

**Autonomía personal y fin de la vida:**

**Análisis de la regulación vigente de la muerte digna y el debate sobre  
la eutanasia en Argentina**



**Alumno: Samir Kfouré**

**DNI: 44.653.806**

**Legajo: ABG10841**

**Tutor: Romina Vittar**

**Carrera: Abogacía**

**Materia: Seminario Final**

**SUMARIO: 1. INTRODUCCIÓN - 2. MUERTE DIGNA - 2.1** Definición de Muerte digna - **2.2** Marco normativo vigente sobre la muerte digna en Argentina - **2.2.1** Ley 26.742 - **2.2.2** La muerte Digna en el Código Civil y Comercial - **2.2.3** Ley 27.678 de Cuidados Paliativos - **3. ANTECEDENTES JURÍDICOS DE MUERTE DIGNA EN LA ARGENTINA - 3.1** Primer antecedente emblemático de muerte digna en Argentina: el caso Camila (2012) - **3.2** Resolución del TSJ de Córdoba en torno a la limitación del soporte vital: caso J.S. - **3.3** Reconocimiento judicial del derecho a morir dignamente sin directivas anticipadas: caso D.M.A. (2015) - **3.4** Autonomía personal y libertad de creencias en decisiones médicas: caso Albarracini (2012) - **4- EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO - 4.1** Concepto de eutanasia - **4.2** Concepto de suicidio medicamente asistido - **4.3** La eutanasia y el suicidio asistido frente al ordenamiento jurídico argentino vigente - **5. DEBATE ACTUAL SOBRE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO EN ARGENTINA - 6 CONCLUSIÓN - 7 BIBLIOGRAFÍA**

## **RESUMEN**

La presente investigación analiza la regulación jurídica de la muerte digna en Argentina, centrandó el estudio en el respeto a la autonomía personal y los derechos personalísimos del paciente. A través de un enfoque cualitativo, se abordan la Ley 26.742 y su modificatoria, así como los artículos 59 y 60 del Código Civil y Comercial, identificando las herramientas legales que permiten rechazar tratamientos médicos que prolonguen artificialmente la vida. Asimismo, se examinan antecedentes jurisprudenciales y marcos normativos internacionales vinculados al derecho a morir con dignidad, evaluando la tensión existente entre el principio de autonomía y el deber médico de preservar la vida. Finalmente, se expone el debate actual en torno a la eutanasia y el suicidio asistido en el país, aún penalizados, y se reflexiona sobre la posibilidad de avanzar hacia su despenalización bajo

estrictos criterios éticos y legales. Este trabajo busca contribuir al desarrollo de un marco jurídico que respete la voluntad del paciente en el tramo final de su vida, promoviendo una atención humanizada, compasiva y ajustada a derecho.

**Palabras clave:** Muerte digna, autonomía, eutanasia, derecho argentino, cuidados paliativos.

### **ABSTRACT**

This research analyzes the legal regulation of dignified death in Argentina, focusing on respect for patient autonomy and personal rights. Through a qualitative approach, Law 26.742 and its amendment are examined alongside Articles 59 and 60 of the Civil and Commercial Code, identifying the legal tools that allow patients to refuse disproportionate life-prolonging treatments. The study also reviews key jurisprudence and international human rights standards related to end-of-life decisions, addressing the tension between autonomy and the physician's duty to preserve life. Finally, the ongoing debate on euthanasia and assisted suicide in Argentina, both still penalized, is discussed, considering the possibility of legal reform under strict ethical and legal safeguards. This work aims to contribute to the development of a legal framework that upholds patients' will at the end of life, fostering a humane, compassionate, and legally sound approach to dying.

**Keywords:** Dignified death, autonomy, euthanasia, Argentine law, palliative care.

### **MÉTODOS**

Esta investigación adopta un enfoque cualitativo, de tipo exploratorio-descriptivo, con un diseño no experimental y documental. Su objetivo principal fue analizar el marco normativo vigente en Argentina respecto del derecho a la muerte digna, a partir del estudio de fuentes normativas, jurisprudenciales y doctrinarias.

La fuente de datos estuvo constituida por legislación nacional, fallos judiciales relevantes, así como bibliografía especializada en bioética, derecho constitucional y derechos humanos. Se seleccionaron textos y documentos que permitieran abordar el problema jurídico desde una perspectiva sistemática, garantizando variedad y actualidad de los aportes.

El análisis de los datos se realizó mediante técnicas de interpretación jurídica, con especial atención al uso de principios hermenéuticos, análisis de casos y estudio de tensiones entre normas y derechos en conflicto. Esta metodología permitió identificar no solo el alcance de la regulación positiva vigente, sino también los vacíos normativos y debates actuales, como el proyecto de legalización de la eutanasia.

## **1- INTRODUCCIÓN**

El derecho a morir dignamente constituye una de las expresiones más profundas del principio de autonomía personal en el marco de los derechos personalísimos. En la Argentina, este derecho ha sido progresivamente reconocido y ampliado, tanto desde la legislación como desde la jurisprudencia, dando lugar a un nuevo paradigma en la relación entre pacientes, profesionales de la salud y el Estado, en los contextos del final de la vida.

Este paradigma se materializa principalmente a través de la Ley 26.742, que consagra el derecho de los pacientes a rechazar tratamientos que resulten extraordinarios o desproporcionados cuando solo prolongan el proceso de morir. Esta normativa reconoce también las directivas anticipadas, el consentimiento informado y la limitación del esfuerzo terapéutico como pilares centrales del respeto por la dignidad del paciente. La incorporación de estos principios en los artículos 59 y 60 del Código Civil y Comercial de la Nación refuerza este enfoque desde la perspectiva de los derechos personalísimos.

