



INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD
FUNDACION H. A. BARCELO

CARRERA DE POSGRADO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA LEGAL
DIRECTOR DR. ROBERTO FOYO

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

Año 2023

Eutanasia: Marco legal. Análisis de los Proyectos de Ley en Argentina y su
comparación con otros países.

Autor: María Claudia Fernández

DNI: 22739805

Mail: macferna2@gmail.com

Especialidad: Pediatría

ÍNDICE

Resumen.....	2
Summary.....	2
Introducción	4
Objetivos.....	5
Justificación	6
Desarrollo.....	7
1.Material y métodos.....	7
2.Marco teórico.....	7
3.Eutanasia y Muerte Digna.....	11
4.Situación de la Eutanasia en Argentina.....	20
5.Eutanasia en el mundo	27
6.Resultados.....	35
Conclusiones.....	38
Bibliografía.....	40

Resumen

El debate sobre la eutanasia y la muerte digna y su marco legal representa un tema de gran complejidad y sensibilidad en la medicina y la sociedad. En este contexto, este estudio se propone realizar un análisis comparativo entre los proyectos de ley de eutanasia en Argentina y las regulaciones existentes en países donde la eutanasia está legalizada, enfocándose en aquellos que incluyen disposiciones específicas para la población pediátrica. Se examinan las definiciones y diferencias conceptuales entre eutanasia y muerte digna, así como el marco legal y las regulaciones en Argentina en torno a las mismas. Además, se analizan las diferencias entre los proyectos de eutanasia y las leyes vigentes aquellos países que abordan la eutanasia en el contexto pediátrico.

Material y método: Se realizó una revisión narrativa que incluye las siguientes fuentes: una revisión bibliográfica de la base de datos Pubmed, las leyes reguladoras vigentes, informes de casos emitidos por las Comisiones oficiales y la información de Sociedades Científicas como la Sociedad Argentina de Pediatría.

Resultados: la comparación de los proyectos de ley revela que existe una diversidad significativa en los enfoques legislativos sobre la eutanasia en Argentina, con diferencias notables en requisitos, modalidades de intervención y consideraciones éticas. Mientras algunos proyectos se centran en criterios objetivos, otros incorporan valoraciones subjetivas del sufrimiento. La inclusión en algunos proyectos de personas con capacidad restringida y menores de edad y la objeción de conciencia son aspectos distintivos. Al observar experiencias internacionales, se destaca la variabilidad en los enfoques de Países Bajos, Bélgica, Colombia y España, lo que subraya la complejidad y la necesidad de consideraciones éticas y legales cuidadosas en la regulación de la eutanasia.

Palabras clave: EUTANASIA- MUERTE DIGNA- EUTANASIA Y LEGISLACION ARGENTINA – EUTANASIA LEGISLACION INTERNACIONAL.

Summary

The debate on euthanasia and dignified death and its legal framework represents an issue of great complexity and sensitivity in medicine and society. In this context, this study proposes to carry out a comparative analysis between the euthanasia bills in Argentina and the existing regulations in countries where euthanasia is legalized, focusing on those that include specific provisions for the pediatric population. The definitions and conceptual differences between euthanasia and dignified death are

examined, as well as the legal framework and regulations in Argentina surrounding them. Additionally, the differences between euthanasia projects and current laws in countries that address euthanasia in the pediatric context are analyzed.

Material and method: A narrative review was carried out that includes the following sources: a bibliographic review of the Pubmed database, current regulatory laws, case reports issued by official Commissions and information from Scientific Societies such as the Argentine Society of Pediatrics.

Results: The comparison of the bills reveals that there is significant diversity in the legislative approaches to euthanasia in Argentina, with notable differences in requirements, intervention modalities and ethical considerations. While some projects focus on objective criteria, others incorporate subjective assessments of suffering. The inclusion in some projects of people with restricted capacity and minors and conscientious objection are distinctive aspects. Looking at international experiences highlights the variability in approaches from the Netherlands, Belgium, Colombia and Spain, underscoring the complexity and need for careful ethical and legal considerations in the regulation of euthanasia.

Keywords: EUTHANASIA- DIGNIFIED DEATH- EUTHANASIA AND ARGENTINE LEGISLATION- EUTHANASIA INTERNATIONAL LEGISLATION.

Introducción

La finalidad de la tarea médica es preservar la vida y curar las enfermedades de los pacientes (1). El desarrollo tecnológico, las nuevas terapéuticas, los avances médicos y el crecimiento de las unidades de cuidados intensivos han permitido que ese objetivo se alcance cada vez más frecuentemente. Cuando la posibilidad de curación es real, deben implementarse todos los cuidados intensivos. Pero cuando no es posible, o se produce generando una calidad de vida muy precaria, o perpetuando los procesos inevitables de muerte, se genera un sufrimiento desmesurado de los pacientes, familiares y profesionales médicos. Se habla entonces del concepto de futilidad, que es la desproporción entre los beneficios que una terapéutica pretende o puede conseguir y la carga que se le impone al paciente (1;2;3).

En el área pediátrica, lo anteriormente expuesto ha permitido que muchos niños con enfermedades antes consideradas mortales recuperen su salud. Esto genera que la muerte de un niño resulte muchas veces inaceptable. La consecuencia de lo anterior es la prolongación del sufrimiento en aquellos casos en que el tratamiento es fútil. Es en estas circunstancias, donde se debe determinar qué es lo que genera un beneficio al paciente y que no y tener presente que “no constituye una buena práctica médica el mantener la vida a ultranza, utilizando toda la tecnología disponible” (1). El objetivo principal en un paciente que cursa el proceso final de su vida, es garantizar sus derechos y la protección de la dignidad humana. (1;2).

Como consecuencia de todo lo expuesto, surge la discusión sobre la eutanasia y la muerte digna en la población general y especialmente en pediatría. Este es un tema altamente complejo y sensible que involucra consideraciones éticas, legales, médicas y culturales.

Si bien en el marco teórico se definirán con mayor detenimiento, la eutanasia se refiere al acto de terminar intencionalmente la vida de una persona para aliviar el sufrimiento, mientras que la muerte digna se refiere a proporcionar cuidados paliativos y respetar la autonomía del paciente en las decisiones médicas al final de la vida (1;2). En el contexto de la pediatría, las consideraciones adicionales incluyen el consentimiento informado, el bienestar del niño y la participación de los padres en la toma de decisiones.

En muchos países, como Argentina, la eutanasia no es legal, y se considera un acto punible. Sin embargo, la muerte digna y los cuidados paliativos son áreas que han ganado mayor atención en la medicina y la sociedad (1;2).

De lo expresado anteriormente, la finalidad de este trabajo es comparar los proyectos de ley de eutanasia vigentes en Argentina y analizar las regulaciones existentes en los países donde la misma está legalizada en la población pediátrica.

Objetivos

Objetivo general: comparar los proyectos de ley de eutanasia vigentes en Argentina

Objetivos específicos:

- 1- Describir el marco legal y regulaciones vigentes en Argentina sobre muerte digna y eutanasia, y comparar en los diferentes proyectos de ley sobre esta última, los requisitos, modalidades, obligaciones de los profesionales intervinientes, menores, capacidad restringida, solicitud, objeción de conciencia , directivas anticipadas y cambios en la legislación .
- 2- Analizar las regulaciones existentes en los países donde la eutanasia está legalizada en niños con respecto a los requisitos, modalidades y obligaciones de los profesionales intervinientes.

Justificación del trabajo desde la Medicina legal

Frente a un una persona en situación de afrontar el final de la vida, surgen infinidad de situaciones tales como discrepancias entre los propios profesionales de la salud, problemas de comunicación entre el equipo sanitario y la familia, la escasa formación de los médicos en Bioética, el desconocimiento de la leyes del Derechos del Paciente, Muerte digna, capacidades progresivas enunciada en el Nuevo Código Civil y Comercial y la diferencia entre muerte digna y eutanasia .

Es por todo lo expuesto, que resulta fundamental dar un marco teórico y legal que sustente las acciones del equipo médico.

Desde este lugar, es muy importante analizar la eutanasia y la Muerte Digna y su vinculación con la Medicina Legal. Las cuestiones relacionadas con la vida y la muerte tocan fibras sensibles tanto en los profesionales de la salud, el paciente y su familia, por lo que se debe atender hasta dónde accionar sin recurrir a los deseos desmesurados de quien se encuentra en una situación desesperada, ni tampoco recaer en la obstinación terapéutica.

En cuanto a la eutanasia, si bien en Argentina no es legal, hay varios proyectos de ley para su tratamiento y eventual promulgación. Por lo tanto, es de sumo interés conocer la experiencia de otros países que ya la han implementado.

Desarrollo

1-Material y métodos

Con el propósito de poder determinar los objetivos estipulados en el presente trabajo se realizó una revisión narrativa de diferentes fuentes.

La información fue recolectada a partir de una revisión bibliográfica de la base de datos Pubmed, las leyes reguladoras vigentes, informes de casos emitidos por las Comisiones Oficiales y la información de Sociedades Científicas como la Sociedad Argentina de Pediatría, utilizando las siguientes palabras clave: eutanasia, muerte digna, eutanasia y legislación argentina, eutanasia y legislación internacional.

Se comenzó con la lectura sobre eutanasia y muerte digna y posteriormente se realizó la comparación entre los proyectos de ley en Argentina y las leyes de los países seleccionados. En estos se revisó la información disponible en organismos oficiales, especialmente sobre la experiencia en los últimos años.

2-Marco teórico

Durante el ejercicio de la profesión el médico se encuentra con una serie de dilemas que lo enfrentan a la disyuntiva de elegir una respuesta entre dos o más opciones posibles y que todas pueden ser moral, ética y científicamente correctas (1;3).

Actualmente la Medicina y los avances tecnológicos (1;3) se encuentran estrechamente vinculados. El uso de nuevas y más modernas técnicas ofrecen posibilidades para la prolongación de la vida en enfermos mediante el mantenimiento de las funciones vitales básicas en forma artificial, convirtiendo muchas veces el acto de morir en procesos largos y dolorosos, no solo para el paciente, sino para su entorno y el propio equipo de salud. Esto plantea, como se mencionó, nuevos dilemas y debates bioéticos.

Los avances tecnológicos no siempre resultan perjudiciales, sino que por el contrario en enfermos no terminales pueden salvarles o mejorar su calidad de vida (1;3).

