



"2025 – AÑO DE LA RECONSTRUCCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA"

PROYECTO DE LEY DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

El Senado y la Honorable Cámara de Diputados sancionan con fuerza de Ley...

ARTÍCULO 1º. - Objeto. La presente ley tiene por 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.

ARTICULO 2º. - Derechos. Toda persona que se encuentre sufriendo una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e limitante, en los términos establecidos en esta ley y en cumplimiento con los requisitos previstos por la misma, tiene derecho a: a) solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir; b) requerir y acceder a la atención de la prestación de ayuda para morir, en los servicios del sistema de salud; c) acceder a toda la información necesaria para recibir la ayuda para morir.

ARTICULO 3º. - Definición a los efectos de esta ley. Se denomina eutanasia al procedimiento realizado por un médico o por su orden, tras seguir el procedimiento indicado en la presente ley, para provocar la muerte de la persona que se encuentra en las condiciones por ella previstas y así lo solicita reiteradamente en forma válida y fehaciente.

ARTICULO 4º. - Revocación. La voluntad del paciente de poner fin a su vida es siempre revocable. La revocación no estará sujeta a formalidad alguna y determinará el cese inmediato y la cancelación definitiva de los procedimientos en curso.

ARTÍCULO 5º. - Autoridad y ámbito de Aplicación. La presente ley se aplicará en todo el territorio de la República Argentina, a través del Ministerio de Salud de la Nación y los respectivos ministerios provinciales a cargo del servicio de salud.

CAPITULO I

DERECHO A SOLICITAR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

ARTICULO 6º. - Requisitos. Para solicitar la prestación de ayuda para morir, se deberán cumplir los siguientes requisitos: a) Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico y limitante. Se considerará tal a todos los efectos de esta ley, a la situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede



suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico. b) Ser ciudadano argentino, mayor de edad, plenamente capaz al momento de presentar la solicitud. c) Formular dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, en documento fechado y firmado, o por otro medio que permita dejar constancia fehaciente, con una separación de al menos quince días corridos entre ambas. El médico del paciente podrá disponer la reducción de ese plazo atento a las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica. d) Prestar consentimiento informado. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente. e) Una vez cumplidos los requisitos anteriores, el médico responsable, antes de la realización de la prestación de la ayuda para morir, pondrá el caso en conocimiento del presidente de la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación.

ARTICULO 7°.- Directivas Médicas Anticipadas. No será de aplicación lo previsto en las letras c) y d) del artículo anterior en aquellos casos en los que el médico responsable certifique que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes, siempre que el paciente haya suscrito con anterioridad un documento de directivas médicas anticipadas, instrucciones previas, testamento ológrafo o por acto público en cuyo caso se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento. En el caso de haber nombrado representante en ese documento será el interlocutor válido para el médico responsable. La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

ARTICULO 8°. - Personas mayores de 16 años. Conforme a lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño, la ley 26.061, el artículo 7° 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, las personas mayores de dieciséis (16) años tienen plena capacidad por sí para prestar su consentimiento a fin de ejercer los derechos que otorga la presente ley.

ARTICULO 8° bis. - Personas con capacidad restringida. Si se tratare de una persona con capacidad restringida por sentencia judicial y la restricción no tuviere relación con el ejercicio de los derechos que otorga la presente ley, podrá prestar su consentimiento informado sin ningún impedimento ni necesidad de autorización previa alguna y, si lo deseara, con la asistencia del sistema de apoyo previsto en el artículo 43 del Código Civil y Comercial de la Nación. Las personas que actúan como sistema de apoyo no representan ni sustituyen a la persona con discapacidad en el ejercicio de sus derechos y, por tanto, es necesario que el diseño del sistema de apoyo incorpore salvaguardas adecuadas para que no existan abusos y las decisiones sean tomadas por la titular del derecho. 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, deberá prestar su consentimiento con la asistencia de su representante legal o, a falta o ausencia de este o esta, la de una persona allegada, en los términos del artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación.