A su vez, la Ley 27.678 de Cuidados Paliativos, sancionada en 2022, representa un avance normativo complementario. Esta ley establece el derecho a recibir una atención

integral que alivie el sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual, sin intención de acelerar ni postergar la muerte. De este modo, se garantiza que el rechazo de tratamientos invasivos no implique abandono, sino una transformación en la forma de cuidar.

En este contexto normativo, surgen también interrogantes éticos y jurídicos vinculados a prácticas como la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. A diferencia de la ortotanasia, reconocida por la ley argentina, estas prácticas continúan prohibidas y tipificadas penalmente como homicidio y ayuda al suicidio, respectivamente. Sin embargo, el avance del reconocimiento de la autonomía del paciente ha reavivado el debate sobre su legalización, especialmente en contextos de sufrimiento extremo, enfermedades incurables o situaciones clínicas sin perspectiva de recuperación.

El presente trabajo tiene por objetivo analizar la regulación jurídica de la muerte digna en Argentina, abordando su evolución normativa y jurisprudencial, el impacto de las leyes 26.742 y 27.678, y los desafíos pendientes en torno a prácticas actualmente prohibidas como la eutanasia y el suicidio asistido. Finalmente, se incluirá una sección de debate que expone los principales argumentos a favor y en contra de su despenalización, con el fin de aportar una mirada crítica y actualizada al tratamiento legal del final de la vida en nuestro país.

## **2- MUERTE DIGNA**

### **2.1 Definición de Muerte digna**

El concepto de muerte digna remite a un proceso de final de vida en el cual se respeta la autonomía, la voluntad y la dignidad del paciente, evitando prácticas médicas desproporcionadas o fútiles que solo prolongan artificialmente el sufrimiento. No se trata simplemente de dejar de hacer, sino de hacer de otro modo: cuidar, acompañar, aliviar, permitir morir en paz. En este sentido, la muerte digna se contrapone tanto al

**encarnizamiento terapéutico** como al ocultamiento institucional del morir, fenómenos que reducen la experiencia de la muerte a un dato técnico y despojado de humanidad (*Dres Mario Valerga, Luis Trombetta 2022*).

El modelo que inspira este concepto reconoce no solo los aspectos clínicos, sino también los psicológicos, espirituales y familiares. En consecuencia, morir dignamente implica rechazar tratamientos invasivos que no ofrecen esperanza de recuperación y que pueden producir un sufrimiento desmesurado, privilegiando en su lugar la provisión de cuidados paliativos integrales.

Este enfoque se opone a la visión tradicional médica de lucha incesante contra la muerte a cualquier costo y a la judicialización innecesaria de las decisiones del final de la vida. La muerte digna reivindica la necesidad de que la persona mantenga el control sobre su proceso de morir, evitando así la desapropiación del propio final (*Ignacio Maglio, Sandra M. Wierzba, Laura Belli, María Eugenia Somers, 2016*).

Desde el plano jurídico, el derecho a morir con dignidad en Argentina se encuentra consagrado en la Ley 26.742, conocida como “Ley de Muerte Digna”, y reforzado por los artículos 59 y 60 del Código Civil y Comercial. Esta normativa “*amplía los derechos de los pacientes y de sus familiares al permitirles decidir sobre los alcances de los tratamientos terapéuticos en caso de enfermedades terminales, irreversibles o incurables*”, reconociendo la autonomía del paciente como principio rector en los finales de vida. Además, otorga validez legal a las directivas anticipadas y a la designación de un representante para la toma de decisiones, con el límite expreso de no incluir prácticas eutanásicas activas, que continúan siendo rechazadas por el ordenamiento vigente (*Representación Permanente ante las Naciones Unidas, Página 1, Párrafo 3, 2012*).

## **2.2 Marco normativo vigente sobre la muerte digna en Argentina**

### 2.2.1 Ley 26.742

La Ley 26.742, sancionada el 9 de mayo de 2012, marcó un hito normativo en la regulación del derecho a morir con dignidad en Argentina. Esta norma, concebida como una modificatoria de la Ley 26.529 de Derechos del Paciente, no sólo amplió el alcance de los derechos personalísimos vinculados a la autonomía de la voluntad, sino que también introdujo un enfoque más humano en la toma de decisiones sanitarias en situaciones de terminalidad o padecimientos incurables.

Uno de los cambios más significativos se encuentra en la reformulación del principio de autonomía, en el artículo 2, inciso e), donde se reconoce que “*el paciente tiene 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*”. Esta afirmación reviste especial trascendencia, ya que sitúa al sujeto como protagonista activo de su tratamiento, incluso en circunstancias críticas, evitando así prácticas de encarnizamiento terapéutico que perpetúan la agonía más allá de la voluntad del paciente (*Ley 26.742, 2012*).

La norma también incorpora expresamente la situación de los niños, niñas y adolescentes, quienes, en los términos de la Ley 26.061, pueden intervenir en decisiones que involucren su salud o su vida. Esta inclusión resulta innovadora en tanto reconoce que la madurez no se reduce al criterio cronológico, y que los menores pueden tener una participación efectiva cuando sus condiciones lo permiten (*Ley 26.061, 2005*).

Por otro lado, la ley contempla de manera explícita el derecho de toda persona con enfermedad irreversible, incurable o en estadio terminal, debidamente informada, a rechazar intervenciones como reanimación artificial, soporte vital, hidratación o alimentación forzada cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado, incluyendo expresamente la posibilidad de rechazar

procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos tengan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable (*Ley 26.742, 2012*).

Este reconocimiento normativo resulta clave para diferenciar entre prácticas eutanásicas, que la misma ley excluye de su aplicación, y la adecuada limitación del esfuerzo terapéutico, entendida como un acto de respeto a la dignidad del paciente y no como una omisión lesiva.

