



Universidad de
San Andrés

Universidad de San Andrés

Departamento de Derecho

Abogacía

*La legalización de la muerte médicamente asistida para personas con
depresión mayor intratable:*

Un paso hacia la desestigmatización de los trastornos mentales.

Autor: Victoria May Steward

Legajo: 30217

Mentor de Tesis: Martín Diego Farrell

Lugar y fecha: Buenos Aires, 28 de julio de 2023

| | |
|--|----|
| Introducción..... | 3 |
| I. Eutanasia, ayuda al suicidio y muerte médicamente asistida..... | 6 |
| A. Muerte médicamente asistida vs. eutanasia en el nazismo..... | 8 |
| II. Argumentos en contra de la legalización de la muerte médicamente asistida. | 9 |
| A. Rol de los médicos..... | 9 |
| B. Diferencia moral relevante entre la eutanasia pasiva y activa..... | 10 |
| C. Religión | 11 |
| D. Dignidad humana y derecho a la vida. | 12 |
| III. Análisis de la constitucionalidad de la penalización de la muerte médicamente asistida. | 13 |
| A. El argumento de la autonomía personal. | 14 |
| a. Los límites a la autonomía personal en un Estado liberal..... | 14 |
| B. El argumento de la igualdad..... | 18 |
| IV. Depresión mayor recurrente..... | 19 |
| V. Análisis de críticas a la muerte médicamente asistida para pacientes con trastornos mentales..... | 20 |
| A. Capacidad en los pacientes depresivos..... | 21 |
| a. Consentimiento previo e informado. | 21 |
| b. Capacidad en el derecho argentino. | 21 |
| c. Los cuatro dominios de la capacidad: comprensión, apreciación, razonamiento y expresión. | 25 |
| B. Pensamientos suicidas. | 29 |
| C. Incurabilidad..... | 30 |
| a. ¿Cuándo se puede decir que un caso de depresión es incurable? | 31 |
| D. Desincentivo para probar nuevos tratamientos..... | 33 |
| VI. Proyectos de ley de muerte médicamente asistida..... | 34 |
| A. ¿Habilitan la muerte médicamente asistida para personas con depresión mayor recurrente intratable los proyectos de ley argentinos?..... | 34 |
| B. Procedimiento para acceder a la muerte médicamente asistida..... | 36 |
| Conclusión..... | 37 |
| Bibliografía..... | 39 |

Introducción.

Cuando se debate sobre la muerte médicamente asistida, generalmente se plantea el escenario de un paciente terminal internado a la espera de su inevitable muerte. Pero, poco se habla de otra clase de situaciones. Nos referimos a aquellas en las que el deseo de morir es causado no por un padecimiento físico, sino psíquico. Este es el caso de los trastornos mentales.

Existen múltiples enfermedades psiquiátricas que pueden producir sufrimiento insoportable y es razonable para cualquier persona querer ponerle fin a dicha aflicción. No obstante, estos desórdenes no siempre son tratables y, ante la expectativa de vivir un martirio de por vida, la muerte se convierte en un fin deseable.

La muerte médicamente asistida tiene dos modalidades, estas son la asistencia al suicidio y la eutanasia activa. Bajo el Código Penal argentino, ambas conductas están penalizadas. De hecho, son pocos los países que han habilitado tales prácticas para pacientes cuya única afección subyacente sea mental.

El estado pionero fue Suiza, que despenalizó la ayuda al suicidio con motivos no egoístas en 1942¹. Luego, en la década del 2000, Países Bajos², Bélgica³ y Luxemburgo⁴ legalizaron tanto la asistencia al suicidio como la eutanasia activa sin limitar su acceso a personas con enfermedades o padecimientos físicos. Ellos fueron seguidos por España, que recientemente sancionó una ley que regula la muerte médicamente asistida. Asimismo, en marzo de 2024, Canadá se sumará a este pequeño conjunto de países, dado que expirará la cláusula que excluye la elegibilidad de los solicitantes cuya única afección subyacente sea mental⁵.

¹ Gobierno de Suiza, Código Penal, Art. 115,

https://sherloc.unodc.org/cld/document/che/1937/swiss_criminal_code_en.html.

² Gobierno de Países Bajos, "Ley sobre la terminación de la vida a petición y el suicidio asistido (procedimientos de revisión)", 01/04/2002, <https://english.euthanasiecommissie.nl/duo-care-criteria>.

³ Gobierno de Bélgica, "Ley relativa a la eutanasia", C - 2002/09590, 28/05/2002, https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2002/06/22_1.pdf#page=16.

⁴ Gobierno de Luxemburgo, "Ley sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio", 16/03/2009, <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo>.

⁵ Gobierno de Canadá, Código Penal, Art. 241.2.(2.1), <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-46/>.

Los desórdenes depresivos son los diagnósticos psiquiátricos más prevalentes entre los solicitantes de muerte médicamente asistida en los países listados (Dierickx *et al*, 2017; Kim *et al*, 2016; Thienpont *et al*, 2017; Hermans *et al*, 2020). Se estima que el 3,8% de la población mundial sufrirá algún episodio de depresión, incluido el 5% de los adultos y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años (Organización Mundial de la Salud, 2023).

En la Argentina, el trastorno mental con prevalencia de vida más elevada es la depresión mayor, seguida por el trastorno de abuso de alcohol y la fobia específica. Más aún, los desórdenes del estado de ánimo, categoría a la cual pertenece la depresión mayor, son los que tienen la mayor proporción de casos severos (Stagnaro *et al*, 2018).

Actualmente, son muchas las voces que reclaman la aprobación de una ley de muerte médicamente asistida en la Argentina. Prueba de ello son los seis proyectos que buscan darle un marco normativo a la práctica⁶. No obstante, ninguno de ellos expresamente prevé la posibilidad de que accedan a una muerte médicamente asistida las personas cuya única afección subyacente sea mental. Por ende, existe la posibilidad de que en el futuro cercano se apruebe una ley que limite tal derecho a las personas con patologías físicas.

Si las personas que sufren desórdenes mentales pueden quitarse la vida, se preguntarán por qué querrían recibir la ayuda de un médico para llevarlo a cabo. La sustancia letal empleada no causa dolor y es administrada en un contexto pacífico, después de un largo período de reflexión del individuo. Además, como es común que la familia esté involucrada en el proceso de solicitud de la muerte médicamente asistida, esto permite que el individuo pueda estar acompañado por sus seres queridos al momento de su muerte (Weir, 2017). Por último, la asistencia de un médico garantiza la muerte sin poner en peligro a terceros.

El suicidio, por el contrario, se lleva a cabo en un momento de crisis y desesperación, en secreto (Calati *et al*, 2021, p.), sin apoyo de los seres queridos y de una forma muchas veces violenta (Ministerio de Seguridad, 2022). Por estos motivos, los intentos de

⁶ Ver el Anexo para más información sobre los proyectos de ley vigentes.

suicidio pueden resultar en discapacidades severas (Castaño-Monsalve *et al*, 2019) o lesiones ocasionadas involuntariamente a terceros. Al mismo tiempo, la escena con la que se encuentran los familiares de la víctima tiende a ser altamente traumática y sorpresiva. A diferencia de las muertes por suicidio, en los casos de muerte médicamente asistida los familiares no suelen tener una percepción negativa de la muerte de su ser querido y entre ellos comúnmente hay una baja prevalencia de sentimientos de depresión y duelo (Ganzini *et al*, 2009, p. 812).

En el presente trabajo, se determina si puede resistir el examen constitucional, y por ende debe ser legalizada, la muerte médicamente asistida de personas cuya única afección subyacente es el trastorno de depresión mayor recurrente. El examen de constitucionalidad se limita a un supuesto específico: la muerte médicamente asistida de una persona mayor de edad que solamente padece depresión mayor recurrente intratable, una patología que le causa sufrimiento insoportable, pero que cuenta con plena capacidad para consentir el acto médico.

En la primera sección del trabajo se exploran los conceptos de eutanasia, ayuda al suicidio y muerte médicamente asistida, y se identifican las normas locales que reprimen tales prácticas. Asimismo, se distingue el concepto actual de “eutanasia” de la concepción que se tenía de aquella práctica durante el nazismo. En la segunda sección, se exponen y se refutan los principales argumentos que se oponen a la legalización de la muerte médicamente asistida.

En la tercera sección, se examina el artículo 19 CN para establecer cuáles son los supuestos que habilitan la limitación de la autonomía personal en un Estado liberal. En la cuarta sección, se aborda la pregunta de si el tratamiento diferenciado entre la eutanasia activa y pasiva se condice con el principio de la igualdad consagrado por el art. 16 CN. En la quinta sección, se caracteriza la depresión mayor recurrente.

En la sexta sección, se exploran las críticas morales que recibe la muerte médicamente asistida en casos de trastorno mental: (i) la falta de capacidad para consentir; (ii) la dificultad para diferenciar un pensamiento suicida de una solicitud de muerte médicamente asistida; (iii) la dificultad para determinar si un caso es intratable; y (iv) el

desincentivo que genera para probar nuevos tratamientos. Para evaluar la solidez de estas críticas, se recurre a estudios de cohorte realizados sobre muestras de pacientes que padecen depresión mayor, opiniones de psiquiatras especializados en aquel trastorno e informes de agencias gubernamentales y no gubernamentales que se dedican a supervisar o facilitar el acceso a la práctica de muerte médicamente asistida en el extranjero.

En la séptima sección, se analizan los proyectos de ley que tienen estado parlamentario en la Argentina para determinar si se podría entender que alguno de ellos habilita la muerte médicamente asistida para personas que únicamente padecen depresión mayor recurrente intratable, pero que cuentan con plena capacidad. En la octava sección, se examinan los procedimientos que establecen los proyectos de ley existentes para acceder a la muerte médicamente asistida para individualizar los controles que implementan; y se comparan con estos con aquellos establecidos por las leyes de Suiza, Bélgica, Países Bajos, Luxemburgo, España y Canadá.

I. Eutanasia, ayuda al suicidio y muerte médicamente asistida.

La palabra “eutanasia” proviene del griego *eu-thanatos*, que significa “buena muerte”. Este concepto se refiere al acto deliberado de matar a una persona cuando es la única forma de ponerle fin a su sufrimiento. Se trata de una muerte piadosa y, por ello, buena.