No obstante, en ciertas situaciones, es preciso determinar la conveniencia de los tratamientos y si está indicada su instauración o, por el contrario, es más apropiado no iniciarlos. Este proceso se denomina adecuación o limitación del esfuerzo terapéutico y para esto es fundamental valorar que redunde en un beneficio del paciente y que no. Esto no significa bajo ningún concepto el abandono del paciente, sino que pretende

evitar la obstinación terapéutica o distanasia, sin contradecir el propósito del arte médico (1;2;3).

Para poder analizar los temas de Eutanasia y Muerte digna se definirán los siguientes temas: Adecuación o Limitación del Esfuerzo Terapéutico, Enfermedad terminal, Obstinación terapéutica y diagnóstica y Cuidados paliativos.

2.1- Adecuación o Limitación del Esfuerzo Terapéutico

Es la retirada (*withdraw*) o no instauración (*withhold*) de cualquier intervención, debido a que, por el mal pronóstico de la persona, a juicio del equipo de salud, se constituiría en algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría (1;2;3).

La Adecuación del esfuerzo terapéutico es equiparable a la de Limitación del esfuerzo terapéutico, pero elimina el aspecto del no hacer y refuerza los aspectos positivos, relacionados con otro tipo de tratamientos tales como los cuidados paliativos y la priorización del confort del paciente al final de la vida (1).

La Adecuación del esfuerzo terapéutico se realiza evaluando elementos clínicos, éticos y jurídicos (1). Este último punto se desarrolla en el apartado de legislación vigente.

Desde el punto de vista médico la evaluación debe ser realizada por el equipo sanitario, en un diálogo constante con el paciente si estuviera en condiciones de comprender y expresarse (competencia para la toma de decisiones). Si esto no fuera posible, se realiza con los familiares o allegados del paciente. En el caso de pediatría, veremos como la Capacidad Progresiva se relaciona con la toma de decisiones vinculadas a la salud (1;2;3).

La ponderación clínica evalúa si un tratamiento es proporcionado- desproporcionado, por un lado y ordinario- extraordinario por el otro (1).

En el primer caso, se trata de una evaluación objetiva del uso del medio terapéutico a implementar o retirar, desde el punto de vista técnico-médico. Se evalúa la disponibilidad de la terapéutica, la posibilidad técnica de uso, la relación entre riesgos y beneficios, la disposición de otras alternativas de igual o mayor eficacia y la evaluación del impacto en los recursos sanitarios.

La evaluación de lo ordinario o extraordinario de un tratamiento es de naturaleza subjetiva y la realiza el paciente o su entorno. El método ordinario es aquel que el

paciente califica como pasible de ser realizado, donde el resultado merece los riesgos o efectos adversos y los métodos extraordinarios serían aquellos que exigen del paciente un esfuerzo extraordinario tales como efectos adversos indeseables o una falta de éxito esperable (1).

Así se presentan 4 situaciones (1):

-Si el medio de diagnóstico o terapéutico es proporcionado y ordinario, su aplicación o administración será obligatoria.

-Si el uso del medio es proporcionado, pero extraordinario para el paciente o sus representantes, su utilización será facultativa, el equipo de salud no tiene la obligación de proporcionarlo.

-Si el uso del medio es desproporcionado desde el punto de vista del equipo médico, aunque aparezca como ordinario para el paciente o sus representantes. Configuraría la obstinación terapéutica.

-Si el uso del medio no solo es desproporcionado, sino también extraordinario, es obligatoria su abstención o retiro, y moralmente ilícito su uso.

El tercer caso es el más complejo, requiriendo un acompañamiento y una comunicación muy fluida entre el equipo médico, el paciente y la familia. Es aquí cuando la consulta al Comité de Bioética y su dictamen es de mucho valor (1;4).

La Adecuación del esfuerzo terapéutico también puede ser analizada desde la Bioética Principialista y Personalista (2;3;5).

Corriente Principialista:

-Principio de no maleficencia: Es el principio a utilizar por el médico en su toma de decisiones sobre limitación de esfuerzos terapéuticos. El médico no puede poner procedimientos que sean claramente maleficentes, es decir, que estén claramente contraindicados, ni siquiera con el consentimiento del enfermo, evitando el encarnizamiento terapéutico. (2;3;5).

-Principio de justicia: los esfuerzos terapéuticos también podrán ser limitados si hay que racionar recursos escasos, aunque el enfermo los solicite y no estén contraindicados. (2;3;5).

-Principio de autonomía: cuando el enfermo renuncia al tratamiento que el médico propone. (2;3;5).

-Principio de beneficencia: la obligación de hacer el bien al enfermo pasa por su concepto de lo que es beneficioso para él (2;3;5).

Corriente Personalista:

Callipari desarrolló las bases de la categorización en métodos ordinarios-extraordinarios y proporcionados-desproporcionado según ya desarrollamos anteriormente. (1;2;5)

Principios de la Bioética Personalista:

-Principio de inviolabilidad de la vida humana (o de respeto por la vida física): este principio antecede a todos los demás.

-Principio de libertad y responsabilidad: obligación moral de cuidar la vida y la salud propia y ajena.

-Principio de totalidad o principio terapéutico: rige la licitud de toda la terapia médica y quirúrgica, por el cual es lícito sacrificar una parte en beneficio del todo unitario e integrado del hombre.

-Principio de proporcionalidad terapéutica: por el cual existe la obligación moral de implementar solo aquellas soluciones terapéuticas que guarden la debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible.

-Principio del doble efecto: o voluntario indirecto, que define algunas condiciones que hacen lícita la implementación de una acción que tiene dos efectos: uno positivo o deseado y otro negativo o solo tolerado.

-Principio de sociabilidad y subsidiariedad: sociabilidad como el deber de cuidar del bien propio y el de los demás; subsidiariedad como el deber de una comunidad de cuidar más a quien está más necesitado.

Existen entonces puntos en común entre la Bioética Principialista y la Personalista al analizar la adecuación del esfuerzo terapéutico. Así el principio de beneficencia podría homologarse al de defensa de la vida física y el principio de Justicia equiparado al de sociabilidad y subsidiariedad, el principio de no maleficencia con el terapéutico y el principio de autonomía con el de libertad y responsabilidad (1;2;5).

2.2 Enfermedad terminal: se define así cuando existe una patología avanzada, progresiva e incurable; o la presencia de problemas o síntomas intensos múltiples y suele cursar con un severo impacto emocional sobre el paciente y su familia. Normalmente el pronóstico es malo y presenta una sobrevivencia menor a los 6 meses (1; 4; 6).

2.3 Obstinación terapéutica y diagnóstica: (anteriormente conocida como encarnizamiento terapéutico o distanasia) es la situación que acontece cuando a una persona que se encuentra en un proceso de muerte por una enfermedad grave e irreversible, se le inician o mantienen medidas fútiles, desproporcionadas o extraordinarias, que prolongan innecesariamente la agonía e incluso pueden incrementar su sufrimiento (1).

2.4 Cuidados Paliativos

Es el área de la medicina cuyo objetivo es acompañar a pacientes con dolores crónicos y/o terminales, logrando que dichos pacientes reciban la atención adecuada a lo largo de su enfermedad, tratando entre otras cosas, el dolor como uno de los síntomas más importantes (1,4).

Constituyen un modelo de atención que mejora la calidad de vida de los pacientes con enfermedades avanzadas de pronóstico letal y la de sus familias, por medio de la prevención y el control del sufrimiento (1,4).

Existen una gran variedad de protocolos dentro de los Cuidados Paliativos basados fundamentalmente en la sedación, la analgesia, el apoyo psicológico y el soporte vital (4,6). Todo contribuye a mejorar la evolución del enfermo, aunque sin perder de vista que el objetivo no es ponerle fin precozmente a la vida de nadie, sino que por el contrario buscan mejorar las condiciones de vida mediante el alivio del dolor entre otras cosas, para así transitar el proceso de la muerte de manera digna, tranquila y confortable.

En Argentina la ley 27678 de Cuidados Paliativos fue sancionada el 5 de julio del 2022 y reglamentada el 15 de junio de 2023.

3. Eutanasia y Muerte digna

3.1 Muerte digna

Se entiende por muerte digna cuando a aquellos pacientes terminales o moribundos se les proporciona los medios materiales, humanos y espirituales para que puedan transitar

el proceso de la muerte sin sufrimiento, sin que esto implique ni acelerar ni retrasar la muerte. Es un derecho y como tal responde a la posibilidad de recibir la información necesaria para la toma de decisiones para, por ejemplo, aceptar o rechazar un tratamiento. (1; 5).

Por todo lo anterior, la mirada jurídica resulta elemental. Para ello, en el año 2012 fue sancionada en Argentina la Ley 26.742 de "Muerte digna" que nace como una modificación de la Ley 26.529 de "Los derechos del paciente" incorporando y estableciendo el derecho del enfermo a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos, así como también la posibilidad de revocar su manifestación de voluntad frente a ciertos tratamientos que pueden incluir cuestiones básicas y esenciales como la alimentación enteral, la hidratación parenteral, medidas de soporte vital entre otros, cuya motivación es la prolongación artificial de la vida y la agonía.

En los párrafos siguientes haremos mención especial a las leyes citadas teniendo en cuenta la importancia de estas en la legislación argentina.

3.2 Eutanasia

Es un concepto que deriva del griego y que quiere decir "buena muerte" o "muerte apacible". Se define como la terminación intencional de la vida de una persona por parte de un médico a través de la administración de drogas, por pedido voluntario de esa persona competente que padece una enfermedad avanzada y/o terminal, por lo que no tiene posibilidad de cura alguna. Requiere la petición expresa de ese sujeto y debe ser llevada a cabo siempre y sin excepción en un contexto médico admitido (3;6;7). Esto último que se menciona es muy importante porque la muerte es provocada por un profesional de la salud de manera intencional, a diferencia de un homicidio (8) donde también un tercero ejecuta la muerte de un individuo, pero en este caso no existe un problema de salud que lo justifique. Asimismo, la muerte en el homicidio no es causada mediante procedimientos médicos tal como sucede en la eutanasia y el fin de esta última es terminar con la vida de una persona que padece un mal, en cambio en el homicidio si bien existe un móvil, éste no está relacionado a evitar un sufrimiento mayor y la muerte puede ser intencional o no. (1; 5; 6). Resumiendo, la eutanasia requiere de varios elementos: una intención de provocar la muerte, efectuada por un tercero (médico/a), a requerimiento de un paciente portador de una enfermedad mortal en su propio beneficio, y por medio de una droga en dosis mortal (1)

En Argentina la eutanasia no se encuentra legislada, por lo tanto, es un acto ilícito, pero en aquellos países donde se encuentra permitida, es de fundamental importancia la

realización de evaluaciones psicológicas y psiquiátricas que demuestren que el sujeto se encuentra con todas sus facultades mentales plenas, que comprende los hechos, que está en su sano juicio y que elige libremente la eutanasia.

