICAS PARA LA REPÚBLICA

	y suicidio asistido							
Suiza	Despenalización del suicidio asistido	1997	NO	No específica	—	—	—	—
EEUU (Oregón) ¹	Ley del suicidio asistido	1997	SÍ	NO	245 (>1%)	+28,3%	Cáncer (66%)	Hombre (50,6%) >65 años (81%)
Canadá	Ley de Eutanasia y suicidio asistido	2014/16	NO	NO	5.631 (2%)	+26,1%	Cáncer (67,2%)	Hombre (50,9%) 65-75 años (30,2%)
Colombia	Ley de Eutanasia y suicidio asistido por resolución judicial	1997 (res. jud.) 2015 (reg.)	SÍ	SÍ > 6 años	26 (>1%)	-40,9%	Cáncer (90,2%)	Hombre (54,5%)
Australia ²	Ley de Eutanasia y suicidio asistido	2017/19	SÍ	NO	—	—	—	—
Alemania	Despenalización del suicidio asistido	2020	NO	No específica	—	—	—	—
Nueva Zelanda	Ley de Eutanasia y suicidio asistido	2020	SÍ	NO	—	—	—	—
España	Ley de Eutanasia y suicidio asistido	2021	NO	NO	—	—	—	—
Uruguay	Ley de muerte digna	2025	NO	NO	—	—	—	—

1.En el caso de Estados Unidos, 11 de los estados federales tienen permitida la practica de eutanaisa y/o suicidio asistido, se toma a Oregón por ser el primer caso.



POLÍTICAS PARA LA REPÚBLICA

2. En el caso australiano son 2 de los territorios subnacionales lo que lo permiten, por ello las 2 fechas (Victoria y Australia Occidental respectivamente)

Las religiones y la eutanasia

Respecto a las grandes religiones alrededor del mundo, las que son de origen abrahámico (cristianismo, judaísmo, islam) consideran a la vida de manera sagrada y que no está entre los hombres la decisión sobre la vida, sino que corresponde a Dios. Si permiten en cambio el rechazo a tratamientos que extiendan la vida de manera artificial pero no la muerte como solución al sufrimiento. Por su parte, el budismo se encuentra generalmente en contra dado que matar a otro, aun en compasión, podría traer un karma negativo. Por su parte, el hinduismo, aunque más abierto al debate, tampoco aprueba la eutanasia como forma de terminar la vida de una persona pero tienen su propia práctica llamada *prayopavesa*. La *prayopavesa* consiste en la práctica del ayuno hasta instancias de muerte y es llevada a cabo de manera muy estricta por personas en instancias terminales de una enfermedad o que ya no tienen más ambiciones ni responsabilidades.

El derecho positivo argentino y la eutanasia

I. El fundamento constitucional e internacional

Para el análisis del ordenamiento jurídico argentino partimos del nivel normativo más alto, el bloque de constitucionalidad. El artículo 75, inciso 22, de la Constitución Nacional otorga jerarquía constitucional a una serie de instrumentos internacionales de derechos humanos, entre ellos la Convención Americana sobre Derechos Humanos (conocida como Pacto de San José de Costa Rica). Dicha Convención consagra expresamente el derecho a que se respete la vida y establece el marco para su protección. Desde esta cima normativa, la vida no es comprendida como un bien puramente instrumental ni enteramente sujeto al arbitrio de la voluntad individual, sino como el sustrato material primigenio que hace posible el goce de cualquier otro derecho.

Otra idea importante surge del artículo 4, inciso 3, de esa misma Convención, que establece taxativamente que no se restablecerá la pena de muerte en los Estados que la han abolido. Esta cláusula va mucho más allá de una mera directriz de política penal, propone un límite infranqueable al poder público. Al abolir la pena capital, el Estado moderno renunció definitivamente al *jus vitae ac necis*, es decir, al derecho sobre la vida y la muerte de sus ciudadanos. La comunidad política reconoció así que la vida humana es un bien tan fundamental que el Estado carece de autoridad para destruirlo, incluso como castigo supremo frente a quien ha perpetrado un daño gravísimo a la sociedad.