CAPITULO II

DERECHO DEL PACIENTE Y SU RELACION CON LOS PROFESIONALES

ARTICULO 9°.- A los efectos de la presente Ley se entiende por Médico responsable al facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales, este médico es responsable por la atención general del paciente en un hospital o en el ámbito clínico.

ARTICULO 10°. - Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Todo paciente tendrá derecho a: a) solicitar toda la información relativa a la prestación de ayuda para morir y recibir tal información de modo que formen y expresen su voluntad, otorguen su consentimiento y se comuniquen e interactúen con el entorno, de modo libre, a fin de que su decisión sea individual, madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas; b) solicitar la prestación de ayuda para morir; c) acceder al sistema de salud o contar con su asistencia, desde su requerimiento y en las condiciones que se establecen en la presente ley y en las leyes 26.485, 26.529 y concordantes.

ARTICULO 11°. - Garantías. El personal de salud debe garantizar las siguientes condiciones mínimas y derechos en la atención: a) Trato digno. El personal de salud debe observar un trato digno, respetando las convicciones personales y morales del paciente. b) Privacidad. Toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener y transmitir información y documentación clínica del paciente debe garantizar la construcción y preservación de un ambiente de confianza entre el personal de salud y las personas que solicitan la atención, y observar el estricto respeto por su intimidad, dignidad humana y autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la confidencialidad. c) Confidencialidad. El personal de salud debe crear las condiciones para el resguardo de la confidencialidad y el secreto médico durante todo el proceso de atención y también con posterioridad. Debe informar durante la consulta que la confidencialidad está garantizada y resulta alcanzada por el secreto médico. d) Autonomía de la voluntad. El personal de salud debe respetar las decisiones de los pacientes respecto al ejercicio de sus derechos, las alternativas de tratamiento y su futura salud. Las decisiones del paciente no deben ser sometidas a juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o axiológicas por parte del personal de salud, debiendo prevalecer su libre y autónoma voluntad. e) Acceso a la información. El personal de salud debe mantener una escucha activa y respetuosa de los pacientes para expresar libremente sus necesidades y preferencias. Los pacientes tienen derecho a recibir la información sobre su salud; el derecho a la información incluye el de no recibir información inadecuada en relación con la solicitada. f) Se debe suministrar información sobre los distintos métodos que se pueden utilizar de ayuda para un buen morir, los alcances y consecuencias de la práctica. Dicha información debe ser actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles.



COMISION MEDICA DE ASISTENCIA Y EVALUACION

ARTICULO 12°. - Comisión Médica de Asistencia y Evaluación. Existirá una Comisión Médica de Asistencia y Evaluación en cada una de las provincias y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La composición de cada una de ellas tendrá carácter multidisciplinar y deberá contar con un número de cinco miembros entre los que se incluirá personal médico, de enfermería y un jurista especializado en la materia.

ARTICULO 13°.- Reunión Anual. El Ministro de Salud de la Nación, los Ministros de Salud de las provincias y la ciudad de Buenos Aires, y los presidentes de las Comisiones Médicas de Asistencia y Evaluación de cada una de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se reunirán anualmente, bajo la coordinación del Ministerio para igualar criterios e intercambiar buenas prácticas en el desarrollo de la prestación de eutanasia en el Sistema de Salud Nacional.

CAPITULO IV

PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

ARTÍCULO 14°. - Procedimiento para la prestación de ayuda para morir. El paciente presentará la solicitud de ayuda para morir ante la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación correspondiente a su jurisdicción. El presidente de la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación designará a dos miembros de esta, un profesional médico y un jurista especializado en la materia, para que verifiquen si, a su juicio, concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir, quienes tendrá acceso a toda la historia clínica, así como al paciente solicitante y deberán expedirse dentro del plazo máximo de cinco días corridos. En caso de que ambos miembros no logran acuerdo, decidirán en conjunto con el presidente de la Comisión, dentro de los dos días corridos siguientes al pronunciamiento de los miembros asignados al estudio del caso, que deberán pronunciarse dentro del plazo establecido en el párrafo precedente. Si la decisión es favorable a la solicitud planteada, el informe será remitido a los efectos de la realización de la prestación. En caso de que el informe fuera negativo, el paciente solicitante podrá solicitar la revisión de aquel por la Comisión en pleno, la que deberá expedirse en el plazo de cinco días corridos a contar desde que la solicitud le fuere elevada por el interesado.