Con respecto a los elementos que la conforman debemos mencionar (4;6;7;9):

- La intencionalidad: la muerte debe ser intencionada, es decir quien la lleva a cabo debe saber el resultado de sus acciones y debe querer hacerlo.
- Los medios que se implementan deben ser suaves e indoloros.
- Debe ser voluntaria y solicitada por el paciente.
- Debe haber un consentimiento por parte del paciente como elemento necesario e imprescindible

Clasificación

1. Según la acción médica (4;6;7;9).

- Directa: se refiere a aquella situación en la que el médico ejecuta deliberadamente una acción que busca terminar con la vida de un paciente.

La eutanasia directa se subclasifica en *activa* (existe un despliegue médico que provoca el fallecimiento de un enfermo, por ejemplo, la administración de potasio a dosis máximas para generar alteraciones cardíacas y con ello la muerte) o *pasiva* (se da por omisión de la acción médica a tratamientos, terapias, alimentos o medicamentos)

- Indirecta: es aquella situación en la que no hay intención de provocar la muerte de un individuo. Este concepto es ambiguo dado que, si nos referimos a lo dicho en párrafos anteriores, como condición sine qua non para que haya eutanasia debe haber intención. Como ejemplo podemos citar el ejemplo de la utilización de la morfina en un cáncer terminal que se utiliza para calmar el dolor, pero que produce como efecto colateral la disminución de conciencia y casi siempre una abreviación de la vida.

Como hemos visto en su definición, la eutanasia siempre es activa y el concepto de pasiva no debería existir. Por lo tanto, quedarían excluidos del concepto de eutanasia, la negativa informada de un paciente a una práctica médica aconsejada y el retiro o la abstención de tratamientos que ya no son adecuados para la situación de un paciente,

mal llamados eutanasia pasiva o indirecta, o por omisión. La sedación paliativa también se encuentra excluida del concepto de eutanasia (6;7;9).

2. Según la acción del enfermo (4;6;7;9).

- Voluntaria: el paciente toma la decisión o bien un tercero decide en función de lo expresado por el enfermo previamente.
- Involuntaria: un enfermo puede o no decidir, pero la decisión es tomada por un tercero.

Según lo desarrollado hasta el momento debemos tener en claro que eutanasia y muerte digna no son sinónimos, así como tampoco lo son eutanasia y Cuidados Paliativos. Si bien ambos tienen objetivos distintos, en ningún caso hablamos de un abandono de paciente.

Conceptos asociados a la eutanasia

En función de lo expuesto anteriormente en relación con el concepto de eutanasia, debemos considerar los términos “distanasia”, “ortotanasia”, “eugenesia” y “cacotanasia” (6;9).

-Distanasia: es la prolongación de la vida mediante el uso de métodos extraordinarios de reanimación. Se puede definir como lo opuesto a la eutanasia, consistiendo en el retraso del advenimiento de la muerte empleando todos los medios posibles a pesar del pronóstico de la enfermedad terminal del paciente, aunque ello signifique prolongar el sufrimiento desmedido de una persona. Se puede relacionar con la obstinación terapéutica. (6).

-Ortotanasia: es la actuación correcta por parte de quienes atienden, asisten y acompañan al enfermo que padece una enfermedad terminal o incurable ante la muerte. Implica entonces la aplicación de todos los medios necesarios para permitir y garantizar el morir con dignidad, sin que ello signifique el empleo de medios desproporcionados y extraordinarios que mantengan con vida al paciente. La diferencia entre ortotanasia y eutanasia es que la ortotanasia nunca pretende adelantar deliberadamente la muerte (6). La muerte sucede sin abreviaciones tajantes (eutanasia) ni prolongaciones irrazonables (distanasia) (9).

-Eugenesia: esta puede ser negativa o positiva. La eugenesia negativa intenta suprimir los defectos genéticos mediante esterilización o la reclusión en instituciones de todos

aquellos individuos “defectuosos” impidiendo de esta manera la transmisión de defectos genéticos. La eugenesia positiva intenta la reproducción de genes y caracteres deseables mediante el uso de espermatozoides y óvulos no defectuosos para alcanzar la inseminación artificial (6).

-Cacotanasia: es la forma en la que se denomina a la eutanasia que se impone sin consentimiento del afectado (6). El término proviene del griego antiguo y significa malo o malvado. Es un tercero quien toma la decisión en su nombre (9).

Eutanasia y suicidio asistido

Es importante diferenciar estos dos conceptos. En el suicidio asistido (también llamado auxilio al suicidio), la acción del profesional médico o cualquier otro sujeto, se limita a suministrarle al paciente los medios necesarios para que él mismo se produzca la muerte. Implica además el asesoramiento sobre dosis letales de medicamentos, la prescripción de dichos medicamentos o incluso su suministro, pero no su administración.

En cambio, cuando se habla de eutanasia, se refiere a la terminación intencional de la vida de una persona por parte de un médico a través de la administración de drogas, por pedido voluntario de esa persona competente que padece una enfermedad avanzada y/o terminal.

Por lo tanto, el elemento distintivo no radica en el medio empleado para causar la muerte, sino en la persona que le suministra el medio y fundamentalmente la persona que ejecuta la acción que termina causando la muerte. (6)

El suicidio asistido se encuentra actualmente autorizado en Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Suiza, Canadá y en Estados Unidos, en el estado de Oregón, Washington, Montana, Vermont y California. En América del sur solamente en Colombia. (9)

3.3 Legislación Nacional relacionada con Muerte Digna y Eutanasia

- Art. 19. de la Constitución Nacional: enuncia que “Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe” (10). La Corte Suprema de Justicia de la Nación en el caso Bazterrica consideró inconstitucional sancionar penalmente la tenencia de drogas para uso personal. Resaltó que el legislador únicamente puede legislar de manera legítima sobre aquellas conductas reguladas por normas de la moral referidas a nuestras

relaciones con terceros, teniendo vedado con sus leyes exceder el campo de las acciones que caen bajo el ámbito de la moralidad privada (9;10).

- Art. 16 de la Constitución Nacional: proclama la “Igualdad ante la ley. El mencionado principio importa dada la diferente regulación que hace la ley del suicidio asistido, la eutanasia activa (no legalizados) y la limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico (9;10)

- Art. 75 inc. 22 de la Constitución Nacional: otorga jerarquía Constitucional a una serie de tratados internacionales, muchos de estos proclaman la dignidad humana y la igualdad ante la ley (10).

- Art. 23 Código Civil y Comercial de la Nación: establece que toda persona puede ejercer por sí misma sus derechos, con las excepciones que el mismo código reconoce. La regla es la capacidad de las personas es decir la posibilidad de ejercer los derechos de las que son titulares sin la intervención de terceros. El nuevo Código deja atrás el modelo tutelar o paternalista, para pasar a un modelo de autonomía y capacidad progresiva (11).

- Art 26 Código Civil y Comercial de la Nación: brinda estatus jurídico a la doctrina del menor maduro o de la autonomía progresiva. Mantiene la mayoría de edad a los 18 años, e introduce la categoría de adolescente, entre los 13 y 18 años. Establece que la persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales. En situaciones de conflicto de intereses con sus representantes legales, puede intervenir con asistencia letrada. La persona menor de edad tiene derecho a ser oída en todo proceso judicial que le concierne, así como a participar en las decisiones sobre su persona (11).

Además, se establece la capacidad médica a los 16 años, es decir, tienen capacidad plena para la toma de decisiones sobre el cuidado del propio cuerpo como persona adulta. Entre los 13 y 16 años diferencia dos situaciones: a) tratamientos no invasivos ni que comprometan su estado de salud o no importen riesgo grave en su vida o integridad: el consentimiento puede ser prestado por el propio adolescente. b) tratamientos invasivos o que comprometan su estado de salud o con riesgo grave en su vida o integridad: el consentimiento será prestado por el adolescente con asistencia de sus progenitores. El conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior sobre la base la opinión médica sobre las consecuencias de la realización o no del acto médico.

• Ley 26.529 “Derechos del paciente” sancionada el 21 de octubre de 2009 y promulgada el 19 de noviembre de 2009, (12).

A través de varios de sus artículos se destaca el derecho de cualquier persona a que se respete la autonomía de la voluntad y el derecho a participar en las decisiones vinculadas al cuidado de su salud.

Artículo 2, inc. e) se reconoció expresamente “el derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

Dentro de estos derechos del paciente, la ley menciona:

- Derecho a ser asistido por un profesional de la salud independientemente de sus creencias religiosas o políticas, de su condición socioeconómica, la raza, el sexo, la orientación sexual o cualquier otra condición.

- Derecho a recibir un trato digno y respetuoso referido no solo al paciente, sino que también a su entorno. Hace referencia al derecho a ser tratado sin menoscabo ni distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas o políticas, condición socioeconómica, raza, sexo u orientación sexual.

-Derecho a que se respete su intimidad: toda actividad médico-asistencial debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del paciente y la confidencialidad de sus datos sensibles.

-Derecho a la confidencialidad de los datos almacenados y detallados en la historia clínica, y que estos sean sólo brindados a quien/es el paciente autorice. Es decir que toda su información debe conservarse con respeto resguardando su intimidad y confidencialidad salvo expresa disposición de autoridad judicial competente o del paciente.

-Derecho a aceptar y/o rechazar tratamientos o procedimientos médicos o biológicos, pudiendo cambiar de opinión en cualquier instancia y sin necesidad de expresar causa que justifique su decisión.

-Derecho a recibir la información sanitaria (definida como aquella que se expresa de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente sobre su estado de salud) necesaria para poder decidir la aceptación o el rechazo de

procedimientos, así como también para estar en conocimiento de su estado de salud con los riesgos que éste supone, su evolución, los procedimientos propuestos con sus riesgos y beneficios y sobre las posibles consecuencias de la no realización del procedimiento propuesto.

-Derecho a poder realizar una segunda consulta médica a otro profesional, recibiendo toda la información sanitaria necesaria para poder realizarla.