POLÍTICAS PARA LA REPÚBLICA

De aquí se desprende una contradicción sistémica, si el Estado llegó a la conclusión jurídica y moral de que no tiene legitimidad para ejecutar a un culpable, resulta insostenible que se arroge la potestad de autorizar, legalizar y, en muchos casos, ejecutar materialmente la muerte de un inocente cuyo único rasgo distintivo es el sufrimiento o la vulnerabilidad. La legalización de la eutanasia implicaría, en términos de poder estatal, una regresión institucional: reintroduciría en el ordenamiento positivo la muerte como prestación lícita y administrable por el Estado.

En el plano del derecho interno, los debates legislativos suelen recurrir al artículo 19 de la Constitución Nacional, que consagra el principio de reserva y la autonomía personal frente a la interferencia estatal, para fundamentar el pretendido derecho a solicitar asistencia para morir. Sin embargo, una interpretación integradora del bloque de constitucionalidad revela que las acciones privadas están exentas de la autoridad de los magistrados únicamente cuando "de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero". Afirmar que la legalización de la eutanasia no involucra ninguna afectación a la moral pública, es por lo menos cuestionable. Además, los argumentos presentados en favor de la limitación de la autonomía en el apartado filosófico, son coherentes con la interpretación que se ha hecho de este valor en el ordenamiento jurídico argentino a lo largo de la historia. No ha habido una idea de la autonomía como un valor absoluto presente en nuestro país.

II. El marco prohibitivo en la legislación civil y penal

Los principios constitucionales descriptos tienen su correlato directo en la legislación ordinaria, que mantiene una postura de rechazo explícito frente a las prácticas orientadas a provocar la muerte directa de un paciente.

En el ámbito del derecho privado, el artículo 60 del Código Civil y Comercial de la Nación habilita a las personas plenamente capaces a establecer directivas médicas anticipadas sobre su salud. No obstante, la norma establece taxativamente que las directivas que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas se tienen por no escritas. Es decir, incluso cuando una persona expresa por anticipado su voluntad de ser sometida a eutanasia, esa voluntad carece de eficacia jurídica en el ordenamiento argentino.

En el ámbito penal, la protección de la vida como bien jurídico indisponible se materializa en dos figuras concretas del Código Penal de la Nación. Por un lado, la acción directa de quitarle la vida a un paciente encuadra en el artículo 79, que estipula penas de reclusión o prisión de ocho a veinticinco años para quien matare a



POLÍTICAS PARA LA REPÚBLICA

otro. Por otro lado, en lo que respecta al suicidio asistido, el artículo 83 reprime con prisión de uno a cuatro años a quien instigare a otro al suicidio o le prestare ayuda para cometerlo. Ambas figuras se aplican con independencia de las motivaciones del autor o del consentimiento de la víctima.

III. Eutanasia y rechazo al encarnizamiento terapéutico

Comprender el derecho argentino en esta materia exige prestar atención a una distinción que el propio ordenamiento marca, la que existe entre la acción letal (eutanasia) y el respeto por el proceso natural de la muerte (ortotanasia). Confundir estas dos figuras es uno de los errores más frecuentes en el debate público, y el derecho positivo argentino ha tenido especial cuidado en evitarlo.

La Ley N° 26.742, denominada Ley de Muerte Digna, introdujo modificaciones sustanciales a la Ley N° 26.529 sobre Derechos del Paciente. Esta legislación consagra el derecho de todo paciente que padezca una enfermedad irreversible, incurable, o que se encuentre en estadio terminal, a rechazar determinados procedimientos médicos. El límite que establece la ley para que este rechazo sea lícito es que dichos procedimientos resulten extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, produzcan un sufrimiento desmesurado, o cuyo único efecto sea la prolongación artificial de un estadio terminal irreversible. Este derecho se ejerce mediante el consentimiento informado, facultad ratificada y reforzada en el artículo 59, inciso g), del Código Civil y Comercial de la Nación.