En la doctrina, cuando se habla de eutanasia, se hace alusión específicamente a la acción u omisión de un médico. La eutanasia puede ser voluntaria o involuntaria. Es voluntaria cuando una persona capaz presta su consentimiento previo libre e informado a su realización.

A su vez, cuando la muerte se causa mediante la abstención o el retiro de medios de soporte vital, se trata de eutanasia pasiva. Esto implica que el paciente tiene una enfermedad terminal, que la va a causar la muerte en el futuro próximo. Por el contrario, cuando esta es provocada por un accionar positivo del médico, que le administra al paciente una sustancia letal, nos encontramos ante un caso de eutanasia activa.

Hasta 2012, tanto la eutanasia activa como la pasiva estaban reprimidas como homicidio con una pena de ocho a veinticinco años de prisión prevista por el artículo 79 del Código Penal. No obstante, en aquel año se sancionó la Ley N° 26.742, que modificó la Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente. Bajo la nueva redacción del inciso e) del artículo 2° de la norma, la eutanasia pasiva ya no sería penalizada si bajo ciertas condiciones:

El paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, 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. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

La ayuda al suicidio, por su parte, consiste en cooperar materialmente en el suicidio de un tercero, es decir, proporcionarle el medio letal con el cual acaba con su vida (Creus *et al*, 1998, p. 51). Entonces, es el propio interesado quien se causa la muerte en este supuesto. El artículo 83 del Código Penal prevé una pena de uno a cuatro años para el que ayude a una persona a cometer el suicidio si el suicidio se hubiese tentado o consumado.

Por último, la muerte médicamente asistida denota el acto por el cual un médico o enfermero, a requerimiento de una persona capaz (a) le administra una sustancia que le causa la muerte; o (b) le receta o le provee una sustancia que se autoadministra y le causa la muerte (Gobierno de Canadá, 2022, p. 5). El fin de la muerte médicamente asistida es acabar con el sufrimiento del solicitante causado por una enfermedad o padecimiento irreversible de una manera indolora.

Bajo el Derecho penal vigente, la modalidad (a) mencionada precedentemente consiste en eutanasia voluntaria activa y (b), en ayuda al suicidio. Entonces, la muerte médicamente asistida está penalizada en la Argentina, actualmente.

A. Muerte médicamente asistida vs. eutanasia en el nazismo.

La vinculación de la muerte médicamente asistida con la eutanasia puede generar inquietud dada la histórica connotación negativa que tiene esta última palabra. En efecto, en el Tercer Reich la “eutanasia” era una expresión eufemística usada para referirse a *Aktion T4*, un programa estatal de homicidio masivo de personas consideradas “inaptas” (Museo Memorial del Holocausto de los Estados Unidos, 2021).

De la mano de la teoría de la selección natural de Darwin, hacia fines del siglo XIX y principios del XX, las ideas eugenésicas comenzaron a recibir un fuerte apoyo. Los estados empezaron a invertir dinero en investigar cómo mejorar la genética humana (eugenesia positiva) y eliminar genes “defectuosos” (eugenesia negativa) (Sambrizzi, 2023).

Estas ideas inspiraron a Adolf Hitler, quien anhelaba purificar la población alemana para crear una raza superior. Para lograrlo, puso en funcionamiento programas de eugenesia negativa que involucraron, primero, la esterilización obligatoria y, luego, el genocidio de personas que padecían deformidades, discapacidades o enfermedades físicas o mentales. Hitler consideraba que estas personas no tenían una vida que valía la pena vivir y eran una carga para la sociedad, por ende, merecían una “muerte piadosa”, aún en contra de su voluntad (Grodin et al, 2018, p. 54).

Sin embargo, resulta relevante destacar que la muerte médicamente asistida en nada se asemeja a los actos descriptos. Si bien estamos discutiendo la posibilidad de que un médico le cause o ayude a causarle la muerte a una persona que padece un trastorno mental, únicamente estamos ante un caso de muerte médicamente asistida si la persona previamente prestó su consentimiento. La voluntad del solicitante es el elemento fundamental de la muerte médicamente asistida.

Además, la muerte médicamente asistida tiene un fin evidentemente humanitario, que consiste en acabar con el sufrimiento causado por una enfermedad o discapacidad, que es expresado por el solicitante y comprobado por el médico. Por el contrario, el objetivo

de la supuesta “eutanasia” nazi era erradicar a aquellos considerados genéticamente inferiores.

II. Argumentos en contra de la legalización de la muerte médicamente asistida.

A continuación, se exponen brevemente y se critican los principales argumentos que se ofrecen para respaldar la penalización de la muerte médicamente asistida.

A. Rol de los médicos.

En la medicina moderna se considera que existen determinados principios éticos que orientan el accionar de los profesionales de la salud; uno de ellos es la no maleficencia (Beauchamp, *et al*, 2013). Algunos críticos de la muerte médicamente asistida sostienen que ella contraría dicho principio, que establece la obligación de no causarle daño al paciente. Por ende, arguyen que aquel acto contraría los fines de la medicina, entre ellos el mantenimiento de la salud y la evitación de la muerte prematura (The Hastings Center, 1996; Lafferriere, 2022, p. 22).

Cabe mencionar, no obstante, que todos los proyectos de ley prevén el derecho a la objeción de conciencia, por ende, los médicos que no quieran contrariar tales valores no estarían obligados a hacerlo.

Al mismo tiempo, resulta relevante destacar que el respeto por la autonomía del paciente y la beneficencia también son principios bioéticos y entran en conflicto con la no maleficencia en el caso de la muerte médicamente asistida. La beneficencia se refiere al deber de obrar en beneficio del paciente, lo cual implica hacer lo necesario para aliviar su sufrimiento (Varkey, 2021, p. 18). Si el paciente tiene una vida de constante sufrimiento a causa de una enfermedad o un padecimiento, la muerte médicamente asistida podría incluso promover dicho principio.

En línea con esto, *Hastings Center* establece que la medicina también debe perseguir otros fines aparte de la evitación de la muerte prematura y el mantenimiento de la salud, como el alivio del dolor y el sufrimiento causados por enfermedades y la consecución de una muerte pacífica y humana (The Hastings Center, 1996). Por ende, la bioética no

ofrece una respuesta clara sobre lo que es “correcto” hacer en esta clase de situaciones. Por último, es menester resaltar, que no es deber del Estado mantener la rectitud moral de la profesión médica.

B. Diferencia moral relevante entre la eutanasia pasiva y activa.

Para respaldar la legalización de la eutanasia pasiva y la simultánea penalización de la eutanasia activa, se suele argüir que existe una diferencia moral relevante entre ambos actos, basada en la causa que provoca la muerte del paciente. En el caso de la eutanasia pasiva, se afirma que el paciente muere debido al desarrollo natural de su enfermedad terminal. Por el contrario, en la eutanasia activa la sustancia letal administrada por el médico es lo que le causa la muerte (Corte Suprema de los Estados Unidos, 1997). Por este motivo, se suele pensar que la eutanasia pasiva es moralmente superior a la eutanasia activa.

Sin embargo, tanto la acción de administrar una sustancia letal como la omisión de realizar un tratamiento o brindar medios de soporte vital tienen el mismo resultado: la muerte del paciente. Entonces, desde una postura consecuencialista, ambos actos tienen el mismo peso moral (Farrell, s.f., p. 250).

De hecho, de acuerdo con la teoría de la causalidad del derecho penal general se considera que ambos actos son condiciones *sine qua non* del resultado de la muerte (Frister, 2022, pp. 432-433). Esto se debe a que, cuando el médico se abstiene de realizar un tratamiento o brindar medios de soporte vital, si se agrega mentalmente la conducta omitida, desaparece el resultado, es decir, el paciente no muere. Por ello, la antes de su legalización la eutanasia pasiva era tipificada como homicidio por omisión⁷. Vale aclarar que en el supuesto en el cual el médico retira medios de soporte vital ya brindados, el paciente efectivamente muere por la acción del médico, se trata de un

⁷ Esto se debe al hecho de que el médico que atiende al paciente se encuentra en una posición de garante por asunción de una función de protección, esto significa que tiene el deber jurídico de actuar para prevenir cualquier daño a la integridad física de aquel. Ver Frister, Helmut, *Derecho Penal. Parte General*, 2022, p. 447. Bajo la legislación actual, el consentimiento válido del paciente lo libera al médico de su posición de garante.

supuesto de “interrupción de un curso causal salvador” (Sancinetti, 2010, p. 592), que sería tipificado como un homicidio por comisión bajo la legislación anterior.

De modo similar, Gisela Farias afirma que el ordenamiento jurídico valora la moralidad de los actos de las personas según su intención, por ello establece penas más severas para los actos dolosos que para los culposos (Farias, 2007, p. 36). Entonces, también bajo este criterio de apreciación la eutanasia activa y pasiva tienen el mismo valor moral, ya que lo que sabe que va a lograr el médico en ambos supuestos, con total seguridad, es la muerte del paciente. Las razones por las cuales quiere ayudarlo a morir son irrelevantes, dado que el dolo de matar está presente (Weithman, 1999, p. 551). Este punto fue obviado por la Corte Suprema de los Estados Unidos en el caso *Vacco v. Quill* (1997).

No obstante, si un paciente está sufriendo constantemente y no tiene expectativa de mejora, dejarlo morir lenta y dolorosamente pareciera ser una alternativa mucho más inhumana, degradante e indigna que causarle la muerte con una sustancia letal. Por ello, desde una mirada deontológica se podría arribar a la conclusión de que la eutanasia activa es moralmente superior a la eutanasia pasiva (Farrell, s.f., pp. 258-259). Por este motivo, Dworkin sostiene que es irracional permitir la eutanasia pasiva y simultáneamente prohibir la eutanasia activa (Weithman, 1999, p. 551), tal como lo hace el ordenamiento jurídico actual.

C. Religión

La Argentina es un país con una extensa tradición católica. Por este motivo, parte de quienes se oponen a su despenalización fundan su postura en razones religiosas. De acuerdo con dicho culto, Dios es quien da la vida y el único que puede disponer de ella, por ende, el hombre enfermo deberá soportar su sufrimiento hasta morir naturalmente si desea gozar de la vida eterna (El Catecismo de la Iglesia Católica, s.f., p. 2280)⁸.