ARTICULO 15°. – Realización de la prestación de ayuda para morir. Una vez recibida la resolución positiva, la realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales médicos, con aplicación de los protocolos correspondientes. En ningún caso el acceso a la prestación podrá dilatarse más allá de los diez días corridos a partir de la fecha de emisión de la resolución que la autoriza. En caso de que el paciente se encuentre consciente, deberá comunicar al médico responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir. En el supuesto de que el paciente elija la administración directa de una sustancia por parte del profesional médico competente, el médico responsable asistirá al paciente hasta el momento de su muerte. En el supuesto de que elija la prescripción o suministro de una sustancia, de manera que ésta pueda ser autoadministrada por el paciente, para causar su propia muerte, el médico responsable,



tras prescribir la sustancia que el propio paciente se autoadministrará, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a este hasta el momento del fallecimiento.

ARTICULO 16°. - Comunicación a la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación. Una vez realizada la prestación de ayuda para morir, el médico responsable deberá remitir a la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación de su Provincia o Ciudad Autónoma de Buenos Aires toda la documentación relativa al procedimiento realizado.

ARTICULO 17°. - Intimidad y confidencialidad. Los centros sanitarios que realicen la prestación de ayuda para morir adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad de las personas solicitantes de la prestación y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal.

ARTÍCULO 18°. - Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios. El profesional de salud que deba intervenir de manera directa en la ayuda del buen morir, tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito. A los fines del ejercicio de esta, deberá: a) Mantener su decisión en todos los ámbitos, público, privado o de la seguridad social, en los que ejerza su profesión; b) Derivar de buena fe al paciente para que sea atendido por otro u otra profesional en forma temporánea y oportuna, sin dilaciones; c) Cumplir con el resto de sus deberes profesionales y obligaciones jurídicas. El incumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente artículo dará lugar a las sanciones disciplinarias, administrativas, penales y civiles, según corresponda.

ARTICULO 19°. - Obligaciones de los establecimientos de salud. Aquellos efectores de salud del subsector privado o de la seguridad social que no cuenten con profesionales para ayudar al paciente a un buen morir, a causa del ejercicio del derecho de objeción de conciencia de conformidad con el artículo anterior, deberán prever y disponer la derivación a un efector que realice efectivamente la prestación y que sea de similares características al que la persona solicitante de la prestación consultó. En todos los casos se debe garantizar la realización de la práctica conforme a las previsiones de la presente ley. Las gestiones y costos asociados a la derivación y el traslado de la paciente quedarán a cargo del efector que realice la derivación. Todas las derivaciones contempladas en este artículo deberán facturarse de acuerdo con la cobertura a favor del efector que realice la práctica.

ARTICULO 20°. - Cobertura y calidad de las prestaciones. El sector público de la salud, las obras sociales enmarcadas en la ley 23.660 y en la ley 23.661, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados creado por la ley 19.032, las entidades y agentes de salud comprendidos en la ley 26.682, de marco regulatorio de medicina prepaga, las entidades que brinden atención dentro de la reglamentación del decreto 1.993/11, las obras sociales de las fuerzas armadas y de seguridad, las obras sociales del Poder Legislativo y Judicial y las comprendidas en la ley 24.741, de obras sociales universitarias, y todos aquellos agentes y organizaciones que brinden servicios médico-asistenciales a las personas afiliadas o beneficiarias, independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar la cobertura integral de la práctica que se realice para un buen morir, prevista en la presente ley en todas las formas que la Organización Mundial de la Salud recomienda. Estas prestaciones



quedan incluidas en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en el PMO con cobertura total, junto con las prestaciones de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo.

ARTICULO 21°. - Consideración legal de la muerte. La muerte como consecuencia de la prestación de ayuda para morir tendrá la consideración legal de muerte natural a todos los efectos, independientemente de la codificación realizada en la misma.