La reforma también impactó en la definición y alcance del consentimiento informado. En el nuevo artículo 5, se exige al profesional proporcionar información clara, precisa y adecuada sobre la situación clínica, riesgos y beneficios del tratamiento, alternativas existentes y consecuencias de su rechazo. Asimismo, se incorpora como contenido esencial del consentimiento el derecho a la negativa de procedimientos desproporcionados, así como el acceso a cuidados paliativos integrales, reconociendo que la atención médica no debe cesar, sino transformarse en alivio (*Ley 26.742, 2012*).

En cuanto a la toma de decisiones en contextos de incapacidad, el artículo 6 sostiene que el consentimiento podrá ser otorgado por terceros según lo establecido en el artículo 21 de la Ley 24.193, pero sin excluir la posibilidad de que el propio paciente participe activamente en la medida de sus posibilidades. Esta cláusula refuerza la centralidad del paciente en todo el proceso sanitario (*Ley 26.742, 2012*).

Asimismo, la ley incorpora una cláusula de inmunidad que exime expresamente de responsabilidad civil, penal o administrativa a los profesionales de la salud que actúen en conformidad con sus disposiciones. Esta previsión constituye una garantía fundamental frente a la incertidumbre jurídica que, durante años, condicionó la toma de decisiones en el final de la vida (*Ley 26.742, 2012*).

Otro aporte fundamental se encuentra en la regulación de las directivas anticipadas. En su nueva redacción, el artículo 11 de la Ley 26.529, modificada por la Ley 26.742, reconoce que toda persona capaz y mayor de edad puede dejar por escrito su voluntad respecto de los tratamientos médicos que desea aceptar o rechazar en caso de encontrarse, en el futuro, en una situación que le impida expresar su consentimiento. Según Dinah Magnante (2019), estas directivas consisten en “*instrucciones precisas que toda persona capaz deja por escrito sobre qué tipo de cuidados desea recibir o no, cuando no pueda tomar decisiones o expresar su voluntad*” (Magnante, 2019, p. 162).

Las únicas instrucciones que deben ser rechazadas son aquellas que impliquen prácticas eutanásicas, prohibidas por el ordenamiento vigente. Cabe destacar que, con la entrada en vigor del nuevo Código Civil y Comercial, se elimina la exigencia de formalizar estas voluntades ante escribano público o juzgado, conforme lo establece el artículo 60, reconociendo la innecesidad de imponer formalidades especiales como regla general (Magnante, 2019).

En definitiva, la reforma introducida por la Ley 26.742 responde a una necesidad jurídica y ética de adecuar el ordenamiento a una visión más compasiva y respetuosa de la muerte. El derecho ya no puede permanecer ajeno al sufrimiento evitable ni a la voluntad expresada de quien transita una situación irreversible o terminal.

### **2.2.2 La muerte Digna en el Código Civil y Comercial**

Con la entrada en vigencia del Código Civil y Comercial de la Nación en 2015, se incorporaron de manera clara y contundente los principios de autonomía y consentimiento informado al núcleo normativo argentino, fortaleciendo el marco jurídico en materia de muerte digna.

El artículo 59 establece el consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud. Este precepto obliga a que toda decisión relacionada con la atención médica se base en información clara, precisa y adecuada, en la que se expliquen el estado de salud, los procedimientos propuestos, sus beneficios y riesgos, así como las alternativas terapéuticas existentes. Especial relevancia adquiere el inciso g), que reconoce el derecho del paciente a rechazar tratamientos, como procedimientos quirúrgicos, reanimación, o la aplicación de medidas de soporte vital, entre ellos la hidratación y alimentación artificial, cuando éstos sean considerados extraordinarios o desproporcionados frente a la perspectiva de mejora, o cuando tengan como único efecto la prolongación de un estadio terminal irreversible. Este reconocimiento supone que, en determinadas situaciones, se respeta la decisión del paciente de no continuar intervenciones que puedan resultar contrarias a su dignidad y calidad de vida (*Código Civil y Comercial de la Nación Argentina, 2015*).

Por su parte, el artículo 60 introduce el mecanismo de las directivas anticipadas. Este instrumento permite que cualquier persona, en pleno goce de su capacidad, pueda disponer con antelación sobre los tratamientos médicos a los que desea o no someterse en el futuro, en caso de encontrarse imposibilitada para expresar su voluntad en el momento de la atención. Dichas directivas deben formalizarse por escrito, garantizando así que la voluntad del paciente se respete de forma fehaciente cuando se produzca una situación de incapacidad para manifestarla directamente (*Código Civil y Comercial de la Nación Argentina, 2015*).

Ambos artículos se complementan para consolidar un paradigma donde la autonomía del paciente es el eje fundamental. El consentimiento informado y las directivas anticipadas sirven de salvaguarda para que cada individuo pueda decidir sobre su proceso de atención médica, asegurando que las intervenciones se ajusten a sus deseos, valores y necesidades de dignidad al final de la vida. Esta incorporación normativa representa un avance significativo, ya que sitúa al paciente en el centro del proceso de toma de decisiones, promoviendo

prácticas que evitan intervenciones médicas innecesarias y favorecen un cuidado más humanizado (*Magnante, 2019*).

### **2.2.3 Ley 27.678 de Cuidados Paliativos**

La sanción de la Ley 27.678 en 2022 significó un paso firme hacia la consolidación de un paradigma de atención más humano en los procesos de final de vida. En estrecha vinculación con la Ley 26.742 y con los artículos 59 y 60 del Código Civil y Comercial, esta norma profundiza el enfoque centrado en la dignidad del paciente, al garantizar el acceso universal y equitativo a cuidados paliativos integrales en los tres subsistemas de salud: público, privado y de la seguridad social.

Según la propia ley, se entiende por cuidados paliativos a *“un modelo de atención que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades que amenazan o limitan la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento”* (art. 3). Este sufrimiento no se restringe a lo físico, sino que abarca dimensiones psicológicas, sociales y espirituales, lo que impone una mirada interdisciplinaria e integral (*Ley 27.678, 2022*).