-Derecho a declarar su voluntad a través de un consentimiento informado. Este puede ser verbal o escrito (obligatorio en caso de que medie internación, intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos invasivos, procedimientos que impliquen riesgos, revocación de procedimientos o exposición con fines académicos). Por otra parte, debemos considerar que existen algunas situaciones en las cuales puede obviarse el consentimiento informado como, por ejemplo, si existe peligro para la salud pública o en situaciones de emergencia en la que existe un grave peligro para la salud o la vida del paciente y éste no pudiera dar su consentimiento ni tampoco cuente con representantes legales.

•Ley 26.742 “Muerte digna”

En atención a las dificultades que se siguieron suscitando en el ámbito sanitario, y el reclamo de familiares de pacientes con trastornos graves e irreversibles de la conciencia, en mayo del año 2012 se sancionó la ley 26.742, llamada también “Ley de Muerte Digna”, que modificó y actualizó la “Ley de Derechos del Paciente”, a la que se incorporaron algunos artículos a los fines de brindar mayores precisiones en cuanto a los tratamientos que se pueden rechazar (13).

En cuanto a estas modificaciones entonces, se pueden mencionar las siguientes:

-Plantea que el paciente debe tener autonomía de su voluntad; significa que debe tener derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos con o sin expresión de causa, así como también tiene derecho a revocar su manifestación de la voluntad. Por lo tanto, todo paciente que padezca una enfermedad irreversible, incurable o que se encuentre en estadio terminal, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o **desproporcionadas** en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. Esto incluye rechazar la hidratación parenteral o la alimentación. El rechazo de los

procedimientos mencionados no significa la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente.

-Define al consentimiento informado como la declaración de voluntad efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en caso de no estar en pleno uso de sus facultades mentales. Esta debe ser emitida luego de recibir por parte del profesional a cargo, toda la información necesaria, clara, precisa y adecuada en cuanto a su estado de salud, el procedimiento propuesto, sus riesgos y beneficios, la especificación de los procedimientos alternativos con sus riesgos y beneficios y las posibles consecuencias de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos.

El artículo 6º se refiere al caso de las personas que no pueden expresar su voluntad, estableciendo un procedimiento para brindar el consentimiento. Este puede ser otorgado por las personas determinadas en el art. 21 de la ley de trasplantes de órganos (24.193).

Con la sanción de la nueva ley de Trasplantes de Órganos y Tejidos (27447), este artículo ha sido derogado. No obstante, la reglamentación de la ley 26.529 y su modificatoria, es importante en cuanto a que se establecen algunas directrices. Con la sanción en 2015 del nuevo Código Civil y Comercial, los textos enunciados de la ley fueron incorporados en el artículo 59 donde se establece con mayor flexibilidad que el consentimiento puede ser otorgado por el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o allegado que acompañe al paciente. (11)

-Se establece el derecho a recibir Cuidados Paliativos como parte de la atención integral de su enfermedad o padecimiento.

-Directivas anticipadas: establece en el artículo 11 que la expresión de la autonomía de la voluntad también puede ser realizada a través de una Directiva Anticipada. Toda persona capaz mayor de 18 años, puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas serán aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas.

-Sostiene que ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la ley, está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa.

La ley de Derechos del Paciente y su modificatoria, reconocen la primacía de la autonomía de la voluntad, debido a que la decisión de aceptar o rechazar un tratamiento

médico constituye un ejercicio de la autodeterminación de toda persona. El paciente podrá aceptar o rechazar los tratamientos propuestos, mientras que ese actuar no afecte derechos de terceros. El paciente puede rechazar un tratamiento sin una justa causa, aunque de esta decisión dependa su supervivencia.

- Ley 27678 de Cuidados Paliativos

Son sus objetivos desarrollar estrategias de atención interdisciplinaria y asegurar el acceso a las terapias farmacológicas y no farmacológicas disponibles, basadas en la evidencia científica y aprobadas en el país para la atención paliativa, atendiendo no sólo a las necesidades físicas, sino también a sus necesidades psíquicas, sociales y espirituales. Además, se promueve la formación profesional de grado y posgrado, la educación continua y la investigación en cuidados paliativos. (14)

4. Situación de la Eutanasia en Argentina

En Argentina aún no se ha llegado a una opinión unánime acerca de la eutanasia.

Por el contrario, las diferentes concepciones morales y religiosas han generado posturas totalmente disímiles. Cabe destacar que, aunque haya posturas diferentes, en lo que sí prima un acuerdo, es a la negativa a la implementación de medidas desproporcionadas y extraordinarias, que prolonguen la vida y el sufrimiento del paciente.

La eutanasia está penada legalmente, por lo que quien lleve a cabo este acto ilícito, tendrá una pena que puede llegar a los 4 (cuatro) años art 79 del Código Penal (8).

La ley de Muerte digna 26742 prohíbe y ordena dejar sin efecto todas aquellas directivas anticipadas que integren prácticas eutanásicas (art 11).

Actualmente los proyectos de ley con estado parlamentario en la Argentina son:

En la Cámara de Diputados:

- Proyecto 3956-D-2022: el 8 de agosto de 2022 se presentó el proyecto de ley de “Regulación de la eutanasia y la muerte asistida”. Su objetivo es “reconocer el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas, a solicitar la interrupción voluntaria de su vida y regular el procedimiento que ha de seguirse, establecer los mecanismos que permiten controlar y evaluar los procedimientos y las

garantías que han de observarse” (art. 1) (15). Este proyecto fue presentado por los mismos legisladores en el año 2021 (Proyecto 2577-S-2021) y se denominaba “Interrupción voluntaria de la vida”.

- Proyecto 4092-D-2022: el 11 de agosto de 2022 se presentó un proyecto de ley titulado “Derecho a la prestación de ayuda para morir dignamente” con el objeto de “regular el derecho de toda persona que cumpla con los requisitos exigidos a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir dignamente, de acuerdo con los principios, garantías y reglas que aquí se establecen” (art. 1) (16).

- Proyecto 4855-D-2022: el 13 de septiembre se presentó un proyecto para legalizar la eutanasia y el suicidio asistido. El proyecto establece el derecho a la muerte voluntaria médicamente asistida y propone también la reforma de la ley de derechos del paciente, del Código Civil y Comercial y del Código Penal (17).

- Proyecto 1473-D-2023: el 17 de abril de 2023 se presentó un proyecto bajo el nombre de “Buena muerte”. Esta iniciativa tiene como objeto “regular el derecho de toda persona a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir; el procedimiento formal a ese efecto; las garantías que han de observarse y los derechos y deberes del personal médico y el servicio de salud” (art. 1) (18). El texto es idéntico al proyecto. 4597-D-2021.

En el Senado:

- Proyecto. 848-S-2022 El 27 de abril de 2022 se presentó el proyecto Ley de “Buena muerte. Regulación de la eutanasia”. Su texto es casi idéntico al proyecto 4597-D-2021, con un agregado de un artículo final de modificación del art. 60 del Código Civil y Comercial. La comparación de este proyecto se incluirá en la del proyecto 1473-D-2023.

4.1. Análisis y comparación de los proyectos

A continuación, se comparan las diferencias y similitudes de los proyectos de ley en diferentes aspectos tales como el marco legal, requisitos, modalidades, obligaciones de los profesionales intervinientes, objeción de conciencia, comisiones evaluadoras, solicitud, directivas anticipadas, menores, capacidad restringida y cambios en la legislación (19).

Marco legal de los proyectos

Todos los proyectos se basan en los derechos y principios fundamentales: el derecho a la vida, a la integridad física y moral, a la dignidad y libertad o autonomía de la voluntad. Así mismo, hacen hincapié en la defensa de una muerte autodeterminada, la preservación de la personalidad y el derecho de cada individuo a decidir sobre cómo vivir su vida y cómo ponerle fin como un acto de autodeterminación plenamente autónomo (Constitución Nacional, Ley 26.529 Derechos del Paciente, Ley 26742 Muerte Digna). El proyecto 4855-D-2022 agrega además en su fundamentación la Ley 27.678 de Cuidados Paliativos. Los proyectos 4092 D-2022 y 4855-D-2022 también se enmarcan en los tratados de derechos humanos de jerarquía constitucional tales como la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (19).

El proyecto 4092 D-2022 se basa también en la Convención de los Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos de las Personas Con Discapacidad (19).

Requisitos

Todos los proyectos, excepto el 4855 -D-2022, definen como requisitos una “enfermedad grave e incurable” o “padecimiento grave, crónico e imposibilitante” utilizando la terminología de la ley española de 2021 (20).

Todas las definiciones que se utilizan son similares por lo que se describen las del proyecto 3956-D-2022:

-“Enfermedad grave e incurable: alteración de la salud irreversible, condición patológica grave o lesión corporal grave que ha sido diagnosticada, certificada y confirmada por un médico responsable, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada que permita modificar el pronóstico de muerte próxima, o cuando los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces” (art. 3.e)(15) .

-“Padecimiento grave, crónico e imposibilitante: Situación que hace referencia a una persona afectada por limitaciones que inciden directamente sobre su autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no puede valerse por sí misma, así como

sobre su capacidad de expresión y relación, y que lleva asociada un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones persistirán en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico”. (art. 3. f) (15).

En cambio, en el proyecto 4855-D-2022 es requisito que “a causa de una enfermedad grave e incurable, de una lesión, o de un padecimiento crónico grave, progresivo e imposibilitante, estén 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” (17).

Este proyecto se diferencia de los proyectos anteriormente presentados, ya que enfatiza el aspecto subjetivo de valoración de los dolores o padecimientos que se consideran “indignos o intolerables”. Como ya se describió, los proyectos restantes siguen las definiciones de la ley española (enfermedad grave e incurable y padecimiento grave, crónico e imposibilitante). Esto para algunos autores habilitaría la eutanasia a situaciones más amplias (19)

-Modalidades

Los proyectos 1473-D-2023 al igual que el 4092-D-2022 regulan dos modalidades posibles para quitar la vida al paciente. En la primera, el paciente elige “la administración directa de una sustancia por parte del profesional médico competente” y el médico responsable asistirá al paciente hasta el momento de su muerte”. En la segunda, elige la prescripción o suministro de una sustancia, de manera que ésta pueda ser autoadministrada por el paciente, para causar su propia muerte”. El proyecto 3956-D-2022 se refiere a las mismas modalidades, pero las denomina “práctica eutanásica o muerte asistida”, según la sustancia se administre por el profesional médico o la prescriba respectivamente.