IV. La jurisprudencia de la Corte Suprema

La Corte Suprema de Justicia de la Nación ha sido consistente en delinear esta frontera a lo largo de su jurisprudencia. En los casos "Bahamondez" (1993) y "Albarracini" (2012), el máximo tribunal tuteló el derecho de los pacientes a rechazar transfusiones de sangre por motivos de libertad de conciencia, sentando precedentes ineludibles en materia de directivas anticipadas y respeto a la voluntad del enfermo. Sin embargo, en ninguna de estas sentencias el tribunal habilitó a un tercero a provocar la muerte de manera activa; simplemente reconoció la licitud de no ser sometido a intervenciones forzosas frente a un cuadro patológico determinado.

El pronunciamiento definitivo en materia de final de vida se produjo en el caso "D. M. A." (2015), donde la Corte autorizó el retiro de las medidas de soporte vital. Lo sustancial de este fallo reside es que la Corte fue enfática al sostener que esa decisión de abstención no constituía bajo ningún punto de vista un acto de eutanasia, sino la aplicación de la normativa vigente respecto al rechazo de procedimientos que prolongan artificialmente un estadio terminal irreversible. La



POLÍTICAS PARA LA REPÚBLICA

adecacuacion terapuetica puede llegar a demandar el retiro de medidas de soporte vital en los casos que considere pertinente, sin objeto de ser esto un acto de eutanasia. Más allá de las particularidades del caso, que bajo un estudio fino desde el planteamiento personalista si podría considerarse eutanásico, lo importante es que la intencion de la CSJN es clara, se aprueba el retiro bajo la normativa vigente, rechazando la eutanasia.

V. Las tensiones sistémicas

Más allá de las prohibiciones expresas ya señaladas, la legalización de la eutanasia o del suicidio asistido generaría una serie de contradicciones insalvables con otros pilares del ordenamiento jurídico argentino. Estas tensiones merecen un análisis específico, pues revelan que el rechazo a la eutanasia no es una postura aislada de algunas normas, sino una posición coherente de todo el sistema.

En primer lugar, existe una contradicción irresoluble con las leyes orientadas a la protección de la vulnerabilidad. La Ley Nacional de Prevención del Suicidio (N° 27.130) declara de interés nacional la atención biopsicosocial y la investigación científica para evitar estas muertes, reconociendo el suicidio como una tragedia pública que el Estado tiene el deber de prevenir. Admitir simultáneamente el suicidio asistido generaría una contradicción institucional difícil de justificar. El Estado no puede declarar el suicidio como un problema de salud pública y, al mismo tiempo, facilitarlo médicamente, aún cuando sea en casos específicos. A esto se suma la Ley de Cuidados Paliativos (N° 27.678), cuyo mandato legal es asegurar el alivio del dolor y el acompañamiento integral de los pacientes. La respuesta del derecho positivo argentino frente al sufrimiento severo es el mandato jurídico de brindarle cuidado.

En segundo lugar, la concepción antropológica que subyace al Código Civil y Comercial de la Nación es incompatible con la eutanasia. El artículo 51 consagra taxativamente la inviolabilidad de la persona humana y el reconocimiento de su dignidad en cualquier circunstancia. El artículo 56, por su parte, prohíbe expresamente los actos de disposición sobre el propio cuerpo que ocasionen una disminución permanente de su integridad, salvo que sean requeridos excepcionalmente para el mejoramiento de la salud. Es evidente que la muerte del paciente no constituye una "mejora de la salud", sino la destrucción total del bien tutelado. La ley civil reconoce así que la autonomía posee fronteras claras y que el cuerpo no es una propiedad sujeta al dominio absoluto de la voluntad individual.

Por último, el marco jurídico argentino tutela de manera especialmente estricta el consentimiento en contextos de vulnerabilidad psíquica y etaria, que son



POLÍTICAS PARA LA REPÚBLICA

precisamente los ámbitos que la eutanasia suele permear con mayor rapidez. La Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657) y las disposiciones del Código Civil sobre restricción de la capacidad configuran un escudo de protección diseñado para evitar que el ejercicio de la capacidad jurídica derive en un daño a la persona, especialmente cuando ésta padece alteraciones mentales graves. En cuanto a los menores de edad, el artículo 26 del Código Civil regula de manera sumamente estricta las decisiones sobre tratamientos invasivos que comprometen la vida, exigiendo la intervención de los progenitores y priorizando en todo momento la preservación de la integridad física. Incorporar la figura de la muerte médicamente asistida implicaría dismantelar esta arquitectura tuitiva, dejando a las poblaciones más frágiles expuestas a un concepto de libertad puramente formal, desvinculado de su bienestar real.