La ley no se limita a una declaración de principios: establece obligaciones concretas. Entre ellas, la necesidad de garantizar el acceso a prestaciones integrales sobre cuidados paliativos en sus distintas modalidades (art. 1), promover la formación profesional, asegurar la disponibilidad de medicamentos esenciales, especialmente analgésicos, y desarrollar dispositivos que permitan la atención domiciliaria, con redes de apoyo a familiares y cuidadores. Este marco responde directamente a uno de los grandes desafíos de la Ley 26.742: que la limitación o el rechazo de tratamientos no sea interpretado como abandono terapéutico (*Ley 27.678, 2022*).

En este sentido, el artículo 59 del Código Civil y Comercial establece que todo paciente tiene derecho, en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable o terminal, a rechazar medidas extraordinarias, siempre que haya recibido previamente información adecuada. Sin embargo, **la decisión de no intervenir no significa renunciar al cuidado**, y aquí es donde la Ley 27.678 resulta crucial: permite asegurar la atención compasiva aún en ausencia de medidas curativas, y sin transgredir el límite legal a la eutanasia (*Ley 27.678, 2022*).

Uno de sus principios rectores es precisamente el “*respeto de la dignidad y autonomía del paciente en las decisiones sobre los tratamientos y cuidados que ha de recibir a lo largo de su enfermedad*”, en línea con el principio de autonomía consagrado tanto por la Ley 26.742 como por el Código Civil y Comercial. A diferencia de intervenciones que buscan acelerar la muerte, los cuidados paliativos tienen por objeto aliviar sin adelantar, un punto de equilibrio que intenta dar respuesta a quienes transitan la última etapa de su vida con sufrimiento, pero sin que ello implique vulnerar el marco normativo vigente (*Ley 27.678, art. 4, inc. d, 2022*).

### **3- ANTECEDENTES JURÍDICOS DE MUERTE DIGNA EN ARGENTINA**

#### **3.1 Primer antecedente emblemático de muerte digna en Argentina: el caso Camila (2012)**

El desarrollo jurídico del derecho a morir con dignidad en Argentina no puede comprenderse plenamente sin recurrir a los antecedentes jurisprudenciales que, en muchos casos, precedieron a la normativa vigente e incluso la impulsaron. Entre ellos, el caso de Camila ocupa un lugar central no solo por su carácter pionero, sino por haber sido el punto de inflexión que movilizó a la sociedad, al Congreso y a los profesionales de la salud hacia un replanteo profundo del final de la vida desde una perspectiva de derechos (*Magnante, 2019*).

Camila nació el 27 de abril de 2009 con una hipoxia cerebral severa que le impidió respirar al nacer, lo que derivó en un estado de coma irreversible. A los pocos meses, se le practicó una traqueotomía y se le implantó un botón gástrico para poder alimentarla. En octubre de 2011, su madre, Selva, envió una carta abierta a la entonces presidenta Cristina Fernández de Kirchner solicitando una modificación legislativa que habilitara el retiro de las medidas de soporte vital que mantenían a su hija con vida de forma artificial. La solicitud pública despertó una fuerte resonancia social y puso en el centro del debate la ausencia de herramientas legales claras para abordar casos de personas en estado irreversible, especialmente cuando se trataba de niños sin posibilidad de expresión de voluntad (*Clarín, 2011*).

Ante la negativa médica inicial de proceder al retiro del respirador, el caso se convirtió en símbolo de una demanda postergada: el reconocimiento de que, en determinadas condiciones clínicas, la obstinación terapéutica puede resultar contraria a la dignidad humana. La historia de Camila fue determinante para la sanción, por unanimidad, de la Ley 26.742 en mayo de 2012, norma que incorporó expresamente el derecho de los pacientes, o de sus representantes legales, a rechazar tratamientos médicos desproporcionados o extraordinarios cuando solo sirven para prolongar artificialmente el proceso de morir (*Evangelina Himittian, 2012*).

Un mes después de aprobada la ley, Camila fue desconectada del respirador y falleció en el Centro Gallego de Buenos Aires, su caso no solo marcó el primer antecedente concreto en materia de muerte digna en el país, sino que dio lugar a un proceso de transformación legislativa que aún hoy continúa en evolución.

### **3.2 Resolución del TSJ de Córdoba en torno a la limitación del soporte vital: caso J.S.**

En el desarrollo del derecho a morir con dignidad, el pronunciamiento del Tribunal Superior de Justicia de Córdoba en el caso S. O., R. M. y otros c/ Municipalidad de Córdoba – Amparo Ley 4915, conocido como caso J.S., constituye un hito relevante por haber reafirmado principios sustantivos como la autonomía, la dignidad y el consentimiento informado en el ámbito del derecho provincial. Se trata de un antecedente particularmente valioso para este trabajo, no solo por su reciente data, noviembre de 2023, sino también por haberse originado en la provincia de Córdoba, lo que permite examinar la aplicación concreta del marco normativo en contextos locales y complejos.

El caso se originó a partir de la situación clínica del Sr. J.S., un hombre de 64 años internado en estado vegetativo persistente desde marzo de 2023, producto de un traumatismo craneoencefálico. A pesar de haber presentado algunos movimientos espontáneos, su cuadro fue considerado irreversible por los equipos médicos intervinientes. Frente a esta situación, su pareja conviviente, su hermana y una de sus hijas promovieron una acción de amparo solicitando el retiro de las medidas de soporte vital, con base en lo que consideraban la voluntad previamente manifestada por el propio paciente: no ser sometido a una vida sostenida artificialmente sin conciencia ni posibilidad de recuperación.