El proyecto 4855-D-2022 utiliza la expresión muerte voluntaria médicamente asistida, eutanasia y suicidio asistido diferenciándose de los proyectos previos al utilizar esta última expresión, ya que esta no aparece en el articulado de los proyectos anteriores.

Define las modalidades de muerte voluntaria médicamente asistida (art.3) (17)

-Eutanasia: Administración directa al/a la paciente de una sustancia que provoca la muerte, por parte de un/a profesional de la salud competente, a partir de la petición libre,

informada y reiterada del/de la paciente que cumpla con los requisitos establecidos en el Artículo 4 (17).

-Suicidio asistido: Prescripción o suministro al/ a la paciente por parte del/ la profesional de la salud de una sustancia letal, de manera que se la pueda auto administrar para causar su propia muerte, a partir de la petición libre, informada y reiterada del/de la paciente que cumpla con los requisitos establecidos en el Artículo 4 (17).

-Profesional médico responsable y otros profesionales intervinientes

En cuanto a la determinación de quién sería el profesional que realizará la acción de quitar la vida (eutanasia) o de prescribir y suministrar la medicación para que el propio paciente lo haga (suicidio asistido), los proyectos coinciden en indicar como médico responsable al que está a cargo de la atención del paciente.

El proyecto 3956-D-2022 el médico responsable es quien lleva a cabo un proceso deliberativo con el paciente “sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos. También participará un equipo conformado por especialistas en psiquiatría y psicología que ayudará a confirmar la madurez del juicio del paciente y su inequívoca voluntad de morir”. Además, debe intervenir un “médico consultor” que redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del paciente”. Confirmada la solicitud por esos profesionales, se prevé la verificación previa de la Comisión de Garantía y Evaluación (15).

El proyecto 4092-D-2022 es similar al anterior, excepto que el “médico consultor” participa cuando el médico responsable deniega la petición de eutanasia. Agrega además que el médico responsable debe evaluar la capacidad y la autonomía de la voluntad del paciente para tomar una decisión libre e informada, respecto de la prestación de ayuda para morir dignamente.

El proyecto 1473-D-2023 establece que luego de ser evaluado por el médico responsable, se debe presentar la solicitud a la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación para la evaluación de dicho pedido.

En el proyecto 4855-D-2022, tanto en el caso de que el médico tratante considere que la solicitud es justificada como si no, deberá elevar el pedido a un médico especialista en la patología de base del paciente que se constituirá en médico consultor.

No hay intervención previa de ninguna comisión, excepto si el médico tratante como el consultor rechazan la práctica, entonces se eleva a una Comisión jurisdiccional (art. 11)

para que dictamine en un máximo de 10 días. Si también la rechaza, se eleva a una comisión nacional (17; 19).

-Objeción de conciencia:

Con similitud a ley 27610 de Interrupción Voluntaria del embarazo, estos proyectos permiten la objeción de conciencia, pero obligan al profesional a derivar al paciente, siendo pasible de sanciones disciplinarias, administrativas y penales. Misma situación sucede con las instituciones que no cuenten con efectores. El proyecto 4855-D-2022 además no permite que estos profesionales formen parte de las comisiones Nacional o jurisdiccional (19).

- Solicitud

El proyecto 1473-D-2023 indica que se debe hacer la solicitud “de manera voluntaria y por escrito” (art. 4). Además, se deben formular “dos solicitudes” con una separación de al menos 15 días (art. 4) (18).

El proyecto 3956-D-2022 indica que la manifestación de voluntad debe hacerse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos” (art. 5.b) (15). Hace referencia a la situación de imposibilidad de firmar el documento por su situación personal, entonces, podrá hacer uso de otros medios, o bien otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fechar y firmar en su presencia.

El proyecto 4092-D-2022 también regula que debe realizarse de manera voluntaria y por escrito, en documento fechado y firmado, o por otro medio que permita dejar constancia fehaciente”. En el artículo 8 se agrega “que deberá expresar, además de su voluntad de morir dignamente a través de la prestación, que conoce los cuidados paliativos que la medicina actual ofrece y que renuncia a ellos por no encontrar alivio suficiente a su sufrimiento” (16).

El proyecto 4855-D-2022 establece que “nadie puede ser sustituido/a en la prestación del consentimiento, el mismo debe 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” (17).

-Directivas anticipadas

Los 4 proyectos incluyen la posibilidad de pedir la eutanasia por directiva anticipada. En todos también se propone modificar el artículo 60 del Código Civil y Comercial y el art. 11 de la ley 26529, que actualmente prohíben la eutanasia.

-Comisiones estatales de evaluación

En el proyecto 1473-D-2023 luego de la solicitud del paciente de la práctica eutanásica, intervendrán las comisiones de asistencia y evaluación (en cada provincia y en la Ciudad de Buenos Aires) dictaminando a través de dos profesionales, uno de los cuales será jurista. Si no hay acuerdo, desempata el presidente de la comisión. Si el pedido es denegado, el paciente puede apelar al plenario de la comisión. La resolución que aprueba la eutanasia debe ejecutarse dentro de los 10 días. Luego de realizada la eutanasia, se debe notificar a la comisión de asistencia y evaluación (18).

El proyecto 3956-D-2022 se asemeja al 1473-D-2023 agregando además que las resoluciones de la Comisión que informan desfavorablemente la solicitud de interrupción voluntaria de la vida podrán ser recurridas ante la jurisdicción contencioso-administrativa (15).

En el proyecto (4092-D-2022) se realiza un proceso deliberativo ante un médico, dictamen de consultor (si el médico responsable deniega la petición de eutanasia) y control previo de una Comisión Nacional (16).

Por otro lado, en el proyecto 4855-D-2022 no hay intervención previa de ninguna comisión, excepto si tanto el médico tratante como el consultor rechazan la práctica, entonces se eleva a una Comisión jurisdiccional (art. 11) para que dictamine en un máximo de 10 días. Si también rechaza, se eleva a una comisión nacional (17).

-Menores de edad

Dos de los proyectos (4092-D-2022 y 1473-D-2023) proponen que la eutanasia o el suicidio asistido puedan ser requeridos por personas menores de edad.

En efecto, el proyecto 1473-D-2023, en el art. 6 se establece que la solicitud de ayuda para el buen morir será efectuada en el marco de lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño, la ley 26.061, el artículo 7º del anexo I del decreto 415/06, el artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación y la resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación y el decreto reglamentario 1.282/03 de la ley 25.673” (18).

El proyecto 4092-D-2022 dispone que la solicitud de la prestación de ayuda para morir dignamente se realiza en el marco de lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño, la ley 26.061, el artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación y normas complementarias. Según ambos proyectos se entiende que las personas mayores de dieciséis años tienen plena capacidad por sí para prestar su consentimiento a fin de ejercer los derechos que les otorga la ley. En los casos de personas menores de dieciséis años, se requerirá su consentimiento informado y se procederá conforme lo dispuesto en el marco de los dos proyectos.

-Personas con capacidad restringida

El proyecto 1473-D-2023 y el proyecto 4092-D-2022 establecen que las Personas con capacidad restringida por sentencia judicial, si la restricción no tuviere relación con el ejercicio de los derechos que otorga la ley, pueden prestar su consentimiento informado sin ningún impedimento ni necesidad de autorización y, si lo desean, con la asistencia del sistema de apoyo. Si la sentencia judicial de restricción a la capacidad impide prestar el consentimiento para el ejercicio de los derechos previstos en la presente ley, o la persona ha sido declarada incapaz judicialmente, debe prestar su consentimiento con la asistencia de su representante legal o, la de una persona allegada, en los términos del artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación” (16;18). El proyecto 3956-D-2022, establece que caso de restricción de la capacidad o incapacidad por progresión de la enfermedad, sólo procederá la práctica si el paciente ha suscripto con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital o documentos equivalentes legalmente reconocidos, conforme lo establecido en el artículo 11 de la Ley 26.529 (15).

-Cambios en la legislación:

Algunos proyectos incluyen en la ley un artículo de no punibilidad al profesional que respete los requisitos de la ley, mientras que otros proyectos lo incluyen en el Código Penal. Por otro lado, otros proyectos incluyeron un artículo en el cual se sanciona al profesional de la salud que obstaculice, dilate o se negara a realizar una práctica eutanásica (15;16;17).

5.Eutanasia en el mundo

Existe una gran variedad de posturas jurídicas en el mundo, e inclusive en distintos estados dentro de un mismo país que implican en ocasiones pensamientos opuestos.

La eutanasia está permitida en países como Australia, Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Portugal, Canadá, España y Nueva Zelanda entre otros. Dentro de los países Latinoamericanos Colombia no solo la permite, sino que la considera un derecho.

Como se mencionó antes la muerte o suicidio asistido se encuentra actualmente autorizado en Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Suiza, España, Nueva Zelanda Alemania, Canadá y en Estados Unidos, en el estado de Oregón, Washington, Montana, Vermont y California. En América del sur solamente en Colombia. (9)

En todos los casos en los que se permite la práctica, la eutanasia se realiza a petición reiterada del paciente y bajo la supervisión de un equipo médico multidisciplinario. Dicha petición es libre, autónoma, voluntaria, intencionada, reflexionada y consciente y en los casos en que ello no sea factible, si queda expresado en un testamento vital también puede llevarse a cabo (6).

Desarrollamos aquí los tres países que a la fecha autorizan la eutanasia en menores y la situación de España de donde varios proyectos de nuestro país tomaron los requisitos para solicitarla.

5.1 Países Bajos

Fue el primer país en aprobar la ley de Terminación de la vida a petición propia y suicidio asistido, en el año 2002 (9; 21).

Los requisitos para la práctica de la eutanasia son (9; 21):

- Que la persona se encuentre sufriendo un padecimiento extremo y en un estadio terminal.
- Que al médico le conste la voluntariedad del sujeto.
- Ser residente de ese país.
- Que el individuo se encuentre bien informado y que tenga claridad de la situación en que le aqueja
- Que se haya realizado una interconsulta en caso de sufrimiento
- Ser mayor de dieciocho años plenamente consciente o que haya expresado voluntades anticipadas.
- Menores entre dieciséis y dieciocho años plenamente conscientes o con voluntades anticipadas si los padres/tutores han participado en el proceso de toma de la decisión.

-Menores entre doce y dieciséis años, con madurez suficiente, si los padres/ tutores están de acuerdo con la decisión del menor

-La muerte debe ser consecuencia directa del suicidio o asistencia al suicidio por medio del mecanismo del “cuidado debido” contemplado en la ley (9; 21).