⁸ “Cada cual es responsable de su vida delante de Dios que se la ha dado. Él sigue siendo su soberano Dueño. Nosotros estamos obligados a recibirla con gratitud y a conservarla para su honor y para la salvación de nuestras almas. Somos administradores y no propietarios de la vida que Dios nos ha confiado. No disponemos de ella”. En igual sentido, Gn. 9, 5-6 reza: “El que derramare sangre de

Pero, ¿tiene el Estado derecho a obligar a los ciudadanos a conducir sus vidas de acuerdo con tales ideales de excelencia? La respuesta negativa se impone dado que la Argentina no es una teocracia. Si bien la Constitución establece que el Estado “sostiene” el culto católico, tanto la Corte Suprema⁹ como la doctrina mayoritaria¹⁰ admiten que dicho precepto únicamente obliga al Estado a subvencionar la Iglesia Católica con fondos del Tesoro Nacional. Justamente, el rechazo de la redacción “adopta y sostiene” propuesta por Alberdi (Alberdi, 2017, p. 233) puso en evidencia que la voluntad de los constituyentes era formar un Estado aconfesional.

D. Dignidad humana y derecho a la vida.

Otro sector de la doctrina argumenta que legalizar la muerte médicamente asistida implicaría negar la existencia de la dignidad humana (Lafferriere, 2022, p. 11). Dicho de otro modo, sostiene que concederles a ciertas personas acceso a aquella práctica equivaldría a considerar que sus vidas son disponibles porque valen menos que las de los demás. Velleman manifiesta que el valor de la vida humana es incondicional, es decir, existe con independencia del nivel de aprecio que siente cada persona por su existencia. El correlato de esto, según quienes defienden esta postura, es que el poco aprecio que puede sentir un individuo por su vida no le otorga el derecho a consentir su propia muerte (Velleman, 1999, pp. 612-613). Pilar de Antueno expresa este argumento de la siguiente manera:

Recordemos que todo ser humano posee una dignidad intrínseca e inviolable, no susceptible de gradaciones, universal e independiente de la edad, salud o autonomía. Esa dignidad confiere el derecho irrenunciable a la vida y es deber del Estado protegerla, incluso cuando la persona pueda no valorarla. (De Antueno, 2020, p. 2)

Del mismo modo, tal como lo manifiesta De Antueno, hay quienes afirman que la muerte médicamente asistida vulnera el derecho a la vida del paciente e implica el

hombre, por el hombre su sangre será derramada; porque a imagen de Dios es hecho el hombre.” En la misma línea, ver Pío XII, Discurso a la Unión Médico-Biológica “San Lucas”, 12 de noviembre de 1944; Discursos y Radiomensajes, VI (1944-1945), 191-192. “Sólo Dios es Señor de la vida desde su comienzo hasta su término: nadie, en ninguna circunstancia, puede atribuirse el derecho de matar de modo directo a un ser humano inocente”.

⁹ Ver fallos Correa, 1893; Desbarats, 1928; Carbonell, 1982; Sejean, 1986; y Villacampa, 1989; entre otros.

¹⁰ Ver Sánchez Viamonte, Bielsa, Quiroga Lavié, Montes de Oca, Cayuso, Gelli, De Vedia, Bianchi, etc.

incumplimiento del correlativo deber del Estado de proteger las vidas de los ciudadanos. En efecto, el derecho a la vida es reconocido por la Convención Americana de Derechos Humanos (1969)¹¹ y es considerado un derecho implícito contenido en el artículo 33 CN (Gelli, 2004, p. 303).

Los dos argumentos expuestos previamente -la dignidad humana y el derecho a la vida- se abordan en el apartado siguiente.

III. Análisis de la constitucionalidad de la penalización de la muerte médicamente asistida.

Las normas penales son coercitivas. Esto significa que el Estado, mediante la amenaza de aplicar una sanción (en este caso, la privación de libertad), compele a las personas a abstenerse de realizar el acto tipificado. En un Estado de Derecho, para ser legítima, la coacción estatal debe ser ejercida dentro de los límites establecidos por el ordenamiento jurídico (Dicey, 1885, p. 254).

Por este motivo, y sin perjuicio de los argumentos vertidos en el apartado anterior, el debate sobre la muerte médicamente asistida se debe reducir a la siguiente interrogante: ¿su penalización constituye un ejercicio legítimo de la coerción estatal?

Para determinarlo, debemos analizar bajo qué supuestos la Constitución Nacional le permite al Estado hacer uso de su poder coercitivo. En este sentido, el artículo 19 CN establece que “[l]as 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”. Por ende, esta disposición establece el subconjunto de conductas que deben ser reprimidas por el Estado: (1) las que ofendan al orden público; (2) las que ofendan a la moral pública; y (3) las que perjudiquen a terceros. La pregunta que surge, entonces, es cómo deben ser interpretadas dichas tipificaciones.

¹¹ Ver el artículo 4.

A. El argumento de la autonomía personal.

a. Los límites a la autonomía personal en un Estado liberal.

Se explicó precedentemente que la intención de los constituyentes de 1853 era formar un Estado aconfesional, no obstante, resulta notorio que el texto constitucional original favorecía la religión católica por sobre las demás. Además de establecer la obligación de sostener la Iglesia Católica, aquel incorporó el ejercicio de las atribuciones patronales por parte del presidente, el juramento por Dios y los Santos Evangelios, la pertenencia al culto católico como requisito para ser presidente y el deber del Congreso de convertir a los “indios” al catolicismo¹².

Al mismo tiempo, los constituyentes expresaron su deseo de tomar el ejemplo de Estados Unidos y hacer de la Confederación Argentina un Estado liberal (Alberdi, 2017, p. 121). Por consiguiente, para ellos ser un Estado liberal era compatible con impulsar el catolicismo desde el Estado. Ahora bien, como la religión informa los valores morales de sus adherentes, es altamente probable que los términos “moral pública” y “moral cristiana” hayan sido intercambiables en 1853.

No obstante, resulta evidente que, desde aquella época, el Estado ha atravesado un proceso de secularización gradual. Algunos hitos importantes de dicho proceso fueron: (i) la reforma constitucional de 1994 que, a excepción del art. 2 CN, suprimió todos los artículos que hacían referencia al culto católico; (ii) la legalización de conductas contrarias a los mandatos divinos, como el divorcio, el matrimonio entre personas del mismo sexo, el aborto a requerimiento hasta la semana 14, entre otras; (iii) pronunciamientos de la Corte Suprema como *Sejean*, *ALITT* y *F.A.L.* (*Fallos*: 308:2268; 329:5266; y 335:197, respectivamente).

Como bien expresa Dworkin, al texto constitucional hay que darle una lectura que sea coherente con los antecedentes institucionales o la práctica jurídica (Dworkin, 1966, p. 7). Los hechos listados anteriormente ponen en evidencia que la comunidad política argentina está impulsando la formación de un Estado independiente de la Iglesia y

¹² Ver los artículos 64, inc. 15; 73; 77; y 83, inc. 8 del texto original.

caracterizado por una actitud imparcial frente a los distintos proyectos de vida de los ciudadanos. Esencialmente, dan cuenta de una tendencia hacia la neutralidad estatal. Ahora bien, si el Estado aspira a ser neutral, entonces la “moral pública” no puede ser asociada con la moral cristiana.

La concepción de liberalismo como neutralidad está íntimamente ligada a la dignidad humana. Tanto la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1976) proclaman en sus preámbulos que las personas tienen “dignidad intrínseca”. La dignidad ha sido históricamente entendida como el valor innato que tienen las personas en virtud de su naturaleza racional (Kant, 1724-1804, p. 53), que es justamente aquello que las diferencia de otros seres vivos (pp. 68-69). La razón, según Kant, es la facultad que tiene el hombre de hacer juicios morales, y la autonomía, la capacidad de dirigirse de acuerdo con tales juicios morales (p. 77). Más aún, Kant sostiene que se lo trata al hombre con dignidad cuando se le permite emplear la razón y la autonomía (Kant, 2004), es decir, cuando tiene libertad para desarrollar su propio plan de vida de acuerdo con sus propias concepciones de lo que es bueno. Por este motivo, el liberalismo defiende una concepción del bien que identifica a la autonomía como único valor objetivo (Farrell, 2007, p. 43).

Para que las personas puedan gozar del mayor nivel de autonomía, el Estado no debe favorecer ni perjudicar, facilitar ni obstaculizar ningún proyecto de vida. Como bien explica Dworkin, el Estado debe tratar a todos sus ciudadanos con igual preocupación (*equal concern*) y respeto y, para lograrlo, debe ser neutral respecto de las concepciones de lo que hace a una buena vida (Dworkin, 1985, p. 191; Kymlicka, 1989, p. 883). De hecho, la Corte Suprema ha receptado la visión del liberalismo como neutralidad:

[e]n un Estado, que se proclama de derecho y tiene como premisa el principio republicano de gobierno, la Constitución no puede admitir que el propio Estado se arrogue la potestad sobrehumana de juzgar la existencia misma de la persona, su proyecto de vida y la realización del mismo [...] (Fallos: 329:3706).

Ahora bien, si la autonomía es el único valor objetivo en un Estado liberal-neutral, ¿cuándo está legitimado el Estado para restringirla? Su límite está dado por el principio

del daño de John Stuart Mill: solo es legítimo que el Estado limite el accionar de un individuo para prevenir un daño no consentido a un tercero (Mill, 2001, p. 13).

En línea con dicho principio, Carlos Nino sostiene que, aunque sea redundante, debe entenderse que el art. 19 CN menciona tres formas de referirse a una misma clase de acción: aquellas que perjudican a un tercero (Nino, 2021, p. 317). Marcela Basterra sintetiza esta idea de la siguiente forma:

Consideramos que el hecho de que la norma del artículo 19 se refiera a "orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero" debe interpretarse como que el daño a los terceros es abarcativo del orden y la moral pública; dicho al revés, que se transgrede esa moral pública y ese orden solamente cuando se lesionen derechos de terceros [...] Consideramos que en definitiva en los tres supuestos de la norma constitucional se está protegiendo a terceros, y no a ideales de excelencia planteados por un grupo de personas, aunque esta sea la mayoría (Basterra, 2003, p. 273).

De hecho, esta es la lectura del art. 19 CN que ha apoyado la Corte Suprema en los precedentes *Bazterrica*, *Capalbo* y *Arriola* (Fallos: 308:1392; 308:1392 y 332:1963, respectivamente), en los cuales afirmó que las acciones que exceden el ámbito de reserva son solamente aquellas que generan un peligro concreto o un daño a un tercero. En *Bazterrica*, la Corte expresó esta idea de la siguiente manera:

Conviene distinguir aquí la ética privada de las personas, cuya transgresión está reservada por la Constitución al juicio de Dios, y la ética colectiva en la que aparecen custodiados bienes o intereses de terceros. Precisamente, a la protección de estos bienes se dirigen el orden y moral pública, que abarcan las relaciones intersubjetivas, esto es acciones que perjudiquen a un tercero, tal como expresa el art. 19 de la Constitución Nacional aclarando aquellos conceptos (p. 1417).