El conflicto surgió cuando el Hospital de Urgencias, dependiente de la Municipalidad de Córdoba, suspendió el soporte vital y luego, sin consulta ni justificación, lo reinstaló, amparándose en que aún no se había cumplido el plazo de doce meses estipulado por la Ley provincial 10.058 para considerar un estado vegetativo como permanente. Esta medida obligó a los familiares a judicializar el caso, generando un profundo desgaste emocional, económico y legal.

El TSJ de Córdoba, mediante la Sentencia N.º 115, resolvió confirmar la sentencia de primera instancia que autorizaba el retiro de las medidas de soporte vital. Lo hizo reivindicando el derecho del paciente a no ser sometido a tratamientos no consentidos, al

destacar que la dignidad y la autonomía son valores centrales del ordenamiento jurídico y que deben prevalecer aún cuando el paciente se encuentre en estado de inconsciencia, siempre que su voluntad haya sido debidamente reconstruida (*Justicia de Córdoba, 2023*).

Por otra parte, la sentencia subraya el desplazamiento del paradigma médico tradicional hacia un modelo centrado en la soberanía del paciente. De allí que se considere una vulneración de derechos el accionar unilateral del hospital. La Corte remarcó que el paciente, o sus representantes válidos, tiene el derecho a decidir cómo vivir y cómo morir, incluso en contextos de profunda vulnerabilidad (*TSJ Córdoba, 2023*).

Además, el fallo exhortó al Ministerio de Salud provincial a implementar programas de capacitación que armonicen las normativas locales con el marco legal nacional, con el objetivo de evitar futuras judicializaciones (*TSJ Córdoba, 2023*).

### **3.3 Reconocimiento judicial del derecho a morir dignamente sin directivas anticipadas: caso D.M.A. (2015)**

Dentro de los antecedentes jurisprudenciales más significativos sobre la muerte digna en el país, el fallo “D., M. A. s/ declaración de incapacidad” CSJ (376/2013) resuelto por la Corte Suprema de Justicia de la Nación constituye una pieza central en la consolidación del derecho a rechazar tratamientos médicos que prolongan artificialmente la vida, especialmente en aquellos casos en los que el propio paciente no puede expresar su voluntad (*CSJ, 2013*).

El caso abordó la situación de M.A.D., quien había sufrido un grave accidente automovilístico en 1994, quedando desde entonces en estado vegetativo persistente e irreversible. A lo largo de más de dos décadas, fue alimentado por medio de una yeyunostomía y dependía de asistencia total para sus funciones vitales, sin recuperación neurológica posible, como lo acreditaron múltiples informes médicos especializados (*Magnante, 2019*).

Ante la ausencia de directivas anticipadas y la imposibilidad del propio M.A.D. de manifestar su voluntad, sus hermanas, quienes ejercían su representación legal, solicitaron judicialmente el retiro de las medidas de soporte vital, en particular la hidratación y alimentación enteral. El pedido fue fundamentado en la Ley 26.529 de Derechos del Paciente, reformada por la Ley 26.742, que reconoce el derecho a rechazar tratamientos que prolonguen el estado terminal, irreversible o incurable (*Magnante, 2019*).

El Tribunal Superior de Justicia de Neuquén hizo lugar al planteo, destacando que no se requería autorización judicial previa, en tanto el pedido se encuadraba en la normativa vigente, y la voluntad del paciente había sido reconstruida por sus familiares legítimos. Frente a los recursos presentados por el curador ad litem y el Ministerio Público de Incapaces, la Corte Suprema confirmó el fallo.

El máximo tribunal nacional sostuvo que, si bien M.A.D. no padecía una “enfermedad” terminal en sentido estricto, su condición de irreversibilidad e incurabilidad lo colocaba dentro de los supuestos contemplados por la ley. Además, afirmó que la hidratación y alimentación artificiales constituyen un tratamiento médico y no un cuidado básico, y como tales, pueden ser legítimamente rechazadas (*CSJ, 2013*).

En uno de los pasajes más relevantes, la Corte reafirmó que la autonomía personal, amparada en el art. 19 de la Constitución Nacional, debe ser garantizada aun cuando deba ejercerse de forma representada. También se pronunció sobre el rol de los familiares en ausencia de directivas anticipadas: estos no deciden en nombre del paciente, sino que dan testimonio de su voluntad previa, conforme lo prevé el marco normativo y el principio de buena fe (*CSJ, 2013*).

### **3.4 Autonomía personal y libertad de creencias en decisiones médicas: caso Albarracini (2012)**

El caso “Albarracini Nieves, Jorge Washington s/ medidas precautorias” constituye uno de los precedentes más emblemáticos en el reconocimiento judicial de las directivas anticipadas como manifestación legítima de la autonomía personal, especialmente en contextos de convicción religiosa. Si bien no trata estrictamente de muerte digna en el sentido clínico de un estado irreversible o terminal, su análisis resulta indispensable para comprender la protección constitucional de los derechos personalísimos en materia de decisiones sanitarias.

Pablo Jorge Albarracini Ottonelli, internado en estado crítico luego de un intento de robo, se encontraba inconsciente y con indicación médica urgente de transfusión de sangre. Sin embargo, como miembro de los Testigos de Jehová, había suscripto en 2008 una directiva anticipada, debidamente certificada, en la cual rechazaba expresamente cualquier transfusión, incluso si su vida dependiera de ello.

El conflicto se desencadenó cuando su padre solicitó autorización judicial para realizar la transfusión, en contra de la voluntad expresada por su hijo. La Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil revocó la decisión de primera instancia que había hecho lugar a esa petición, y priorizó el respeto a la voluntad anticipada del paciente. Esta postura fue luego confirmada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, que reafirmó la vigencia del principio de autodeterminación amparado en el artículo 19 de la Constitución Nacional (*CSJN, 2012*).