Proyectos presentados

A este análisis sobre nuestro ordenamiento se suma el hecho de que existen varios proyectos de ley presentados para tratar el tema de la eutanasia, provenientes de distintas posiciones en el espectro político. Entre 2021 y 2026 se presentaron 18 proyectos sobre eutanasia y muerte asistida, aunque varios son reiteraciones de iniciativas previas. En total, pueden identificarse diez textos distintos. En 2026, cinco proyectos mantienen estado parlamentario en Diputados (Expte. 622-D-2026, Expte. 6638-D-2025, Expte. 6512-D-2025, Expte. 6431-D-2025, Expte. 5986-D-2025) y uno en el Senado (Expte. 1870-S-2025). Los firmantes son de distintos bloques partidarios. Entre algunos de ellos, se encuentran:

- **Unión por la Patria:** Carolina Gaillard, Blanca Osuna, Leandro Santoro, Gabriela Beatriz Estevez, Maria Carolina Moises, Silvina García Larraburu, entre otros.
- **UCR - Unión Cívica Radical:** Gabriela Lena, Atilio Benedetti, Julio Cobos, Alfredo Cornejo, Martin Tetaz, Mariana Juri, Rodolfo Alejandro Suarez, Mario Barletta, Lisandro Nieri, entre otros.
- **Encuentro Federal:** Miguel Angel Pichetto, Margarita Stolbizer, Oscar Agost Carreño, entre otros.
- **PRO:** Alejandro Finocchiaro, Laura Rodriguez Machado, Martín Ardohain.
- **La Libertad Avanza:** Sabrina Ajmechet.

Realidad Sanitaria y Cuidados Paliativos

La Ley Nacional N.º 26.742 de Muerte Digna (mayo 2012) modifica la Ley 26.529 de Derechos del Paciente (2009) incorporando disposiciones específicas para personas



POLÍTICAS PARA LA REPÚBLICA

con enfermedades irreversibles, incurables o en estadio terminal. Reconoce el derecho de los pacientes a rechazar procedimientos médicos, hidratación o alimentación artificial, o medidas de soporte vital que prolonguen la vida sin posibilidades razonables de mejoría, garantizando el respeto a su autonomía por parte de profesionales e instituciones de salud. La ley incorpora también las directivas anticipadas, que permiten dejar constancia escrita de la voluntad respecto a tratamientos futuros, y establece que ningún profesional será responsable civil, penal o administrativamente si actúa conforme a la voluntad del paciente.

Complementariamente, la Ley N.º 27.678 de Cuidados Paliativos (julio 2022) reconoce el derecho de pacientes con enfermedades graves o limitantes para la vida a recibir atención integral en todos los subsectores del sistema de salud (público, privado y de la seguridad social) bajo un enfoque interdisciplinario, orientado a aliviar el sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual del paciente y su entorno familiar. El Estado tiene la obligación de garantizar el acceso equitativo a estas prestaciones en todo el territorio nacional, promoviendo la capacitación profesional y la disponibilidad de recursos adecuados. La ley fue reglamentada mediante el Decreto N.º 311/2023, que establece lineamientos y estrategias para su implementación efectiva. Además, la Resolución 1253-E/2016 del Ministerio de Salud crea el Programa Nacional de Cuidados Paliativos en el Instituto Nacional del Cáncer, destinado a garantizar atención de calidad a pacientes oncológicos y sus familias. Por otra parte, el Programa Médico Obligatorio (PMO), Resolución N.º 201/2002, incluye cuidados paliativos desde 2011, proporcionando asistencia de equipos multidisciplinarios a pacientes con expectativa de vida igual o menor a seis meses, con cobertura completa de atención, medicamentos y equipamiento.