En línea con esto, en su voto concurrente en *Arriola*, el juez Fayt expresó que las acciones autorreferentes pertenecen al ámbito de señoría personal por cuanto “no es misión del derecho penal prevenir los daños que una persona puede causarse a sí misma” (p. 2011).

Si bien estas citas no hacen mención de ello, debe entenderse, como bien lo sostuvo Mill, que el Estado tampoco está legitimado a ejercer poder coercitivo para prevenir daños consentidos a terceros. Para tutelar el único valor objetivo que reconoce, es decir la autonomía personal, el Estado liberal debe permitirle el máximo nivel de

autodeterminación a sus ciudadanos. Esto incluye la potestad de consentir la causación de daños a ellos mismos y, en última instancia, el derecho a disponer de la propia vida.

En efecto, la legalización de la eutanasia pasiva solo se justifica si esto es cierto. La Corte Suprema se expidió acerca de un caso de rechazo de tratamiento vital en el precedente *Bahamondez* (*Fallos*: 316:479). Si bien el voto mayoritario no abordó la cuestión de fondo por haberse tornado abstracto el caso, los jueces Barra y Fayt en su voto concurrente expresaron que el art. 19 CN “concede a todos los hombres una prerrogativa según la cual pueden disponer de sus actos, de su obrar, de su propio cuerpo, de su propia vida, de cuanto les es propio” (*Fallos*: 308:1392; 308:1392; 316:494). Años más tarde, la mayoría de la Corte hizo suyas estas palabras en el fallo *Albarracini Nieves* (*Fallos*: 335:805).

Todo esto nos lleva a concluir que en la Argentina la coacción estatal solo puede ser ejercida legítimamente si su fin es prevenir un peligro concreto o un daño no consentido a un tercero. No obstante, resulta evidente que estas condiciones no se cumplen en el caso de la muerte médicamente asistida. Si el médico le administra la sustancia letal al paciente, causa un daño consentido a un tercero. Asimismo, si aquel le suministra una droga que será autoadministrada, la acción de matar es autorreferente y en nada afecta a terceros. Por consiguiente, la inconstitucionalidad de su penalización se impone.

El Estado no está legitimado a impedir la autolesión o el daño consentido de una persona. Consistiría en una actitud paternalista impropia de un Estado liberal, tal como lo explica Mill:

Su propio bien, sea físico o moral, no es garantía suficiente. Él no puede correctamente ser obligado a hacer, o a abstenerse de, algo porque sería mejor para él el hacerlo, porque lo haría más feliz, porque, en opinión de otros, hacerlo sería inteligente, o incluso correcto. La única parte de la conducta de alguien por la cual es responsable ante la sociedad, es la que concierne a otros. En la parte que simplemente le concierne a sí mismo, su independencia es, de derecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su propio cuerpo y mente, el individuo es soberano (Mill, 2001, p. 13).

Este razonamiento se funda en la concepción de que cada individuo es el más interesado en su propio bienestar y, por ende, el mejor indicado para satisfacer sus intereses (Mill, 2001, p. 70).

Respecto de las alegaciones de que la muerte médicamente asistida niega la dignidad del paciente, cabe responder que el respeto por la autonomía es justamente lo que reafirma la dignidad humana. Las personas se diferencian de otros seres por estar dotadas de razón y libre albedrío, y que el Estado las desplace en la toma de decisiones acerca de cómo llevar adelante sus propias vidas implica tratarlas como si fueran seres subhumanos (Kant, 2004, p. 93).

En cuanto al derecho a la vida, es importante recordar que es un derecho que se puede invocar únicamente en casos en los que la vida de una persona está en riesgo y ella no tiene el deseo de morir, porque cuando sí quiere morir, el principio del daño indica que el Estado no puede intervenir para proteger su existencia. Si los derechos fundamentales buscan tutelar la dignidad humana y el trato digno exige el respeto por la autonomía, entonces, un derecho fundamental, como el derecho a la vida, no puede ser invocado para justificar su restricción.

Más aún, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha expresado que el derecho a la vida no solo comprende el derecho a no ser privado arbitrariamente de la vida, sino también “el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna” (1999, p. 40). Pero, ¿qué debe hacer el Estado cuando ya no es posible que el paciente viva dignamente? En lugar de prolongar el sufrimiento, una muerte pacífica e indolora pareciera ser la alternativa moralmente superior. Por ende, el Estado no debiera impedir el acceso a dicha práctica. En consonancia con esto, Velleman expresa: “la dignidad puede requerir no solo la preservación de aquello que la posee, sino también la destrucción de aquello que la está perdiendo, si la pérdida fuera irreversible” (Velleman, 1999, p. 617).

B. El argumento de la igualdad.

El principio de igualdad (16 CN) obliga a no discriminar arbitrariamente, es decir, a no darle un tratamiento diferenciado a un individuo o a un grupo sobre la base de argumentos irrazonables (Gelli, 2004, p. 143). Siguiendo esta línea, Tomás Céspedes ofrece la siguiente explicación de la igualdad ante la ley:

[T]ratamos como iguales a las personas si las podemos reconocer como regidas por los mismos estándares normativos: interpretar el concepto de igualdad de este modo exige que, sin importar el lugar que cada una de las personas ocupe en la sociedad, ellas puedan percibir que las normas que rigen su vida tienen su fundamento en idénticos principios. Por el contrario, no tratamos como iguales a las personas si, frente a circunstancias análogas, las normas que las rigen no pueden encontrar una misma justificación (Céspedes, 2020, p. 37).

Ahora bien, actualmente, en la Argentina está legalizada la eutanasia pasiva, pero penalizada la eutanasia activa. No obstante, tal como se demostró anteriormente, dicha distinción se basa en una premisa errónea: que en términos éticos es mejor dejar morir que matar. Si en ambos supuestos el médico tiene dolo de matar, el paciente muere y la acción u omisión del médico es condición *sine qua non* de dicho resultado, entonces, no existe una diferencia que justifique la desigualdad en su tratamiento. Al fin y al cabo, en los dos casos el paciente tiene un padecimiento incurable que le causa sufrimiento insoportable. De hecho, al ser lenta y dolorosa, la eutanasia pasiva debe ser considerada moralmente inferior a la activa.

La única diferencia entre ambos actos es que, en la eutanasia pasiva, el paciente tiene una condición terminal, característica que carece el solicitante de eutanasia activa. A este solicitante, a pesar de experimentar el mismo sufrimiento, se le niega el derecho a acelerar su muerte. Por estos motivos, resulta evidente que el tratamiento diferenciado que reciben ambas conductas es arbitrario y, por ende, violatorio del principio de igualdad. Por consiguiente, aquí se presenta otro argumento jurídico en favor de la inconstitucionalidad de la penalización de la muerte médicamente asistida.

IV. Depresión mayor recurrente.

De acuerdo con la versión revisada de la 5ta Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales¹³ (conocido por sus siglas en inglés como el *DSM-5-TR*), la depresión mayor recurrente se caracteriza por el padecimiento de episodios reiterados de estado de ánimo deprimido (sentimientos de tristeza, desesperanza y/o vacío) o de marcada pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022, p. 184).

¹³ El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría es el principal instrumento de clasificación y diagnóstico de trastornos mentales usado por psiquiatras, psicólogos y demás profesionales de la salud mental a nivel mundial y en la Argentina.

Para poder diagnosticarla, también deben identificarse al menos cuatro de los siguientes síntomas: cambios significativos en el peso o el apetito; insomnio o hipersomnia; agitación o retardo psicomotor; fatiga o pérdida de energía; sentimientos de inutilidad o culpa injustificada; dificultad para pensar, concentrarse y tomar decisiones; pensamientos suicidas reiterados o intentos de cometer suicidio. Además, los síntomas deben causar malestar o deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, laboral o de otra índole. Estos episodios deberán durar la mayor parte del día y se deberán experimentar la mayoría de los días por al menos dos semanas (pp. 184-186).

En síntesis, los episodios de depresión mayor son más bien cortos, pero emocionalmente intensos, al punto de poder llevar a una persona a querer quitarse la vida. Cabe destacar que una persona que padece depresión mayor tiene una probabilidad 17 veces mayor de intentar suicidarse (p. 191).

Más aún, los trastornos depresivos se encuentran entre las tres principales causas de Años Vividos con Discapacidad (Organización Panamericana de la Salud, 2021). El motivo de esto es que los cambios en el apetito, la fatiga, el retardo psicomotor, el insomnio y la dificultad para concentrarse pueden obstaculizar hasta las tareas más sencillas. Incluso es posible que la persona deprimida no pueda atender a las necesidades básicas de cuidado personal o se vuelva muda o catatónica (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022, p. 191)¹⁴.

V. Análisis de críticas a la muerte médicamente asistida para pacientes con trastornos mentales.

A continuación, se desarrollan los aspectos más criticados de la legalización de la muerte médicamente asistida para personas que padecen trastornos mentales: (i) la capacidad de los solicitantes; (ii) los pensamientos suicidas; (iii) el carácter incurable del trastorno y (iv) el desincentivo para probar nuevos tratamientos.

¹⁴ Algunos síntomas de catatonia son: quedarse quieto, mirar fijamente al espacio, repetir un mismo movimiento, mantener una posición o expresión facial en particular, no comer, no beber, no hablar, por largos períodos de tiempo, entre otros.

A. Capacidad en los pacientes depresivos.

a. Consentimiento previo e informado.

Si la autonomía personal es el fundamento moral de la muerte médicamente asistida, entonces es vital garantizar que la solicitud realmente sea una expresión de la voluntad, de los intereses y valores de la persona. En línea con esto, de acuerdo con el artículo 6° de la Ley de Derechos del Paciente, toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario requiere el previo consentimiento informado del paciente, entendido este como:

[...] la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud;
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

La ley, entonces, exigiría que el paciente preste su consentimiento previo e informado antes de que se le practique la muerte médicamente asistida. El Derecho considera que un consentimiento expresa la voluntad de una persona, y por ende es válido, cuando es prestado libremente por una persona capaz (arts. 44 y 45 CCyC).

b. Capacidad en el derecho argentino.