CAPITULO V

MODIFICACIONES LEGISLATIVAS

ARTICULO 22°. -Incorpórese como Artículo 83 bis del Código Penal. “Artículo 83 bis - No es delito la ayuda al suicidio ni la muerte causada como consecuencia de la realización de prácticas eutanasicas o de muerte asistida, que cuente con el consentimiento libre e informado del paciente que esté sufriendo una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico y limitante, de conformidad con los requisitos y el procedimiento establecido por la ley que regula la interrupción de la vida.”

ARTICULO 23°. -Incorpórese como Artículo 83 ter del Código Penal. “Artículo 83 ter- Será reprimido con prisión de tres (3) meses a un (1) año e inhabilitación especial por el doble del tiempo de la condena, el funcionario público o la autoridad del establecimiento de salud, profesional, efector o personal de salud que dilatare injustificadamente, obstaculizare o se negare, en contravención de la normativa vigente, a realizar la interrupción de la vida en los casos legalmente autorizados.”

CAPITULO VI

DISPOSICIONES FINALES

ARTICULO 24°. -El Poder Ejecutivo determinará la autoridad de Aplicación de la presente ley.

ARTICULO 25°. -La presente Ley se reglamentará dentro del ciento veinte (120) días de su promulgación.

ARTICULO 26°. -La presente ley es de orden público y de aplicación obligatoria en todo territorio de la República Argentina.

ARTICULO 27°. -Comuníquese al Poder Ejecutivo.



FUNDAMENTOS

Sr. presidente:

El presente proyecto de ley tiene por objeto garantizar el derecho de toda persona a decidir, en el marco de su autonomía y dignidad, el modo y momento de su muerte cuando padezca sufrimientos físicos o psíquicos intolerables derivados de una enfermedad grave, crónica e irreversible. Este derecho se enmarca en los principios consagrados por la Ley N° 26.529 sobre los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud y la Ley N° 26.742 de Muerte Digna, que reconocen la autonomía de la voluntad y el rechazo a tratamientos que prolonguen artificialmente la vida.

La experiencia nacional y comparada demuestra que la posibilidad de acceder a la muerte médicamente asistida no erosiona el valor de la vida, sino que lo refuerza, al colocar al paciente en el centro de las decisiones sanitarias y reconocer su derecho a evitar el sufrimiento sin sentido. La jurisprudencia argentina ha avanzado en esta línea: los fallos Bahamondez (CSJN, 1993), Albarracini Nieves (CSJN, 2012) y M.A.D. (2021) han afirmado el principio de autodeterminación sanitaria y la dignidad como eje rector del sistema de salud.

Este proyecto integra el enfoque sanitario y bioético propuesto por la Diputada Jimena Latorre (Expte. 1473-D-2023) con la incorporación de reformas penales que otorgan seguridad jurídica a los profesionales intervinientes. En particular, se propone incorporar los artículos 83 bis y 83 ter al Código Penal, estableciendo la exclusión de responsabilidad penal para los médicos que actúen conforme a los procedimientos y controles establecidos en esta ley.

El modelo propuesto se inspira además en las experiencias de países que han regulado el derecho a la muerte médicamente asistida, como Uruguay, España y Canadá, que garantizan la intervención sanitaria dentro de marcos éticos y legales rigurosos. El proyecto argentino adopta un enfoque sanitario, descentralizado y participativo, bajo la órbita del Ministerio de Salud, con comisiones médicas regionales de revisión y control.

La muerte médicamente asistida constituye una práctica sanitaria excepcional, basada en la libertad individual, la empatía médica y la responsabilidad institucional. Su regulación representa un paso coherente con los valores constitucionales de libertad, dignidad humana y protección integral de la salud, y responde a un reclamo social y profesional de larga data. Garantizar este derecho no implica promover la muerte, sino humanizar el final de la vida y permitir un buen morir.



Lisandro Nieri

Pamela Verasay

Karina Banfi

Atilio Benedetti

Fabio Quetglas

Martín Tetaz