El tribunal sostuvo que la libre elección del paciente debe ser respetada, aun cuando resulte imprudente o irracional desde una perspectiva médica o social, siempre que no se vean afectados derechos de terceros ni se configure un interés público de entidad suficiente como para justificar la restricción de su libertad (*CSJN, 2012*).

Este fallo constituye un cierre paradigmático al recorrido jurisprudencial aquí desarrollado, ya que consolida la dimensión espiritual y moral de la autonomía como parte

del derecho a vivir, y a morir, con dignidad. Al legitimar la negativa anticipada a recibir un tratamiento invasivo, aun si ello compromete la vida, el caso Albarracini refuerza el criterio central que subyace a todos los casos analizados: el respeto irrestricto por la voluntad del paciente como núcleo de su dignidad humana.

#### **4- EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO**

##### **4.1- Concepto de eutanasia**

El concepto de eutanasia se vincula estrechamente con la noción de muerte digna, en tanto representa una de las formas más discutidas de intervención médica en el proceso de morir. La palabra proviene del griego eu (buena) y thanatos (muerte), y ha sido tradicionalmente entendida como “*una muerte serena, rápida y sin sufrimiento*”. Esta concepción originaria ha dado paso a un debate ético, jurídico y médico en torno a las condiciones, alcances y límites de esta práctica (Valerga & Trombetta, 2012).

Existen múltiples definiciones doctrinarias y normativas sobre la eutanasia. Entre ellas, resulta especialmente relevante la propuesta por el bioeticista Robert Veatch, quien la define como “*la aceleración misericordiosa de la muerte, limitada la mayor parte de las veces a acciones voluntarias y misericordiosas para matar a alguien que está gravemente traumatizado o en estado de enfermedad terminal*”. Esta definición pone de relieve tanto la intencionalidad como el contexto clínico del acto, destacando su carácter compasivo y su habitual voluntariedad (Francisconi, Carlos “*Eutanasia: una reflexión desde la mirada bioética,*” *Revista Latinoamericana de bioética* 7.Nº12. Pág. 112).

Desde una perspectiva jurídica y médica, el término eutanasia puede entenderse como la acción médica con la cual se pone fin a la vida del paciente, que se encuentra en una situación vulnerable y próxima a la muerte, a través de la administración de un tóxico en dosis mortales, con previo pedido del enfermo (Magnante, 2019). En este sentido, Carlos

Gherardi sostiene que para distinguir la eutanasia del homicidio es necesario que concurren determinados requisitos: (1) que sea efectuada por un tercero; (2) que el paciente se encuentre afectado por una enfermedad mortal; (3) que el acto sea a requerimiento del paciente; (4) que se realice en beneficio de este; y (5) que se concrete mediante la administración de un tóxico o veneno en dosis letal (*Gherardi, 2007*).

Por su parte, el grupo de trabajo de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) interpreta que la eutanasia, por definición, es siempre activa. En consecuencia, la denominada “*eutanasia pasiva*” no constituiría una verdadera forma de eutanasia bajo esta concepción, sino más bien una forma de ortotanasia o adecuación del esfuerzo terapéutico (*Magante, 2019*).

La importancia de establecer con claridad qué se entiende por eutanasia reside en su diferenciación con prácticas lícitas y amparadas por el derecho argentino, como la ortotanasia, es decir, la muerte natural no obstaculizada por medios desproporcionados. Mientras que la eutanasia activa sigue sin estar regulada en nuestro país, prácticas vinculadas a la limitación o retiro de tratamientos desproporcionados han sido reconocidas por la legislación vigente y por la jurisprudencia, bajo el paradigma de la autonomía del paciente (*Ley 26.742*).

#### **4.2- Concepto de suicidio medicamente asistido**

Dentro del amplio debate bioético y jurídico sobre el final de la vida, el suicidio médicamente asistido constituye una figura autónoma, que si bien suele analizarse en conjunto con la eutanasia, presenta diferencias conceptuales y operativas sustanciales. Se trata de una práctica que, al igual que la eutanasia, pone en el centro la autonomía del paciente, pero varía en cuanto a la intervención del profesional de la salud.

Según la definición adoptada por el grupo de tareas de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC), el suicidio asistido por el médico es “*la ayuda intencional de un médico hacia una persona para que esta se suicide, a través de la provisión de drogas para su auto-administración, por el pedido voluntario de esa persona competente*”. Esta definición subraya tres elementos esenciales: la intervención médica limitada a la provisión del medio letal, la auto-administración del fármaco por parte del paciente y el requisito de competencia y voluntad expresa del mismo (Magnante, 2019).

A diferencia de la eutanasia, en donde el médico o un tercero provoca directamente la muerte, en el suicidio asistido la acción letal es ejecutada por el propio paciente. El rol del profesional queda limitado a facilitar los medios necesarios para que la persona, por decisión propia, lleve a cabo el acto.

Desde la perspectiva de la Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), esta figura se activa cuando existe una petición voluntaria y explícita del enfermo para que se le ayude a morir. Estas instituciones aclaran que si bien ambas prácticas comparten motivaciones, el suicidio asistido no implica una acción directa del médico para provocar la muerte, sino solo su colaboración (Magnante, 2019).

A nivel internacional, la legalización del suicidio asistido ha sido tema de intenso debate. Organizaciones como la Euthanasia Society of America, fundada en 1938, ya promovían su legalización para enfermos terminales. Sin embargo, el suicidio asistido ha sido ampliamente cuestionado por las asociaciones médicas, que lo consideran contrario a la esencia del ejercicio médico. Los códigos deontológicos vigentes sostienen que el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa, reafirmando el principio de no maleficencia como pilar de la praxis profesional. Se advierte también sobre la posible “pendiente resbaladiza” que puede

desencadenarse tras su legalización, ampliando progresivamente los supuestos habilitantes y debilitando los controles éticos (Zurriarán, 2019).