Una de las principales críticas que recibe la admisibilidad de la muerte médicamente asistida para personas que padecen desórdenes mentales es que la capacidad del solicitante puede estar comprometida. Este reproche viene de la mano de un estigma que asocia a la enfermedad psíquica con la incapacidad para ejercer los derechos.

i. Código de Vélez.

En línea con este pensamiento, bajo el régimen del Código de Vélez, las personas que padecían enfermedades mentales podían ser declaradas incapaces si se probaba que no tenían “aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes” (art. 141). El curador designado por el juez lo sustituía al individuo incapaz en su actuación jurídica de forma absoluta. Aquel actuaba por su sola iniciativa, sin necesidad de contar con la voluntad del representado, desplazándolo en el manejo de sus intereses a un rol de completamente pasivo (Olmo, 2012, p. 5).

Olmo describe este sistema de la siguiente manera:

Las respuestas sociales se basan en una actitud paternalista y de subestimación, enfocadas en lo que las personas no pueden realizar por motivos de su diversidad funcional. En razón de ello, a través de institutos como la curatela se instrumenta un sistema de sustitución en la toma de decisiones. De este modo, se considera a la persona con discapacidad como un ser dependiente, inferior, que necesita ser rehabilitado a los efectos de recuperar su dignidad, tras lograr ocultar o eliminar su diferencia (p. 2).

En lugar de que la declaración de incapacidad sea la última ratio, y en vez de procurar que la autonomía del individuo sea afectada en la menor medida posible, aplicando medidas de asistencia en el ejercicio de los derechos donde hiciera falta, el régimen de capacidad del Código de Vélez adoptó una postura paternalista y discriminatoria.

ii. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).

La discapacidad puede ser entendida como la dificultad que experimentan las personas que tienen limitaciones físicas o mentales para participar en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás (CDPD, 2008, art. 1). Los desórdenes mentales de determinada severidad pueden causar discapacidad en menor o mayor medida.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que entró en vigor en 2008 y adquirió jerarquía constitucional en nuestro país en 2014, marcó un cambio de paradigma en relación con la discapacidad. En lugar de ser concebida como el producto de una afección física o mental, pasó a ser entendida como la consecuencia de barreras impuestas por la sociedad (Preámbulo, párr. e)). Dicho de otro modo, se

comenzó a visualizar que las causas de la discapacidad no son las limitaciones físicas o psíquicas de las personas, sino las trabas con las que se encuentran a la hora de desarrollar su plan de vida.

En cuanto a la capacidad de ejercer por sí mismos sus derechos, la CDPD reconoce “la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía e independencia individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones” (Preámbulo, párr. n)). En este sentido, el artículo 12.1. obliga a los estados partes a reconocer que “las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida”. Asimismo, ordena a los estados partes a garantizar el acceso a los apoyos necesarios para que ellos ejerzan su capacidad jurídica (art. 12.3). La CDPD, entonces, busca que los estados cesen en la categorización de las personas discapacitadas como individuos incapaces o con capacidad restringida y, en su lugar, vuelquen sus esfuerzos hacia la asistencia de aquellas personas en las dimensiones que hacen a la capacidad: la comprensión, la expresión etc.

iii. Código Civil y Comercial (CCyC).

El Código Civil y Comercial, que entró en vigencia en 2015, establece un régimen que distingue tres categorías de capacidad de las personas: capaces, con capacidad restringida e incapaces. Por regla general se presume la capacidad, es decir, la aptitud para ejercer los derechos por uno mismo. La capacidad restringida y la incapacidad tienen carácter excepcional y solo pueden ser establecidas por ley o por sentencia judicial (art. 23).

Respecto del supuesto de capacidad restringida, el art. 32 dispone:

El juez puede restringir la capacidad para determinados actos de una persona mayor de trece años que padece una adicción o una alteración mental permanente o prolongada, de suficiente gravedad, siempre que estime que del ejercicio de su plena capacidad puede resultar un daño a su persona o a sus bienes.

En la sentencia declarativa de la capacidad restringida, el juez designa los apoyos que deben intervenir en la celebración de los actos sujetos a restricción para darles validez (art. 38). Los apoyos deben “promover la autonomía y favorecer las decisiones que

respondan a las preferencias de la persona protegida”. Para esto, tienen el deber de “facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad de la persona” (art. 43). El juez tiene que procurar que la libertad se afecte en la menor medida posible (art. 37, inc. d)).

Asimismo, el CCyC regula la declaración de incapacidad:

Por excepción, cuando la persona se encuentre absolutamente imposibilitada de interaccionar con su entorno y expresar su voluntad por cualquier modo, medio o formato adecuado y el sistema de apoyos resulte ineficaz, el juez puede declarar la incapacidad y designar un curador (art. 32 *in fine*).

Por último, la ley establece que los actos de una persona incapaz o con capacidad restringida celebrados en violación de lo dispuesto por la sentencia con posterioridad a su inscripción en el Registro de Estado Civil y Capacidad de las Personas son nulos de nulidad relativa (art. 44).

Ahora bien, nos preguntamos, ¿puede un juez restringir la capacidad de una persona que padece depresión mayor para consentir actos médicos o bien declararla incapaz, de modo que su consentimiento para la muerte médicamente asistida carezca de validez?

En los procesos de declaración de capacidad restringida o incapacidad, el juez debe tener una entrevista personal con el individuo en cuestión (art. 35) y también considerará un dictamen elaborado por un equipo interdisciplinario antes de tomar su decisión (art. 37 *in fine*). En línea con esto, la Ley de Salud Mental dispone que no se puede presumir el riesgo de daño o la incapacidad de una persona en base al mero diagnóstico de un trastorno mental, sino que deberá ser determinado caso a caso a partir de una evaluación interdisciplinaria (art. 5). Esto significa que el solo diagnóstico no habilita a considerar automáticamente que el individuo en cuestión debe ser declarado incapaz o con capacidad restringida.

Al tratarse de una alteración mental prolongada que puede ser permanente, de acuerdo con el artículo 32 CCyC, la capacidad de una persona que padece depresión mayor podría ser restringida en caso de comprobar que el pleno ejercicio de sus derechos

podría resultar en un daño a su persona o patrimonio. En relación con aquel artículo, Silvia Eugenia Fernández establece que se debe interpretar lo siguiente:

Al efectuar esta ponderación en relación al eventual riesgo para la persona y/o su patrimonio debe entenderse aplicable la referencia final del artículo respecto a la aptitud de la persona para comprender y expresar voluntad por cualquier modo, medio o formato adecuado; así, el juez *no podría entender configurado riesgo o daño a la persona si la misma puede manifestar voluntad, comprender y razonar con el auxilio de estos medios de comunicación* [...] (Caramelo, Gustavo *et al*, 2015, p. 84).

En el mismo sentido, Ricardo Luis Lorenzetti expresa:

[e]l criterio determinante para la restricción debe estar desligado de la pertenencia de la persona a un grupo social, y no debe ser supeditado exclusivamente a una etiqueta o diagnóstico médico o psiquiátrico, sino que principalmente debe basarse en las posibilidades circunstanciales de comprensión de la naturaleza y consecuencias del acto por parte de la persona (Lorenzetti, 2014, pp. 144-145).

Por consiguiente, el riesgo de que la persona que padece una alteración mental prolongada y permanente se cause daño a sí misma por sí solo no justifica la restricción de la capacidad para realizar determinado acto. Esta interpretación se condice con la teoría liberal de Mill, según la cual no está moralmente justificado que el Estado le impida a un individuo plenamente capaz causarse daño a sí mismo.

En consecuencia, si la persona que padece depresión mayor puede (1) comprender y (2) razonar sobre la información brindada sobre actos médicos, como la muerte médicamente asistida, y puede (3) comunicar su voluntad, es inadmisibles la restricción de su capacidad para consentir tales actos. Lo que importa, entonces, no es aquello que decide el paciente, sino cómo toma su decisión. La razonabilidad de su decisión, por ende, no lo hace capaz o incapaz. Es menester recordar que el Estado liberal no puede restringir la autonomía de una persona únicamente porque toma decisiones que para el hombre medio son absurdas.

c. Los cuatro dominios de la capacidad: comprensión, apreciación, razonamiento y expresión.

La ley no nos brinda parámetros para determinar si un individuo tiene capacidad para consentir actos médicos, como la muerte médicamente asistida. Tampoco existe un test consensuado por la comunidad científica para evaluarla. No obstante, existe cierto

consenso respecto de cuáles son las habilidades que hacen a la capacidad para tomar decisiones en relación con tratamientos médicos.

Los psiquiatras Appelbaum y Roth se ocuparon de revisar la jurisprudencia de los tribunales estadounidenses e identificaron cuatro habilidades que los jueces americanos evalúan a la hora de determinar si una persona es capaz para consentir tratamientos médicos. La primera de ellas es la capacidad para comprender la información brindada por el médico en relación con el trastorno que se le diagnosticó, el tratamiento que se le recomienda, y sus riesgos y beneficios, los tratamientos alternativos y sus riesgos y beneficios (comprensión).

La segunda es la habilidad para apreciar su situación y las consecuencias del tratamiento (apreciación). Dicho de otro modo, es la capacidad de reconocer que tiene un trastorno y que el tratamiento que se le recomienda acarrea riesgos y beneficios para él.

La tercera es la habilidad para manipular racionalmente la información, es decir, la aptitud para emplear la lógica para sopesar los riesgos y beneficios de las alternativas (razonamiento). Se considera que una decisión es lógica cuando es consistente o coherente con las premisas consideradas. Por último, se pondera la habilidad para expresar su decisión (comunicación) (Appelbaum *et al*, 1982).

Estos se han consolidado como los cuatro componentes esenciales de la capacidad para consentir tratamientos (conf. Palacios *et al*, 2019, p. 4; Simón Lorda, 2008, p. 338; Trachsel *et al*, 2015, p. 360, entre muchos otros) y, por eso, son la base de todas las entrevistas clínicas y de las evaluaciones formales de capacidad para consentir actos médicos¹⁵, como la *Herramienta de Evaluación de la Capacidad para Tratamiento (MacCAT-T)*, diseñada por el propio Appelbaum (1997).