Cada instancia debe ser reportada a una de las 5 comisiones regionales, que examina las solicitudes. La ley también permite realizar un testamento de última voluntad en el cual se señale anticipadamente que se solicitará eutanasia, en el caso de que se sufra posteriormente de demencia (21). En el caso de los jóvenes entre 16 y 18 años cuya situación no le permite tomar la decisión, se toma en consideración si antes de alcanzar esta condición tenía la capacidad para comprender la situación o si lo ha dejado por escrito. En ese caso se debe hacer su voluntad (21).

Es importante destacar que el sufrimiento del paciente debe tener un fundamento médico. Pero no se exige que se trate de una enfermedad somática (física). Igualmente, tampoco es necesario que el paciente padezca una enfermedad potencialmente mortal. No se incluye la condición de que la eutanasia solo pueda practicarse en la “fase terminal” (22).

Posteriormente se autorizó la eutanasia en menores de 1 año con el consentimiento de los padres (23) y desde 2023, tras años de debate, también se permite la eutanasia en niños menores de 12 años que padecen sufrimientos intolerables e incurables y que no puedan aliviarse con cuidados paliativos.

Según el último Informe Anual 2022 de las Comisiones regionales de Verificación de la Eutanasia, el número de personas que murieron en Países Bajos con ayuda de un procedimiento de eutanasia aumentó en un 13,7 %, hasta un total de 8.720 casos. En comparación con 2021, hubo un 13,7 % más de casos con una tendencia al alza visible durante un período largo, tanto en números absolutos como en relación con la tasa de mortalidad. El número de muertes por eutanasia solía aumentar alrededor de un 10% al año, en su mayoría realizadas en personas con cáncer. En 2022 hubo también 288 casos de eutanasia en personas con demencia, un 35 % más que en 2021. Otras 379 personas mayores recurrieron a la eutanasia porque sufrían numerosas enfermedades incurables, un 23% más que en 2021. De este grupo 58 eran miembros de parejas que quisieron morir juntos, aunque en estos casos, ambos fueron evaluados por médicos diferentes y cumplieron con todos los criterios para recibir ayuda para morir. Los casos de eutanasia en personas con enfermedades psiquiátricas graves se mantuvieron igual al año anterior, con 115 casos. El aumento en la cifra total de casos conlleva a que

el porcentaje de muertes por eutanasia pasa del 4,5 en 2021 al 5,1 % del total de fallecimientos oficiales en Países Bajos en 2022 (24). En 2022, en trece ocasiones no se cumplieron los requisitos de diligencia y cuidado. La cifra supera las siete notificaciones que fueron evaluadas en 2021 como no ajustadas a los requisitos. No obstante, la proporción con el número total de notificaciones (0,15 %) sigue siendo tan baja que puede concluirse que la práctica de la eutanasia en los Países Bajos es muy diligente y cuidadosa (24).

5.2 Bélgica

Fue el segundo país del mundo en legalizar la eutanasia, tras el dictado de una ley en 2002 (9;21).

Los requisitos para la práctica de la eutanasia son (9;21):

-La solicitud debe ser realizada por un paciente adulto, un menor emancipado o un menor dotado de discernimiento y consciente en el momento de la solicitud (año 2014), quien la realiza de manera voluntaria, con cuidado, en reiteradas ocasiones, y no es el resultado de presiones externas.

-La persona solicitante debe poseer un estado con un sufrimiento (físico o psíquico) constante e insoportable que no puede ser aliviado.

-El sufrimiento es causado por una lesión o condición patológica grave e incurable. En el caso del menor con capacidad de discernimiento, se exige además que se encuentre en una situación terminal, según la cual se prevea el resultado de muerte en un futuro próximo. En los menores no contempla el sufrimiento psíquico, mientras que en los mayores sí.

En todos los casos, el médico deberá informar al paciente sobre su salud y esperanza de vida, consultar y discutir con él su petición de eutanasia, si existen todavía otras alternativas terapéuticas, el potencial de los cuidados paliativos y sus consecuencias. También, se contempla la consulta a otro médico para que informe sobre la calidad de grave e incurable de la enfermedad y el carácter permanente del sufrimiento que experimenta el paciente. La norma belga otorga validez a las declaraciones anticipadas por escrito, donde la persona dejó constancia de su voluntad en torno a la eutanasia, en caso de encontrarse inconsciente y sufrir una lesión o enfermedad grave, incurable e irreversible. La Comisión Federal establece un procedimiento de notificación y control posterior.

La ley belga permite la eutanasia en casos de sufrimiento psicológico constante e insoportable y no contempla expresamente, como en Países Bajos, que sólo los nacionales o residentes oficiales tengan derecho a acogerse a la eutanasia (9;21).

Según el Informe de eutanasia 2022 del Servicio Público FederalIM Salud Publica, Seguridad de la Cadena Alimentaria y Medio Ambiente de Bélgica (25), el número de declaraciones recibidas en 2020 y 2021 fue de un total de 5.145 (2.445 en 2020 y 2.700 en 2021). Luego de un ligero descenso de las eutanasias registradas en 2020 (probablemente debido a la pandemia de Covid-19), el número de eutanasias registradas aumentó en 2021 un 10,4% con respecto a 2020, volviendo así al nivel del año 2019.

El 67,3% de los pacientes tenía más de 70 años y el 39,1% tenía más de 80 años. La eutanasia en pacientes menores de 40 años sigue siendo muy infrecuente (1,2%). Son principalmente los pacientes de 60, 70, 80 años los que solicitan la eutanasia (77%). El grupo más numeroso de pacientes corresponde al grupo de edad comprendido entre 80 y 89 años (28,3%). En 2020 y 2021 no se registró ninguna declaración relativa a la eutanasia de un menor.

Desde el año 2020, el número de eutanasias realizadas en casa ha aumentado (54,3%). Por otro lado, el número de eutanasias realizadas en hospitales y unidades de cuidados paliativos (30,4%) está disminuyendo.

Menos del 1% de las eutanasias se referían a pacientes inconscientes que habían hecho una declaración previa.

Las condiciones que causaron la eutanasia fueron tumores (cánceres) (63,4%), una combinación de varias enfermedades crónicas refractarias (17,5%), enfermedades del sistema nervioso (7,8%), enfermedades del sistema circulatorio (3,6%), enfermedades del sistema respiratorio (2,5%), afecciones psiquiátricas (0,9%) y trastornos cognitivos (1%) y enfermedades del sistema digestivo (0,7%). Las otras categorías combinadas representan el 2,6% de las condiciones. El grupo de pacientes oncológicos sigue siendo el grupo más grande de pacientes que solicitan la eutanasia. Se trataba principalmente de tumores malignos de los órganos digestivos, respiratorios, mamarios y genitales. Las solicitudes de eutanasia por motivos de trastornos mentales y del comportamiento (en este grupo se incluyen afecciones psiquiátricas como los trastornos de la personalidad y trastornos cognitivos como el Alzheimer) siguen siendo bajos (1,9% de todas las eutanasias) (25).

En la mayoría de los pacientes se observaron simultáneamente sufrimiento, tanto físico como psicológico (no confundir con condiciones psiquiátricas) (82,2%) consecuencia de una o más enfermedades graves e incurables. La Comisión consideró que todas las declaraciones recibidas cumplían las condiciones esenciales de la ley (25).

5.3 Colombia

Colombia es el único país en el mundo donde la eutanasia no solo está permitida, sino que además es reconocida como un derecho de las personas.

En Colombia, no existe un marco legal sobre la eutanasia, sin embargo, se ha autorizado la eutanasia para mayores de 18 años mediante la aplicación de Sentencias de la Corte Constitucional (2014) que han autorizado emitir normativas específicas, distinguiendo entre el procedimiento aplicable para adultos y el aplicable a niños, niñas y adolescentes, esto último reglamentado en 2018. En 2021 la Corte legalizó el suicidio asistido y amplió el derecho a morir dignamente a pacientes que no tengan una enfermedad terminal, incluyendo a pacientes que tengan un intenso sufrimiento físico o psíquico (6;9;21).

En este país, se entiende a la eutanasia como un derecho basado en la idea que todo ser humano es portador de dos principios fundamentales que deben respetarse: la dignidad humana y la libertad individual (autonomía de la voluntad) (6;9;21).

Los requisitos para la práctica de la eutanasia son (6;9;21):

-Condición médica: se debe determinar la naturaleza de la enfermedad (paciente terminal) y la condición médica del solicitante con la cual se establecerá en qué momento se esperaría la muerte si la de eutanasia no se lleva a cabo.

-Evaluación del sufrimiento: se determinará si el sufrimiento es intolerable y si hay o no perspectiva de mejora.

-Inexistencia de alternativas de tratamiento o cuidado razonables.

-Persistencia en la solicitud explícita: El médico tratante valorará cuándo fue la primera vez que el paciente expresó su solicitud y si se mantuvo en el tiempo o fue reiterada. Establecerá también si esta es voluntaria y se identificará la existencia de “voluntad anticipada” escrita o registrada en la historia clínica.

-Evaluación de la capacidad para decidir por parte de un psiquiatra o psicólogo.

Deberá establecer la afectación por trastornos mentales o la disminución de la capacidad para la toma de decisiones. Esta evaluación debe ser prioritaria y previa a la presentación al comité.

-Segunda valoración: El comité científico interdisciplinario conformado por un médico con la especialidad de la enfermedad que padece el paciente, un abogado y un psiquiatra o psicólogo, debe valorar los anteriores requisitos. Este comité debe ser independiente del médico tratante. En el caso de discordancia entre las dos valoraciones, el comité consultará con otro profesional y reevaluará el caso.

La solicitud de eutanasia debe ser aprobada por el Comité Científico Interdisciplinario para el derecho a morir con dignidad. Si el comité considera que no se cumplen los criterios necesarios, simplemente no se configura el derecho y el procedimiento no podrá ser autorizado (9;21).

Para los niños, niñas y adolescentes se establecen además los siguientes requisitos (9;21):

-Niños de entre 6 a 12 años, que tengan una enfermedad o condición en fase terminal, que cumplan con los criterios establecidos en la resolución y que tengan la autorización de quien tenga la patria potestad. Solo se podrá practicar en casos excepcionales.