Frente a ello, los Cuidados Paliativos emergen como una alternativa ética y jurídica, centrada en aliviar el dolor y acompañar a los pacientes y sus familias, respetando su dignidad hasta el final, sin acelerar ni prolongar artificialmente la vida. En este sentido, la ausencia de políticas públicas efectivas en Cuidados Paliativos no debería considerarse una justificación válida para habilitar la intervención letal del médico, aun cuando esta sea solicitada por el paciente (Zurriarán, 2019).

#### **4.3- La eutanasia y el suicidio asistido frente al ordenamiento jurídico argentino vigente**

En el actual marco normativo argentino, tanto la eutanasia como el suicidio médicamente asistido están expresamente prohibidos por el ordenamiento jurídico penal. A diferencia de la ortotanasia, que ha sido reconocida y regulada como una práctica legítima en concordancia con el principio de autonomía del paciente, las prácticas eutanásicas, aun cuando sean solicitadas por el propio paciente en forma libre e informada, continúan siendo consideradas conductas delictivas.

La eutanasia, ya sea realizada con consentimiento del paciente o sin él, se encuentra tipificada como un delito de homicidio en el Código Penal argentino. La figura general está prevista en el artículo 79, que establece:

*“Se aplicará reclusión o prisión de ocho a veinticinco años, al que matare a otro siempre que en este Código no se estableciere otra pena” (Código Penal de la Nación Argentina, 1984, art. 79).*

Por su parte, el suicidio asistido se encuentra previsto en el artículo 83 del Código Penal argentino, que reprime tanto la instigación como la asistencia al suicidio. La norma dispone:

*“Será reprimido con prisión de uno a cuatro años, el que instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si el suicidio se hubiese tentado o consumado” (Código Penal de la Nación Argentina, 1984, art. 80).*

Este encuadre penal evidencia que, en el derecho argentino vigente, el consentimiento del paciente no tiene efecto justificante en estas prácticas. Incluso en contextos de enfermedades terminales o sufrimientos extremos, el acto de provocar la muerte o asistir a su realización mantiene su carácter antijurídico. No existen excepciones legales ni cláusulas que despenalicen estas acciones por razones de compasión, dignidad o autonomía.

En este sentido, el ordenamiento jurídico argentino adopta una posición conservadora en materia de final de la vida, centrada en la prohibición de toda conducta que implique provocar directamente la muerte de otro, incluso por pedido expreso y con motivación compasiva.

## **5- DEBATE ACTUAL SOBRE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO EN ARGENTINA**

La discusión sobre la legalización de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido en Argentina revela un profundo conflicto entre la autonomía individual, la ética médica y los valores sociales predominantes. Si bien el ordenamiento argentino reconoce el derecho a morir con dignidad, mediante la limitación o retiro de tratamientos médicos desproporcionados, continúa sin habilitar expresamente la posibilidad de provocar la muerte de forma directa, incluso cuando se realiza a pedido del paciente.

Desde una postura favorable a la legalización, se sostiene que el respeto a la autonomía es el principio rector en los derechos personalísimos. Así, permitir a una persona con una enfermedad incurable, que atraviesa un sufrimiento físico o psíquico intolerable, decidir sobre el fin de su vida, no implica desprecio por la vida, sino un acto de

autodeterminación compatible con la dignidad humana. Se argumenta que la negativa legal a acceder a estas prácticas puede llevar a muchos pacientes a situaciones de agonía prolongada e innecesaria, lo que en sí mismo puede constituir una forma de trato cruel o degradante.

Desde la perspectiva opuesta, la mayoría de las asociaciones médicas y bioéticas rechazan que el rol del médico incluya la posibilidad de causar la muerte. Esta visión invoca el riesgo de abrir una "pendiente resbaladiza", que podría derivar en abusos o decisiones anticipadas sobre personas en situación de vulnerabilidad o sin pleno discernimiento. Asimismo, se advierte que modificar el rol del médico en este sentido podría dañar la relación de confianza entre profesional y paciente, sustituyendo la figura del curador o acompañante por la de quien ejecuta una muerte (*Zurriarán, 2019*).

En este marco, resulta útil considerar cómo ha evolucionado este debate en otras jurisdicciones. Varios países han legalizado tanto la eutanasia como el suicidio médicamente asistido, bajo estrictos controles y requisitos. Es el caso de Países Bajos y Bélgica, pioneros en su regulación, donde ambas prácticas fueron despenalizadas en 2002. Luxemburgo, Canadá y algunos estados de Estados Unidos (como Oregón, California y Vermont) han seguido caminos similares, adoptando marcos legales que autorizan la muerte asistida a petición del paciente, en contextos de enfermedades terminales o sufrimientos irremediables (*Magnante, 2019*).

En América Latina, Colombia es el único país que ha avanzado normativamente en este sentido. Desde 1997, la Corte Constitucional ha reconocido el derecho a morir con dignidad, y en 2015 el Ministerio de Salud emitió una resolución que obliga a los hospitales a implementar procedimientos para la eutanasia (*Magnante, 2019*).

Estas experiencias internacionales muestran que la legalización no implica ausencia de control. Por el contrario, en todos los países mencionados, se exige un consentimiento libre, informado y reiterado, junto con diagnósticos clínicos específicos y la participación de

comités éticos. Esta regulación busca evitar la banalización de la muerte asistida, al mismo tiempo que protege la autonomía del paciente en situaciones excepcionales.

## **6- CONCLUSIÓN**

La regulación de la muerte digna en Argentina ha supuesto un avance significativo en la protección de los derechos personalísimos y la autonomía del paciente en el tramo final de la vida. La Ley 26.742, el Código Civil y Comercial, y la reciente Ley 27.678 sobre Cuidados Paliativos dan cuenta de un modelo centrado en la voluntad de la persona y en el respeto por su dignidad. Sin embargo, este marco normativo, si bien loable, resulta insuficiente frente a ciertos dilemas reales que plantea la medicina contemporánea y el sufrimiento humano.