Si bien existen varios tests formales, el MacCAT-T es uno de los más usados y científicamente validados (Simón Lorda *et al*, 2008, p. 422.; Trachsel *et al*, 2015, p. 1; Dunn *et al*, 2006; Koukopoulos *et al*, 2020, p. 2). Este tipo de instrumentos ofrecen una serie estandarizada de preguntas que evalúan cada una de las cuatro habilidades que

¹⁵ En el Anexo A se listan preguntas modelo para evaluar la capacidad para consentir tratamientos.

hacen a la capacidad y cuya respuesta deberá ser puntuada por el profesional interviniente sobre la base de criterios preestablecidos. Los médicos realizan estas entrevistas luego de haber informado al paciente sobre: 1) su trastorno y sus síntomas; 2) el tratamiento propuesto y sus potenciales riesgos y beneficios; y 3) los tratamientos alternativos y sus potenciales riesgos y beneficios. En el caso de Argentina, el médico debe brindarle al paciente la información listada en el artículo 6° de la Ley de Derechos del Paciente.

iv. Estudios de cohorte.

Para analizar si la depresión mayor necesariamente afecta la capacidad para consentir la muerte médicamente asistida, se toman en consideración los estudios de cohorte que se han realizado a lo largo de los años sobre pacientes depresivos utilizando evaluaciones formales.

En 1995, Grisso¹⁶ y Appelbaum¹⁷ publicaron su estudio *Comparison of Standards for Assessing Patients' Capacities to Make Treatment Decisions* en el cual evaluaron la capacidad de 92 pacientes con depresión mayor internados en clínicas de Worcester, Pittsburgh y la Ciudad de Kansas. Le brindaron a cada participante la misma cantidad y calidad de información sobre su trastorno y, luego, midieron cada una de las cuatro habilidades que hacen a la capacidad mediante una entrevista semi-estructurada predecesora del MacCAT-T, puntuando las respuestas.

Los criterios de incapacidad eran los siguientes: para la comprensión, puntajes del 0-4; para el razonamiento y la comunicación, puntajes del 0-5; para la apreciación, un puntaje de 0 en la primera parte del examen (reconocer el padecimiento del trastorno y sus síntomas) y un puntaje de 0-2 en la segunda parte de la evaluación (reconocer los beneficios del tratamiento). Sobre la base de dichos criterios, solo el 23,9% de los pacientes con depresión fueron considerados incapaces (Grisso *et al*, 1995).

¹⁶ El Dr. Grisso Ph. D es profesor emérito de Derecho y Psicología de University of Massachusetts.

¹⁷ El Dr. Appelbaum Ph.D es un psiquiatra especializado en depresión, actual profesor de Psiquiatría, Medicina y Derecho de Columbia University, y expresidente de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Luego, en 2003, Vollmann *et al* publicaron *Competence of mentally ill patients: comparative empirical study*, otro estudio en el cual se investigó la capacidad de 35 pacientes con depresión para consentir tratamientos, mediante el empleo del MacCAT-T. Se determinó que la capacidad de los pacientes estaba afectada en un 20% de los pacientes con depresión.

En ese mismo año, Lapid *et al*, publicaron *Decisional capacity of severely depressed patients requiring electroconvulsive therapy* (2003). El objetivo de dicha investigación era evaluar si las instancias educativas aumentan la capacidad de consentir tratamientos. La muestra consistió en 40 pacientes hospitalizados diagnosticados con depresión mayor. Se puso a prueba su capacidad para consentir terapia electroconvulsiva (TEC). En el test MacCAT-T el puntaje promedio obtenido en cada categoría estaba por encima de la media aún antes de la instancia educativa. La intervención aumentó los niveles de rendimiento en el MacCAT-T, de tal manera que las puntuaciones finales se situaron cerca del rango máximo.

En línea con esto, en el estudio *Mental capacity to make decisions on treatment in people admitted to psychiatric hospitals: cross sectional study* (2008), Owen *et al* buscaron determinar la prevalencia de la capacidad de toma de decisiones para el tratamiento en pacientes hospitalizados por depresión. Su muestra consistió en 67 pacientes consecutivamente admitidos en las unidades psiquiátricas del Hospital Maudsley de Londres entre febrero de 2006 y junio de 2007. Utilizando el MacCAT-T, concluyeron que el 31% de los pacientes eran incapaces para consentir tratamientos.

Si bien se han realizado pocos estudios, y con pequeñas muestras, todos ellos han arrojado resultados similares, lo cual respalda su fiabilidad. Los estudios realizados señalan que entre el 20 y el 30% de las personas que padecen depresión mayor tienen incapacidad para consentir tratamientos, es decir, menos de la mitad. Cabe destacar que estos estudios se realizaron sobre pacientes internados y que, por ende, sufrían depresiones de significativa severidad. Por ende, es probable que el porcentaje de incapacidad sea aún menor entre pacientes depresivos no internados. Entonces, comprobamos que el diagnóstico de depresión mayor no trae aparejada necesariamente

la incapacidad y que, por ende, la solicitud de muerte médicamente asistida puede ser una auténtica expresión de su voluntad.

B. Pensamientos suicidas.

Otra crítica que se le suele hacer a la muerte médicamente asistida es que puede resultar difícil diferenciar un pensamiento suicida, síntoma de un trastorno mental, de una solicitud de muerte médicamente asistida cuidadosamente considerada. Quienes formulan esta crítica tienen la idea errada de que la muerte médicamente asistida es una “salida fácil” que se le ofrece a pacientes desesperados que están transitando un periodo de crisis.

Si bien los pensamientos suicidas son un síntoma de la depresión mayor, eso no implica que cualquier deseo de muerte sea un pensamiento suicida. Para diferenciar ambos supuestos, el Panel de Expertos en Muerte Médicamente Asistida y Enfermedades Mentales creado por el Parlamento de Canadá hizo la siguiente recomendación en su Informe Final:

Los solicitantes de muerte médicamente asistida [...] deberán ser evaluados de forma secuencial, incluso, cuando sea posible, durante períodos de remisión o reducción de síntomas, y no durante períodos de angustia emocional aguda o crisis. [...] Los evaluadores deberán asegurarse de que el deseo de morir del solicitante sea coherente con sus valores y creencias, claro y considerado racionalmente durante un periodo de estabilidad, no durante un periodo de crisis (Gobierno de Canadá, 2022, p. 64).

Para determinar la capacidad de distinguir entre pensamientos suicidas y solicitudes de muerte médicamente asistida, se realizó un estudio en Países Bajos en el cual se entrevistaron a 20 médicos clínicos y 17 psiquiatras. La conclusión de dicho estudio fue que los profesionales de la salud pueden discernir tres tipos de deseos de muerte entre pacientes que padecen desórdenes psíquicos: pensamientos suicidas impulsivos, pensamientos suicidas crónicos y deseos de muerte racionales. Las categorías se describen a continuación:

Los pensamientos suicidas impulsivos (a) se caracterizaban como deseos temporales de morir, generalmente relacionado con eventos emocionales, y síntomas de la psicopatología del paciente. Los pensamientos suicidas crónicos (b) se caracterizaban por ser más persistentes y frecuentes, pero seguían siendo un síntoma de la psicopatología del paciente. Los deseos de muerte racionales (c) se caracterizaban como deseos persistentes y bien considerados de morir, no relacionados con eventos emocionales, y no una expresión de la psicopatología. Estos pacientes consideran

cuidadosamente su situación y perspectivas, y toman una decisión informada sobre si desean vivir o no (Pronk *et al*, 2021, pp. 271-272).

En línea con la recomendación del Panel de Expertos, a la hora de determinar si un deseo de morir es impulsivo, crónico o racional, los profesionales entrevistados identificaron cuatro aspectos a tomar en consideración: (1) si el deseo se mantiene a lo largo del tiempo, (2) si es la respuesta a un evento emocional; (3) si es un síntoma de un trastorno mental y (4) si es tratable. En esencia, el deseo de muerte racional es la *consecuencia* de un trastorno mental intratable.

Más aún, para garantizar que la solicitud de muerte médicamente asistida sea el resultado de una reflexión cuidadosa y exhaustiva, resulta conveniente establecer un plazo mínimo que deberá transcurrir entre la solicitud de muerte médicamente asistida y su eventual realización, para darle al solicitante tiempo para volver a considerar su decisión. En Bélgica y en Canadá se fijaron plazos mínimos de un mes y de tres meses, respectivamente. Pero, incluso en los países que no tienen este tipo de regulaciones, el proceso de evaluación del paciente para determinar si cumple todas las condiciones de admisibilidad suele ser prolongado. En el caso de España, excede los 50 días (Derecho a Morir Dignamente, 2023), y en Países Bajos tarda un promedio de 10 meses (Kammeraat *et al*, 2020, p. 111).

C. Incurabilidad.

El tercer aspecto que ha sido blanco de críticas es la falta de consenso acerca de cuándo un caso de depresión mayor es incurable. Como se explicó al principio de este trabajo, si bien la autonomía podría incluso justificar la muerte médicamente asistida a requerimiento, tanto en el derecho comparado como en los proyectos de ley que fueron presentados en el Congreso argentino dicha práctica se limita a casos de enfermedades o padecimientos irreversibles.

La exigencia de que el trastorno sea intratable tiene dos ventajas. Por una parte, obliga al paciente a probar adecuadamente todos los tratamientos convencionales y, por ende, tomar una decisión informada. Es posible que algún tratamiento que antes no había considerado tenga resultados. Por otra parte, el carácter irreversible del trastorno le da el

tinte de razonabilidad a la decisión, dado que es lógico para cualquier persona querer ponerle fin a una vida de sufrimiento permanente que no tiene expectativa de mejora. Por ende, es más probable que las habilidades de comprensión, razonamiento y apreciación del solicitante no se encuentren comprometidas. Por todos estos motivos, es menester discernir si la depresión mayor puede ser incurable y, en caso afirmativo, cómo se determina si lo es en un caso concreto.

a. ¿Cuándo se puede decir que un caso de depresión es incurable?

El término “incurable” denota la imposibilidad o alta improbabilidad de que una enfermedad se revierta. Ahora, como bien explica el Panel de Expertos, no suele ser empleado en la práctica clínica para describir los trastornos mentales debido a que “el conocimiento acerca del pronóstico a largo plazo de las afecciones es limitado, y es difícil, sino imposible, para los clínicos hacer predicciones acertadas sobre el futuro de un paciente en particular” (Gobierno de Canadá, 2022, p. 40). Por este motivo, no resulta fácil determinar que un caso es imposible de revertir mediante algún tratamiento.