A nivel provincial, la Ley N.º 9977 de Entre Ríos (junio 2010) crea el Programa Provincial de Cuidados Paliativos, adoptando la definición de la Organización Mundial de la Salud sobre cuidados paliativos, entendidos como intervenciones para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, prevenir y aliviar el sufrimiento, y atender necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales. La norma establece que el Ministerio de Salud provincial debe elaborar protocolos, promover capacitación de equipos interdisciplinarios, definir estándares de calidad y garantizar accesibilidad en el sistema público. Sin embargo, la ley se aplica únicamente al sector público provincial y no impone obligaciones a obras sociales nacionales, prepagas ni al subsector privado.

En la práctica, el sistema de monitoreo público es inexistente, lo que dificulta evaluar la efectividad real de la atención paliativa y la cobertura de pacientes con enfermedades avanzadas. La ausencia de evaluación pública es en sí misma un signo de debilidad en política pública.



POLÍTICAS PARA LA REPÚBLICA

A nivel nacional, algunas obras sociales han incorporado programas específicos, como IOMA en Buenos Aires con su “Programa Cuidarte”, que proporciona atención domiciliaria con equipos interdisciplinarios, y PAMI, que ofrece cuidados paliativos domiciliarios integrales con asistencia médica, de enfermería, psicológica y provisión de equipamiento e insumos. En Entre Ríos, OSER no cuenta con reglamentaciones ni lineamientos públicos ni internos que indiquen la implementación formal de la ley; algunas prestaciones podrían aplicarse a cuidados paliativos, pero demoras en autorizaciones, rechazos de estudios y cortes de convenios limitan el acceso efectivo de sus afiliados. Asimismo, la provincia no ha adherido formalmente a la Ley Nacional N.º 26.742, lo que limita la aplicación práctica de los derechos reconocidos y deja a los pacientes dependientes únicamente del marco nacional, sin protocolos claros ni difusión institucional. Esta ausencia de lineamientos puede interpretarse como desidia institucional, afectando directamente a pacientes terminales.

Jorge Nicolás Lafferriere es un reconocido especialista en bioética y políticas sanitarias en Argentina. En su análisis del Presupuesto Nacional 2026 para Cuidados Paliativos, identifica varias limitaciones clave. El presupuesto proyecta asistir a 1.100 pacientes con analgésicos opioides, cifra que representa una disminución significativa respecto a años anteriores (3.350 pacientes en 2024 y 3.096 en 2023), lo que evidencia una falta de expansión en la cobertura de este recurso esencial para el alivio del dolor. Además, los cuidados paliativos aparecen únicamente vinculados a pacientes oncológicos, excluyendo a quienes requieren atención paliativa por enfermedades crónicas avanzadas, insuficiencias orgánicas o patologías neurológicas. Por otra parte, el presupuesto no hace referencia explícita a la Ley N.º 27.678, ni incluye metas, recursos o acciones concretas para cumplir los objetivos de la ley, como la formación de profesionales, la creación de servicios provinciales o el seguimiento de pacientes no oncológicos.

En comparación con otros países, la situación de Argentina en materia de cuidados paliativos muestra avances relativos, pero todavía importantes brechas. El país cuenta con un ratio de 1,3 servicios especializados por cada 100.000 habitantes, cifra que permanece por debajo de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud, que establece un mínimo de 2 servicios por cada 100.000 habitantes. Además, existe una escasa presencia de los cuidados paliativos en la atención primaria, lo que limita su accesibilidad y cobertura en gran parte del territorio. Según el *Mapa Mundial de los Cuidados Paliativos 2025*, elaborado por el Observatorio Global de Cuidados Paliativos ATLANTES, Argentina ocupa el cuarto lugar en Latinoamérica, detrás de Uruguay, Costa Rica y Chile.



POLÍTICAS PARA LA REPÚBLICA

A modo de conclusión, puede observarse que la Ley Nacional N.º 26.742 de Muerte Digna y la Ley N.º 27.678 de Cuidados Paliativos constituyen el marco normativo argentino sobre el final de la vida, priorizando la dignidad humana y el valor de la vida hasta su término natural.

Pese a los avances regionales, el país continúa distante de los sistemas plenamente integrados, evidenciando la necesidad de consolidar políticas públicas, formación profesional y expansión de servicios para garantizar un acceso equitativo y efectivo a la atención paliativa.