El debate sobre la eutanasia y el suicidio asistido no puede abordarse solamente desde una perspectiva punitiva ni moralizante. Negar legalmente ambas prácticas en todos los supuestos implica una restricción inaceptable a la libertad individual, particularmente cuando se trata de pacientes que enfrentan enfermedades incurables, progresivas y que les provocan sufrimientos físicos o psíquicos intolerables. En tales casos, el derecho a la autodeterminación debería prevalecer, siempre que se asegure el consentimiento libre, informado y sostenido en el tiempo.

La experiencia internacional demuestra que la legalización de estas prácticas no solo es posible, sino también necesaria, cuando se encuadra dentro de sistemas garantistas, con control médico y judicial, y acompañamiento interdisciplinario. Países como Colombia, Canadá, Bélgica y los Países Bajos han avanzado en esta dirección, permitiendo a sus ciudadanos optar por una muerte en condiciones de dignidad, sin convertir la medicina en un instrumento de muerte, sino en un acto de compasión y respeto.

En este sentido, la despenalización y regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en Argentina no supondría una contradicción con el derecho vigente, sino su evolución

natural. No se trata de promover la muerte, sino de reconocer que, en determinados contextos, permitirla puede ser el acto más humano posible. Sostener lo contrario implica forzar a muchas personas a transitar procesos agónicos que el derecho debería poder aliviar.

Frente a la autonomía y al sufrimiento, el ordenamiento jurídico no puede permanecer indiferente. La vida es un valor fundamental, pero su dignidad es inseparable de la libertad. Legalizar estas prácticas, con las debidas salvaguardas, sería dar un paso firme hacia una sociedad que reconoce que, en ocasiones, morir también puede ser un derecho.

## 7- BIBLIOGRAFÍA

### Doctrina:

- **Magnante, Dinah. (2019).** *Bioética clínica. Toma de decisiones. Final de la vida. Legislación internacional.* Editorial Corpus.
- **Carlos Gherardi (2007).** *Vida y Muerte en Terapia Intensiva,* Buenos Aires, Ed. Biblos.
- **Ignacio M, Sandra M. W., Laura B., María E. S. (2016).** *Revista Americana de Medicina Respiratoria - Volumen 16, Número 1.*
- **Dres. Mario Valerga, Luis Trombetta (2012)** Algunos conceptos sobre eutanasia, muerte digna y cuidados paliativos. *Revista de la Asociación Médica Argentina,* Vol. 135, Número 2.
- **ROBERTO GERMÁN ZURRIARÁIN (2019).** ASPECTOS SOCIALES DE LA EUTANASIA
- **Carlos Fernando Francisconi (2007).** *Eutanasia: una reflexión desde la mirada Bioética*
- **Clarín. (2011).** El debate por la muerte digna Conmovedora carta de la mamá de Camila a Cristina.  
[https://www.clarin.com/sociedad/Conmovedora-carta-mama-Camila-Cristina\\_0\\_B17SpTo3PQg.html?srsId=AfmBOooWkVMmMoOvLTXuaP3jvBy6HZ0FikgS\\_-X7kOr a4cr\\_Cm1ON4mt](https://www.clarin.com/sociedad/Conmovedora-carta-mama-Camila-Cristina_0_B17SpTo3PQg.html?srsId=AfmBOooWkVMmMoOvLTXuaP3jvBy6HZ0FikgS_-X7kOr a4cr_Cm1ON4mt)
- **Evangelina Himitian. La Nación. (2012).** Murió Camila, la niña que inspiró la ley de muerte digna.  
<https://www.lanacion.com.ar/sociedad/murio-camila-la-nina-que-inspiro-la-ley-de-muerte-digna-nid1480163/>

- **Justicia de Córdoba (2023).** El TSJ confirmó que, si era la voluntad del paciente, hay que retirarle el soporte vital.  
<https://www.justiciacordoba.gob.ar/justiciacordoba/inicio/indexDetalle.aspx?codNovedad=33336>
- **Sebastian Abrevaya (2012).** Página 12.  
<https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-193700-2012-05-10.html>

#### **Jurisprudencia:**

- **D., M. A. s/ declaración de incapacidad” CSJ (376/2013).**
- **S. O., R. M. y otros c/ Municipalidad de Córdoba, TSJ Córdoba, 2023.**
- **Albarracini Nieves, Jorge Washington s/medidas precautorias , CSJN, 2012.**

#### **Legislación:**

- **Código Civil y Comercial de la Nación. (2015). Ley 26.994.** Buenos Aires, Argentina: Honorable Cámara de Diputados de la Nación.
- **Código Penal de la Nación Argentina. (1984). Ley 11.179.** Buenos Aires, Argentina: Honorable Cámara de Diputados de la Nación.
- **Constitución Nacional Argentina. (1994).** Buenos Aires, Argentina: Honorable Cámara de Diputados de la Nación.
- **Ley 26.742. (2012). Derecho a la muerte digna.** Buenos Aires, Argentina: Honorable Cámara de Diputados de la Nación.
- **Ley 26.529. (2009). Derechos del Paciente.** Buenos Aires, Argentina: Honorable Cámara de Diputados de la Nación.

- **Ley 26.061. (2005). Protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes.** Buenos Aires, Argentina: Honorable Cámara de Diputados de la Nación.
- **Ley 24.193. (1993). Trasplante de órganos y tejidos.** Buenos Aires, Argentina: Honorable Cámara de Diputados de la Nación.
- **Ley 27.678. (2022). Cuidados paliativos.** Buenos Aires, Argentina: Honorable Cámara de Diputados de la Nación.