No obstante, el Panel de Expertos afirma que se puede y debe establecer la incurabilidad de un trastorno mental en un caso en particular sobre la base del nivel de respuesta del paciente a tratamientos ya intentados. En este sentido, la Asociación Canadiense de Psiquiatría establece que, para ser considerado irreversible, deben haber fracasado los tratamientos estándar para el trastorno específico. Asimismo, sostiene que el solicitante debe haber intentado terapia farmacológica, psicoterapia y debe haber obtenido apoyos sociales y ambientales. De modo similar, el Colegio de Médicos de Bélgica mantiene que el paciente debe haber probado todos los tratamientos empíricamente validados que tengan una alta probabilidad de éxito. En la misma línea, las Asociaciones Psiquiátricas de Flandes y Países Bajos, así como los Comités Regionales de Supervisión de la Eutanasia de Países Bajos (RTE), declararon que la condición del solicitante solo puede ser considerada irreversible si han fracasado todas las terapias razonables (pp. 105 y 109).

Se podría concluir, entonces, que la resistencia o falta de respuesta del paciente a todos los tratamientos estándar, convencionales, o generalmente indicados para la depresión mayor es lo que define si su caso es incurable.

La psicoterapia y los antidepresivos son los primeros y principales tratamientos que se le ofrecen a una persona que padece depresión (Mayo Clinic, s.f.). Existen diversas clases de antidepresivos, cada una con un mecanismo de acción particular. Los más comúnmente recetados son los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), como la sertralina.

Existe cierto consenso de que un paciente tiene Depresión Resistente al Tratamiento cuando no responde¹⁸ al menos a dos clases de antidepresivos administrados durante al menos cuatro semanas cada una y utilizando dosis adecuadas (Sforzini *et al*, 2022). Se estima que entre el 20% y el 30% de los pacientes tienen Depresión Resistente al Tratamiento (Cleveland Clinic, s.f.).

En estos casos, el siguiente paso es recetar una combinación de antidepresivos o la administración complementaria de agentes de aumento, como el litio y las hormonas tiroideas. Posteriormente, se puede recurrir a la estimulación cerebral, como la Terapia Electroconvulsiva o la Estimulación Magnética Transcraneal Repetitiva, dos procedimientos que utilizan pequeñas corrientes eléctricas para estimular las neuronas que regulan el estado de ánimo. No obstante, se estima que solo el 50% de las personas que padecen Depresión Resistente al Tratamiento responden a la combinación de antidepresivos, los agentes de aumento y la estimulación cerebral (Gautam *et al*, 2017; Mayo Clinic, s.f.).

La comunidad de psiquiatras ha elaborado diversas evaluaciones para medir el grado de Resistencia al Tratamiento que tiene un paciente que padece depresión mayor. Analizaremos brevemente los dos instrumentos que cuentan con mayor respaldo empírico y validación (Sforzini *et al*, 2022) por parte de los expertos: *Maudsley Staging*

¹⁸ Se considera que “no responde” cuando el tratamiento le genera una reducción de menos del 25% en la gravedad del trastorno depresivo mayor en una escala de calificación estandarizada conforme Sforzini, Luca *et al*, “A Delphi-method-based consensus guideline for definition of treatment-resistant depression for clinical trials.” en *Molecular psychiatry*, vol. 27, n°3 (2022): 1286-1299.

Model y The Dutch Measure for quantification of Treatment Resistance in Depression.

Estos no solo toman en cuenta el número de medicamentos probados, si se intentó la combinación de antidepresivos o se usaron agentes de aumento, si se hicieron sesiones de terapia electroconvulsiva o psicoterapia, sino también los siguientes aspectos de la enfermedad: la duración de sus episodios, la gravedad de sus síntomas, el grado de discapacidad que produce, la comorbilidad de síntomas de ansiedad, la comorbilidad con trastorno de personalidad, estresores psicosociales. Por ende, pareciera haber consenso acerca de la relevancia de tomar en consideración todos estos factores al momento de evaluar el pronóstico del paciente.

Ahora bien, ¿qué sucede si el paciente rechaza alguno de los tratamientos convencionales mencionados? Como bien señalan el RTE, el Colegio de Médicos de Bélgica y la Asociación Psiquiátrica de Flandes, deberá considerarse que la patología del solicitante solo puede ser calificada como una “enfermedad incurable” cuando aquel probó todas las terapias generalmente indicadas.

D. Desincentivo para probar nuevos tratamientos.

Por último, los adversarios de la muerte médicamente asistida suelen argumentar que la legalización de la muerte médicamente asistida desprotegería a las personas que padecen trastornos mentales. Sostienen que la legalización de dicha práctica desincentivaría la prueba de nuevos tratamientos o hábitos diarios, dado que ofrecería una alternativa que pondría fin al sufrimiento de forma indolora y pacífica.¹⁹ De esta forma, consideran que se promovería o facilitaría la muerte de quienes podrían aliviar su aflicción por medios menos gravosos. Este argumento se basa en la creencia de que podrían acceder a ella personas con trastornos cuya incurabilidad no haya sido adecuadamente constatada.

No obstante, resulta necesario destacar que tanto las leyes extranjeras como los proyectos de ley argentinos establecen una lista de requisitos para acceder a la muerte médicamente asistida y un procedimiento para verificar que el paciente los cumpla. Los

¹⁹ Lafferiere, Jorge Nicolás, “Segundo proyecto de eutanasia y suicidio asistido presentado en el Congreso argentino” en *El Derecho*, t. 294, ED-MMXCXVII-927, p. 3.

requisitos suelen incluir: ser mayor de edad y plenamente capaz, tener un padecimiento o una enfermedad grave e incurable que causa dolor insoportable y duradero. Si es realizada correctamente, la evaluación filtraría a las personas incapaces y a aquellas que no recibieron un tratamiento adecuado y que simplemente solicitan la muerte en un momento de crisis absoluta.

Los procedimientos establecidos por las leyes varían respecto del número de médicos que evalúan al solicitante, qué grado de *expertise* deben tener en relación con su patología, si la autoridad de contralor debe expedirse sobre el cumplimiento de sus requisitos y si lo debe hacer con anterioridad o posterioridad a la realización del acto médico. Por ende, hay procedimientos más y menos seguros, es decir, que tienen mayor o menor probabilidad de permitir la muerte médicamente asistida de alguien que no reúne las condiciones establecidas. No obstante, el riesgo de abusos no justifica la prohibición de la muerte médicamente asistida para todos, dado que vulnera la autonomía de quienes sí reúnen todas las condiciones fijadas por la ley.

VI. Proyectos de ley de muerte médicamente asistida.

A. ¿Habilitan la muerte médicamente asistida para personas con depresión mayor recurrente intratable los proyectos de ley argentinos?

Todos los proyectos de ley establecen como requisito de procedencia de la muerte médicamente asistida que el solicitante padezca “una enfermedad grave e incurable” o “un padecimiento grave, crónico e imposibilitante”. Si bien usan términos amplios dentro de los cuales, a primera vista, podría encuadrar un trastorno mental como la depresión mayor, casi todos los proyectos indirectamente dejan afuera a los trastornos psíquicos.

Un “padecimiento grave, crónico e imposibilitante”, de acuerdo con las definiciones expresadas en los proyectos de ley, es una limitación que afecta la autonomía física y las actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, e incide también en la capacidad de expresión y relación. Esta categoría se ideó para incluir supuestos de limitación física producidas por accidentes y no por enfermedad, como la cuadriplejía. De hecho, de acuerdo con la Real Academia Española (RAE) está

imposibilitado “quien ha perdido el movimiento del cuerpo o de alguno de sus miembros”.

Si bien existen ciertos casos de depresión severa que afectan la autonomía física, la habilidad para realizar actividades diarias y la capacidad para expresarse y vincularse con otros, como sucede cuando el trastorno produce catatonía, el problema que surge es que es probable que la catatonía afecte la habilidad de expresión de la persona y, por ende, se la considere incapaz. Por ende, supuestos de personas deprimidas pero capaces probablemente no encuadren en la categoría de “padecimiento grave, crónico e imposibilitante”.

En cuanto a la categoría de “enfermedad grave e incurable”, consideramos que la depresión mayor puede ser categorizada como una enfermedad. Si bien la Organización Mundial de la Salud (2022), entre muchos otros organismos, emplean el término “trastorno mental” para referirse a las patologías que afectan el comportamiento, la regulación de emociones o la cognición, se entiende que “trastorno mental” y “enfermedad mental” son términos intercambiables. De hecho, la Real Academia Nacional de Medicina de España las identifica como expresiones sinónimas. Así también lo hacen la Asociación Americana de Psiquiatría y otras entidades relevantes en el rubro de la medicina, como Mayo Clinic. Por consiguiente, un caso de depresión mayor resistente a fármacos, psicoterapia, estimulación cerebral y la combinación de tales tratamientos podría ser considerada una “enfermedad grave e incurable”.

No obstante, algunos proyectos exigen que el paciente enfermo además tenga un “pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve”. Dicho de otro modo, deberá tratarse de una enfermedad terminal. De esta manera, se excluyen a los solicitantes cuya única afección subyacente sea mental. Si bien estas patologías conllevan un riesgo de muerte elevado (Chesney, Edward et al, 2014), solo afectan la psiquis y, por ende, no causan directamente la muerte.

Quedamos, entonces, con un solo proyecto que habilita la muerte médicamente asistida para personas con depresión mayor capaces. Se trata de la propuesta legislativa del

Frente de Todos presentado por los diputados María Brawer *et al*²⁰. En relación con la afección que debe padecer el solicitante, el proyecto establece lo siguiente:

Debe sufrir intensos dolores o padecimientos psíquicos, o una condición de gran dependencia o disminución de su integridad, que a juicio de la persona resulten indignos o intolerables a causa de una enfermedad grave e incurable, de una lesión, o de un padecimiento crónico grave, progresivo e imposibilitante (art. 4).

Sobre la base de todo lo mencionado hasta ahora, consideramos que una persona adulta y capaz que padece depresión mayor recurrente e intratable puede cumplir con el requisito de padecer una enfermedad grave e incurable que le genera padecimientos psíquicos que resultan indignos e insoportables, dado que vive con permanentes sentimientos de tristeza, desesperanza, vacío e inutilidad que afectan sus relaciones interpersonales, generándole sufrimiento constante sin expectativas de mejora.