El desafío principal sigue siendo la reglamentación y la implementación efectiva de estas leyes, tanto a nivel nacional como provincial, para garantizar el acceso real a los derechos reconocidos. Por ello, el foco debe estar en consolidar protocolos, capacitación profesional y cobertura amplia de servicios, y no en introducir debates sobre la eutanasia, que desvían la atención de la aplicación práctica, de la humanización de la atención al final de la vida y contrarían el principio de dignidad humana y el valor de la vida consagrados por la Constitución Nacional.

Síntesis y propuesta

A lo largo de este trabajo hemos recorrido el problema de la eutanasia desde sus fundamentos filosóficos y bioéticos hasta su expresión jurídica y su realidad sanitaria concreta. La posición nace una concepción integral del ser humano que atraviesa todas las dimensiones del análisis.

Esa posición puede resumirse en tres afirmaciones centrales. Primera: la vida humana es un bien intrínseco que no depende de la salud, la autonomía ni la utilidad social de quien la vive, y que merece protección desde la concepción hasta la muerte natural. Segunda: el sufrimiento severo al final de la vida es un problema real y urgente, pero la respuesta adecuada no es eliminar al sujeto que sufre sino garantizarle acompañamiento, alivio y cuidado de calidad. Tercera: el Estado no es ni puede ser éticamente neutro frente a estas decisiones, su fin es el bien común, y ese fin incluye juzgar éticamente las leyes que componen su andamiaje institucional, para que garanticen la protección de la dignidad de la persona durante toda su vida.

La solución

Frente a eso, la propuesta de este partido es concreta y tiene base legal en nuestro país: la correcta aplicación, financiación y expansión de los cuidados paliativos en Argentina. El marco normativo ya existe — la Ley de Muerte Digna (Nº 26.742) y la Ley de Cuidados Paliativos (Nº 27.678) — y establece con precisión el derecho de



POLÍTICAS PARA LA REPÚBLICA

todo paciente con enfermedad grave o terminal a recibir atención integral orientada al alivio del sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual.

En ese sentido, como creemos que la existencia de personas que sufren al final de su vida constituyen un problema al que la sociedad debe darle una respuesta, la propuesta preliminar se articula en tres ejes.

El primero es la **formación profesional**. Argentina carece de una presencia sistemática de los cuidados paliativos en los currículos de grado y posgrado de medicina. La atención al final de la vida, el manejo del dolor refractario, la comunicación con pacientes en situación terminal y el trabajo interdisciplinario de acompañamiento son competencias que hoy dependen de la iniciativa individual de los profesionales, no de su formación sistemática. Incorporar los cuidados paliativos como contenido obligatorio en las carreras de medicina, y fortalecer la especialización a nivel de posgrado, es el punto de partida de cualquier política seria en este campo.

El segundo eje es la **correcta aplicación y financiamiento de la ley vigente**. La Ley 27.678 existe desde 2022 pero su implementación es incompleta: el presupuesto nacional proyectado para 2026 redujo drásticamente la cobertura de analgésicos opioides respecto de años anteriores, Entre Ríos no adhirió formalmente a la Ley de Muerte Digna, y el sistema de monitoreo público es prácticamente inexistente. El Estado debe alcanzar el mínimo recomendado por la OMS y garantizar acceso equitativo en todos los subsectores del sistema de salud, incluyendo obras sociales, prepagas y sector privado.

El tercer eje es la **diversificación de los modelos de cuidado**. Argentina ha adoptado predominantemente el modelo de atención domiciliaria, que tiene virtudes importantes, como permitir al paciente permanecer en su entorno familiar y reducir la presión sobre el sistema hospitalario. Este modelo debe consolidarse y expandirse. Pero junto a él, merece atención el modelo de los hospicios, ampliamente desarrollado en Europa y Estados Unidos, que ofrece cuidado especializado e integral en unidades dedicadas exclusivamente al acompañamiento del final de la vida. La diversidad de modelos garantiza que la respuesta pueda adaptarse a las necesidades de cada paciente y familia.



POLÍTICAS PARA LA REPÚBLICA

Informe realizado por la Comisión de Dignidad Humana de Políticas para la República:

- Mabel Basavilbaso
- Juan Eduardo Villarraza
- Johann Fladung
- Germán Esteban Schönfeld