-Niños entre los 12 y 14 años, que tengan una enfermedad o condición en fase terminal y que tengan la autorización de quien tenga la patria potestad. En esta edad si la opinión de los menores se contrapone con la del que tenga la patria potestad, prevalecerá la opinión de los niños, niñas y adolescentes.

-Adolescentes de entre 14 y 17 años, que tengan una enfermedad o condición en fase terminal y se haya informado a quien tenga la patria potestad.

Se excluyen los niños menores de 6 años y los niños, niñas y adolescentes que presenten alteración de conciencia, discapacidades intelectuales, trastornos psiquiátricos diagnosticados que alteren la competencia para entender, razonar y emitir un juicio reflexivo.

Siempre debe descartarse, en todos los casos, la presencia del síndrome de cuidador cansado, así como la presencia de posibles conflictos de intereses o ganancias secundarias de quien ejerza la patria potestad.

En el caso de los niños entre 6 y 12 años se debe evaluar si el paciente se beneficia de la readecuación del esfuerzo terapéutico o de nuevos objetivos de cuidado y alivio sintomático y ponerlas en práctica sin perjuicio de la solicitud.

Una vez considerada la solicitud de carácter voluntario y libre, el médico tratante solicitará una valoración de psiquiatría infantil para realizar una evaluación exhaustiva que permita la identificación de un desarrollo neurocognitivo y psicológico excepcional, y la constatación de un concepto de muerte propia como irreversible e inexorable (21). Desde 2015 y hasta el 31 de octubre de 2022, se han realizado 322 procedimientos de muerte médicamente asistida a través de la eutanasia en Colombia.

En el año 2022 se han desarrollado 99 procedimientos, el más alto desde que se legalizó la eutanasia. Con corte a octubre 31 de 2022, 170 hombres (52,8 %) y 151 mujeres (46,9 %) ejercieron el derecho a una muerte digna a través de la eutanasia. En 2022 se registró por primera vez un procedimiento en una persona trans. De acuerdo con los reportes más actualizados del Ministerio de Salud y Protección Social, la edad promedio de quienes han solicitado el procedimiento de muerte médicamente asistida es de 62 años (26). El 80,4 % de todos los procedimientos de eutanasia (259 casos) fueron practicados a personas que tenían un diagnóstico relativo al cáncer (26).

5.4 España

España se ha convertido en el último país en aprobar una ley reguladora de la eutanasia en 2021 (9;20;21).

La ley despenaliza y regula tanto la eutanasia como el suicidio médicamente asistido, utilizando el término de “ayuda para morir” para referirse a ambos.

Son requisitos tener la nacionalidad española o residencia legal en España, ser mayor de edad y capaz y consciente en el momento de la solicitud y sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante. (9;20;21).

Estos últimos requisitos fueron tomados como se describió anteriormente por los proyectos de leyes en Argentina. La ley contempla además el supuesto de prestación de la ayuda para morir a aquellas personas sin capacidad para otorgar consentimiento, pero que hayan suscrito con anterioridad su deseo de recibirlo en un documento de Instrucciones Previas o equivalente legal. Además de la evaluación por el médico debe ser valorado por dos miembros (un médico y un jurista) de la Comisión de Garantía y Evaluación. Esto convierte a España en el segundo país, tras Colombia, en obligar a la valoración previa por parte de un Comité ((9;20;21).

Según los datos del Ministerio de Sanidad de España (solo de 2021) y la Organización no gubernamental derecho a Morir Dignamente (2023 se ha ayudado a morir a más de

370 personas. Se realizaron 75 muertes asistidas practicadas en 2021 y 295 durante 2022 (27;28). De los datos oficiales de 2021 se observa que en relación con el 53,33% han sido enfermedades Neurológicas, seguidas por el 29,33% de enfermedades Oncológicas y otras 5,33% por pluripatología orgánica severa y por último 4% enfermedades Respiratorias. La edad de los pacientes ha variado entre los 29 y 97 años siendo la media de edad de 66,37 años para las mujeres y 67,32 años para los hombres (27).

6.Resultados

Según la comparación detallada de los proyectos de ley sobre la regulación de la eutanasia y la muerte asistida en Argentina, se observan diferencias significativas en varios aspectos clave.

En términos de marco legal, todos los proyectos se basan en los derechos fundamentales como el derecho a la vida, la integridad física y moral, la dignidad y la libertad o autonomía de la voluntad. Además, el proyecto 4092 D-2022 agrega también la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Evaluando los requisitos para poder solicitar la práctica eutanásica, el Proyecto 4855-D-2022 enfatiza el aspecto subjetivo de valoración de los dolores o padecimientos que se consideran "indignos o intolerables". Como ya describimos, los proyectos restantes siguen las definiciones de la ley española (enfermedad grave e incurable y padecimiento grave, crónico e imposibilitante). Algunos autores sostienen que el proyecto 4855 es el que, incluyendo estos valores subjetivos, conduciría a un mayor número de muertes por este medio (19).

Si se analizan las modalidades de interrupción a la vida, los proyectos mencionan 2 formas: la administración directa de una sustancia por parte del profesional médico competente y la prescripción o suministro de una sustancia que sería autoadministrada por el paciente. El proyecto 4588-D-2022 es el único que utiliza la expresión suicidio asistido (administración de la sustancia por el paciente) diferenciándose de los otros proyectos.

En relación con el papel de los profesionales médicos, se establece la figura del "médico responsable" que evalúa y decide sobre la solicitud del paciente. El médico consultor,

que debe ser un especialista en la enfermedad que padece el paciente, evalúa la decisión del médico responsable, excepto en un proyecto en el cual solo participa, cuando el médico responsable deniega el pedido (4092-D-2022). Las comisiones evaluadoras realizan una verificación previa luego de la decisión del médico responsable y del consultor, excepto en un proyecto (4855-D-2022) en la que solo participan si ambos médicos (tratante y consultor) rechazan la práctica, es decir, solo recibiría la información de la práctica eutanásica ya realizada.

Se aborda la cuestión de la objeción de conciencia, permitiendo a los profesionales médicos rechazar la práctica por motivos éticos, pero se les exige derivar al paciente a otro profesional o institución. Algunos proyectos incluso prevén sanciones para aquellos que obstaculicen la práctica de la eutanasia

El consentimiento informado presenta distintas obligaciones según el proyecto, desde la intervención de escribano o juzgado de primera instancia y testigos, hasta la simple expresión escrita o en caso de imposibilidad el uso de otros medios. Algunos autores plantean que, ante la posibilidad de recurrir a otros medios, se quitaría el formalismo al procedimiento y se podrían realizar interpretaciones más amplias, que podrían dar lugar a abusos en personas con dificultad de expresión (19). Los cuidados paliativos y los tratamientos alternativos no son mencionados en el proyecto 1473-D-2023 y en el proyecto 4092-D-2022 (art. 8) se indica que el paciente que solicita la eutanasia debe renunciar a los cuidados paliativos.

Los proyectos de ley afirman poner requisitos estrictos para autorizar los casos de eutanasia cuando está informada en las directivas anticipadas. La posibilidad de dejar una directiva anticipada transforma la petición en una obligación (19).

El artículo 7º del anexo I del decreto 415/06 (reglamentación de la Ley 26.061, Disposiciones transitorias)” define por 'familia o núcleo familiar', 'grupo familiar', 'grupo familiar de origen', 'medio familiar comunitario', y 'familia ampliada', además de los progenitores, a las personas vinculadas a los niños, niñas y adolescentes, a través de líneas de parentesco por consanguinidad o por afinidad, o con otros miembros de la familia ampliada. También podrá asimilarse al concepto de familia, a otros miembros de la comunidad que representen para la niña, niño o adolescente, vínculos significativos y afectivos en su historia personal como así también en su desarrollo, asistencia y protección” (28). De esto se desprende que un allegado o algún referente afectivo puede dar el consentimiento junto con la persona menor de edad (19). Por lo tanto, según lo estipulan estos proyectos, una persona mayor de dieciséis años podría consentir la

eutanasia y una menor de 16 años, según el marco del proyecto 1473-D-2023, incluso sin el consentimiento de sus padres, pero si con el de las personas definidas por el artículo 7º del anexo I del decreto 415/06.

La ausencia de “conflicto de intereses” o “influencia indebida” son garantías en lo que concierne a la toma de decisiones en personas con discapacidad (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad). Los proyectos regulan los aspectos vinculados a las personas con capacidad restringida según el Código Civil y Comercial, algunos de ellos mencionan salvaguardas adecuadas para que no existan abusos y para que las decisiones sean tomadas por el titular del derecho, pero no se aclaran cuáles serán esas salvaguardas. Algunos autores piensan que legalizar la eutanasia en estos casos, es una forma de discriminación hacia las personas con discapacidad (19).

Cuando se observan los distintos aspectos sobre la eutanasia en Países Bajos, Bélgica, Colombia y España se puede decir que es un tema altamente complejo que implica consideraciones éticas, morales, legales y de derechos humanos. Cada país que ha legalizado la eutanasia ha adoptado enfoques y marcos regulatorios distintos.

Países Bajos y Bélgica han establecido requisitos estrictos, incluyendo el sufrimiento extremo y en fase terminal, la consulta de médicos independientes y la evaluación exhaustiva de la condición del paciente. Si bien ambos permiten la eutanasia en menores, Bélgica solo lo permite en menores sin padecimiento psíquico y con capacidad de discernir. En Bélgica se permite la eutanasia por sufrimiento psicológico constante e insoportable.

Colombia ha adoptado un enfoque que considera la eutanasia como un derecho fundamental, proporcionando un marco legal basado en decisiones de la Corte Constitucional y un proceso detallado de evaluación médica y psicológica. En cuanto a los menores, quedan excluidos los menores de 6 años y los niños, niñas y adolescentes que presenten alteración alguna alteración que altere la competencia para entender, razonar y emitir un juicio reflexivo.

España, el país más reciente en aprobar una ley de eutanasia, ha establecido requisitos que incluyen sufrir una enfermedad grave e incurable, ser mayor de edad y tener la capacidad de decisión. No está aprobada la eutanasia en menores.

En cuanto a las estadísticas y tendencias Países Bajos ha experimentado un aumento constante en el número de casos de eutanasia, incluyendo una expansión en la autorización de la eutanasia en niños y casos de demencia.

Bélgica ha visto un aumento gradual en los casos de eutanasia, con la mayoría de los pacientes siendo personas de edad avanzada con enfermedades como el cáncer.

Colombia ha llevado a cabo un número considerablemente menor de procedimientos de eutanasia en comparación con Países Bajos y Bélgica. Además, ha establecido restricciones y evaluaciones rigurosas, incluso para los casos que involucran a niños y adolescentes. España, como el país más reciente en legalizar la eutanasia, ha visto un número significativo de procedimientos de ayuda para morir, en su mayoría en pacientes con enfermedades neurológicas y oncológicas.

En cuanto al enfoque legal y social Países Bajos y Bélgica han adoptado un enfoque progresista en el que la eutanasia se considera una opción legítima para aquellos que sufren y desean poner fin a su vida de manera digna y controlada.

Colombia ha establecido la eutanasia como un derecho, basado en principios de dignidad humana y libertad individual. Además, ha implementado un proceso legal detallado y estricto para garantizar la protección de los derechos del paciente.

España, al igual que Colombia, ha reconocido la eutanasia como una opción legítima para aquellos que sufren de enfermedades graves e incurables, estableciendo medidas legales para garantizar que los pacientes tomen decisiones informadas y voluntarias sobre el final de sus vidas.

Conclusiones

Este trabajo no intenta dar una opinión, ni pactar un veredicto a favor ni en contra de la eutanasia, ni mucho menos resolver un dilema de años de evolución, sino que por el contrario intenta promover el pensamiento y la reflexión dándole un marco legal al eje central.

La toma de decisiones en casos de enfermedades terminales en general y especialmente en pediatría es una cuestión altamente delicada que generalmente implica una cuidadosa consideración de los valores y deseos de los pacientes, de los padres, así como los derechos y el bienestar del niño. Los principios de ética médica suelen enfatizar la importancia de respetar la autonomía del paciente y buscar el beneficio del paciente como prioridades fundamentales. Es importante que los médicos y profesionales de la salud estén bien capacitados para abordar estas cuestiones éticas y legales complejas y trabajen en estrecha colaboración con los pacientes y sus familias. Además, la sociedad en su conjunto debe involucrarse en discusiones significativas y

compasivas sobre estos temas, considerando las necesidades y preocupaciones de los pacientes que enfrentan enfermedades terminales y sus familias.

Para poder tener más información sobre el estado del tema en nuestro país, se realizó una comparación acerca de las similitudes y diferencias clave entre los diferentes proyectos vigentes con capacidad de ser sancionados y además una evaluación acerca de la experiencia los países que ya tiene legalizada la eutanasia en niños.

Se puede concluir que, en Argentina, aunque existe cierta uniformidad en los principios generales, los proyectos presentan diferencias significativas en términos de requisitos, modalidades, roles profesionales, objeción de conciencia y protección de ciertos grupos vulnerables. Estas diferencias pueden reflejar distintos enfoques éticos y legales para abordar la cuestión compleja de la eutanasia y la muerte asistida. El análisis demuestra la importancia de considerar cuidadosamente las implicaciones legales y éticas al abordar temas tan sensibles en la legislación.

En cuanto a los demás países evaluados, sus enfoques y marcos legales reflejan las diferentes perspectivas culturales, éticas y morales en torno a este tema complejo y delicado. Cada uno busca equilibrar el respeto por la autonomía del paciente con la protección de la vida y el bienestar de los individuos, implementando medidas estrictas para garantizar la aplicación ética y responsable de la eutanasia y el suicidio asistido.

La comparación entre los marcos legales de diferentes países proporciona una visión más global y enriquecedora de los enfoques adoptados.

En última instancia, la eutanasia y la muerte digna, especialmente en pediatría, plantean desafíos legales, éticos y emocionales complejos. El equilibrio entre el respeto por la vida y la dignidad del paciente y la necesidad de aliviar el sufrimiento es fundamental en la elaboración de políticas y regulaciones relacionadas con estos temas delicados. El debate continuo en torno a estos temas busca encontrar soluciones que protejan los derechos y el bienestar de los pacientes pediátricos y sus familias, al tiempo que se adhieren a principios éticos y legales rigurosos.

Bibliografía

1. Protocolo de adecuación o limitación del esfuerzo terapéutico en uti – Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Available from: <https://www.sati.org.ar/protocolo-de-adequacion-o-limitacion-del-esfuerzo-terapeutico-en-uti/>
2. Althabe m, Álvarez A, Bellomo R, Brulc A. Recomendaciones para la toma de decisiones en pacientes gravemente enfermos. Comité de Ética Hospitalaria, Htal. de Pediatría “Dr. Prof. J. P. Garrahan. Revista Archivos Argentinos de Pediatría, Vol. 96/1998. 1998;
3. Roberto Cataldi Amatriain. Introducción a la Bioética del siglo XXI. 1ra Edición. 2017. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Hygea Ediciones.
4. Fontalis A, Prousalis E, Kulkarni K. Euthanasia and assisted dying: what is the current position and what are the key arguments informing the debate? J R Soc. Med. 2018 nov. DOI 10.1177/0141076818803452. PMID: 30427291; PMCID: PMC6243437
5. Bustamante M. Temas de Bioética, Limitación terapéutica y conflictos éticos. Proporcionalidad. Revista Argentina de Medicina Respiratoria. 2016
6. Carlos Tirso Murillo Hurtado. Estudio sobre la eutanasia. 2010. Medellín. Universidad CES. Facultad de Salud Pública. Especialización en Gerencia de Salud Pública.
7. Stratta del Vale SK. Proyecto de Investigación aplicada. Eutanasia y regulación de la muerte digna en el sistema jurídico argentino. Universidad Empresarial Siglo 21.; 2019. Available from: <https://www.google.com/search?q=Stratta+Karen+del+Vale.+Proyecto+de+Investigaci%C3%B3n+aplicada.+Eutanasia+y+regulaci%C3%B3n+de+la+muerte+digna+en+el+sistema+j>
8. Código Penal de la Nación Argentina. Infoleg. Available from: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm>
9. Pinto MF. La procedencia de la legalización de la eutanasia en la legislación argentina. Revista Pensamiento. Marzo 2022; Available from: <https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/adadasdasdasdasdasdasdasdas.pdf>
10. Constitución de la Nación Argentina. infoleg Available from: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>

11. Código Civil y Comercial de la Nación. infoleg; 2015. Available from: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/texact.htm>
12. Ley 26529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Infoleg; 2009. Available from: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>
13. Ley 26742 de Muerte digna, infoleg. Available from: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000199999/197859/norma.htm>
14. Ley 27678 de Cuidados Paliativos. infoleg. Available from: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do;jsessionid=8187F359080B1A4F54AA78D8AB40AAF5?id=368373#:~:text=Resumen%3A,CONFORME%20A%20LAS%20PRESENTES%20DISPOSICIONES.>
15. Proyecto 3956-D-2022. Cámara de Diputados de la República Argentina. Available from: <https://www.diputados.gov.ar/proyectos/proyecto.jsp?exp=3956-D-2022>
16. Proyecto 4092-D-2022. Cámara de Diputados de la República Argentina. Available from: <https://www.hcdn.gob.ar/proyectos/proyecto.jsp?exp=4092-D-2022>
17. Proyecto 4855-D-2022. Cámara de Diputados de la República Argentina. Available from: <https://www.diputados.gov.ar/proyectos/proyecto.jsp?exp=4855-D-2022>
18. Proyecto 1473-D-2023. Cámara de Diputados de la República Argentina. Available from: <https://www.diputados.gov.ar/proyectos/proyecto.jsp?exp=1473-D-2023>
19. Lafferriere JN. Análisis de los proyectos de legalización de la eutanasia y el suicidio asistido en Argentina [Internet]. 2022. Available from: <https://centrodebioetica.org/analisis-de-los-proyectos-de-legalizacion-de-la-eutanasia-y-el-suicidio-asistido-en-argentina/>
20. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Jefatura del Estado «BOE» núm. 72, de 25 de marzo de 2021 Referencia: BOE-A-2021-4628, España. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>
21. Pilar LGM. Aplicación de la Eutanasia: Bélgica, Colombia, Holanda y Luxemburgo.

Biblioteca Nacional del Congreso de Chile [Internet]. 2019 Apr; Available from: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27089/1/BCN_Eutanasia_Belgica__Colombia_Holanda_Luxemburgo_FINAL.pdf

22. Comisiones regionales de Verificación de la Eutanasia, Código sobre la Eutanasia 2022, Available from:

https://www.euthanasiecommissie.nl/binaries/euthanasiecommissie/documenten/publicaties/ec-2022/ec-2022/7/5/RTE_EuthaCode2022_Spanish.pdf

23. Euthanasia and newborn infants, Government of the Netherlands, Available from:

<https://www.government.nl/topics/euthanasia/euthanasia-and-newborn-infants>

24. Comisiones regionales de Verificación de la Eutanasia, Informe Anual 2022,

Available from:

<file:///C:/Users/mariferfernandez/Downloads/COMISIONES+REGIONALES+DE+VERIFICACIO%CC%81N+DE+LA+EUTANASIA-Informe+anual-2022.pdf>

25. Informe de eutanasia 2022, Servicio Público Federal; Salud Publica, Seguridad de la Cadena Alimentaria y medio ambiente, Bélgica. Available from: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/cfcee-rapport-euthanasie-2022>

26. Correa Montoya, Lucas y Jaramillo Salazar, Camila (2022). De muerte lenta #2.

Cifras, barreras y logros sobre el derecho a morir dignamente en Colombia. Bogotá:

DescLAB. Available from:

https://www.desclab.com/_files/ugd/e0e620_6a4d002443244417a5552c762e40c785.pdf

27. Informe Anual 2021 de la prestación de ayuda para morir. Ministerio de Sanidad,

Gobierno de España. Available from:

<https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/InformeAnualEutanasia.pdf>

28. El número de personas que morirán por eutanasia crecerá en los próximos años, Informe de la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente. junio 2023. Available

from: [https://derechoamorir.org/2023/06/23/el-numero-de-personas-que-moriran-por-eutanasia-crecera-en-los-proximos-](https://derechoamorir.org/2023/06/23/el-numero-de-personas-que-moriran-por-eutanasia-crecera-en-los-proximos-anos/#:~:text=Las%20295%20eutanasias%20de%202022,y%20el%204%25%20del%20total)

[anos/#:~:text=Las%20295%20eutanasias%20de%202022,y%20el%204%25%20del%20total](https://derechoamorir.org/2023/06/23/el-numero-de-personas-que-moriran-por-eutanasia-crecera-en-los-proximos-anos/#:~:text=Las%20295%20eutanasias%20de%202022,y%20el%204%25%20del%20total)