Resulta importante dejar asentado que implicaría una enorme vulneración del derecho a la igualdad que se sancione una ley de muerte médicamente asistida que excluya a las personas que padecen dicho trastorno mental. Significaría menospreciar el sufrimiento emocional que produce que, aunque no sea tan tangible como el dolor, debería ser tratado con la misma relevancia. En este sentido, el *Hastings Center*, establece que las enfermedades mentales producen tanta aflicción como las somáticas y que es deber de los médicos aliviar tanto el dolor como el sufrimiento (1996).

B. Procedimiento para acceder a la muerte médicamente asistida.

Todos los proyectos de ley de muerte médicamente asistida prevén la creación de una autoridad de contralor, la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación (la Comisión), pero tienen pequeñas discrepancias en cuanto a su composición. Casi todos exigen la presencia de abogados y profesionales de la salud. Algunos disponen la participación de psiquiatras o psicólogos. Los proyectos también varían en cuanto a la organización territorial de la Comisión: si hay una sola Comisión nacional, si hay Comisiones jurisdiccionales o ambas.

²⁰ HCDN, Proyecto de Ley “Establécese el Derecho a la Muerte Voluntaria Médicamente Asistida”, Expte. 4855-D-22, publicado en Trámite Parlamentario N°139 el 14/09/2022.

En relación con los procedimientos establecidos para acceder a la muerte médicamente asistida, los proyectos de ley se pueden dividir en dos categorías. Una de ellas pone la función de evaluar si el solicitante reúne las condiciones legales para acceder a la muerte médicamente asistida directamente en cabeza de dos miembros de la Comisión. En caso de rechazo, el paciente puede solicitar la revisión por la Comisión en pleno.

En cambio, los restantes proyectos establecen que un médico, llamado “médico responsable”, deberá realizar dicha evaluación. Si aquel emite un dictamen favorable, entonces, deberá derivar la solicitud a un “médico consultor”, que emitirá su propio dictamen. Más aún, en uno solo de los proyectos se exige que el médico consultor sea un especialista en la patología del paciente. Luego de recibir el dictamen favorable del médico consultor, los proyectos establecen que el médico responsable deberá poner al presidente de la Comisión en conocimiento del caso para que este designe a dos miembros que se pronunciarán sobre su admisibilidad. En caso de desacuerdo, la Comisión decide en pleno.

Conclusión.

Son numerosos los argumentos que se ofrecen para respaldar la penalización de la eutanasia activa y la ayuda al suicidio, que constituyen las dos modalidades de la muerte médicamente asistida. En este trabajo se expusieron algunos de ellos: los mandamientos religiosos, la protección de la rectitud moral de la profesión médica, la diferencia moral entre la eutanasia activa y pasiva, el derecho a la vida y la dignidad humana. No obstante, quedó constatado que ninguno de estos argumentos es jurídicamente relevante.

En un Estado de Derecho, todo ejercicio de coacción estatal tiene que estar habilitado por la ley, dado que el Estado solamente tanto poder como aquella le reconoce. En consecuencia, para determinar si la penalización de la muerte médicamente asistida consiste en un ejercicio legítimo de coerción estatal, fue necesario identificar las facultades reconocidas al Estado por la Constitución.

El art. 19 CN le otorga al Estado el poder de limitar la autonomía personal cuando resulta afectado el orden o la moral pública o se perjudica a un tercero. Si bien estas parecieran ser tres clasificaciones distintas, la jurisprudencia de la Corte Suprema y la

doctrina mayoritaria señalan que en art. 19 CN únicamente permite restringir la autonomía de la voluntad cuando se busca prevenir un daño no consentido a un tercero.

Asimismo, se demostró que la legalización de la eutanasia pasiva y la simultánea prohibición de la eutanasia activa no tiene fundamento moral que sustente el tratamiento diferenciado de ambas conductas, por ende, la normativa actual vulnera el principio de igualdad. Debido a la arbitraria restricción de la autonomía y a la violación del principio de igualdad (art. 16 CN), la criminalización de la muerte médicamente asistida no logra resistir el examen constitucional.

En el mismo sentido, mediante el análisis de estudios de cohorte, se determinó que el trastorno depresivo mayor no necesariamente conlleva la incapacidad para consentir tratamientos. También se constató que los pensamientos suicidas se pueden diferenciar de las solicitudes meditadas de muerte médicamente asistida.

Por último, luego de examinar los proyectos de ley de muerte médicamente asistida vigentes, se concluyó que el proyecto del Frente de Todos no limita el acceso a la muerte médicamente asistida a las personas que padecen enfermedades somáticas.

Bibliografía.

- Alberdi, J. B. (2017). *Bases y Puntos de Partida para la Organización Política de la República Argentina*. Buenos Aires: Biblioteca del Congreso de la Nación.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ta ed. revisada*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (s.f.). *What is mental illness?* Recuperado el 30 de julio de 2023, de <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>.
- Appelbaum, Paul S. et al. (1982). Competency to consent to research. *Arch. Gen. Psychiatry*, 951-958.
- Basterra, M. (mayo de 2003). ¿Puede un estado pluralista, no confesional, erigirse en "guardián" de La elección sexual de Las parejas? El caso de los swingers. *Foro Jurídico*(3), 272-277. Obtenido de <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/forojuridico/article/view/18368>
- Beauchamp, Tom L. et al. (2013). *Principles of bioethics* (7ma. ed.). Nueva York: Oxford University Press.
- Berhans, Ron et al. (2004). Mental capacity: in search of alternative perspective. *Health Care Analysis*, 12(4), 265-272. doi:doi:10.1007/s10728-004-6633-z
- Botana, D. (2021). Las cláusulas religiosas en la Constitución argentina. *Tesis de Doctorado. Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires*. Buenos Aires.
- Caramelo, Gustavo et al. (2015). *Código Civil y Comercial de la Nación comentado* (1a. ed. ed., Vol. 1). Buenos Aires: Infojus.
- Céspedes, T. (2020). *Eutanasia y autonomía*. Buenos Aires: Astrea.
- Chesney, Edward et al. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*, 13, 153-160. doi:10.1002/wps.20128
- Cleveland Clinic. (s.f.). *Treatment-Resistant Depression*. Recuperado el 30 de julio de 2023, de Diseases: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/24991-treatment-resistant-depression>

- Corte Suprema de los Estados Unidos. (26 de junio de 1997). *Vacco v. Quill*. Recuperado el 30 de julio de 2023, de <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/521/793/>
- de Antueno, P. (17 de noviembre de 2020). Dilemas bioéticos al final de la vida. *El Derecho*, 289.
- Dunn, Laura B. et al. (2008). Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: a review of instruments. *Am J Psychiatry*, 163(8), 1323-1334. doi:10.1176/ajp.2006.163.8.1323
- Dworkin, R. (1966). Introduction: The Moral Reading and the Majoritarian Premise. En *Freedom's Law. The Moral Reading of the American Constitution*. Cambridge: Harvard University Press.
- Dworkin, R. (1985). Liberalism. En *A Matter of Principle*. Boston: Harvard University Press.
- EXIT. (s.f.). *FAQ*. Recuperado el 30 de julio de 2023, de <https://www.exit.ch/en/englisch/faq/>
- Farias, G. (2007). *Muerte voluntaria*. Buenos Aires: Astrea.
- Farrell, M. D. (2007). *Utilitarismo, Liberalismo y Democracia* (2da. ed. ed.). México D.F.: Biblioteca de Ética, Filosofía del Derecho y Política.
- Farrell, M. D. (s.f.). Eutanasia: moral y derecho. En *Enseñando Ética* (págs. 237-266). Buenos Aires: Universidad de Palermo.
- Frister, H. (2022). *Derecho penal. Parte general*. (M. Galli, & M. A. Sancinetti, Trans.) Buenos Aires: Hammurabi.
- Gautam, Shiv et al. (2017). Clinical Practice Guidelines for the management of Depression. *Indian Journal of Psychiatry*, 50(1), 34-50. doi:10.4103/0019-5545.196973
- Gelli, M. A. (2004). *Constitución de la Nación Argentina: Comentada y Concordada* (2da. ed. ed.). Buenos Aires: La Ley.
- Gobierno de Bélgica. (28 de mayo de 2002). *Ley relativa a la eutanasia*. Recuperado el 30 de julio de 2023, de https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2002/06/22_1.pdf#page=16
- Gobierno de Canadá. (mayo de 2022). *Final Report of the Expert Panel on MAID and Mental Illness*. Ottawa.

- Gobierno de Canadá. (s.f.). *Código Penal*. Recuperado el 30 de julio de 2023, de <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-46/>
- Gobierno de Luxemburgo. (16 de marzo de 2009). *Ley sobre la eutanasia y la asistencia al suicidio*. Recuperado el 30 de julio de 2023, de <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo>
- Gobierno de Países Bajos. (1 de abril de 2002). *Ley sobre la terminación de la vida a petición y el suicidio asistido*. Recuperado el 30 de julio de 2023, de <https://english.euthanasiecommissie.nl/due-care-criteria>
- Gobierno de Suiza. (21 de diciembre de 1937). *Código Penal*. Recuperado el 30 de julio de 2023, de https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/20230123/en/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-54-757_781_799-20230123-en-pdf-a-1.pdf
- Grisso, Thomas et al. (1995). Comparison of standards for assessing patients' capacities to make treatment decisions. *Am J Psychiatry*, 1033-1037.
- Grisso, Thomas et al. (1997). The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatric services*, 48(11), 1409-1415. doi:10.1176/ps.48.11.1415
- Grodin, Michael A. et al. (2018). The Nazi Physicians as Leaders in Eugenics and "Euthanasia": Lessons for Today. *American journal of public health*, 108(1), 53-57. doi:doi:10.2105/AJPH.2017.304120
- Hermans, Jacqueline et al. (2020). *Aide médicale à mourir pour des patients présentant des troubles*. Québec: Forum National sur L'Évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie.
- Iglesia Católica. (s.f.). *El Catecismo de la Iglesia Católica*. Recuperado el 30 de julio de 2023, de https://www.vatican.va/archive/catechism_sp/p3s2c2a5_sp.html
- Kammeraat, Monique et al. (2020). *Pacientes psiquiátricos en el Centro Holandés de Expertos en Eutanasia: Estudio retrospectivo de los antecedentes y el proceso de las solicitudes de eutanasia basadas en el sufrimiento psiquiátrico - Período 2012-2018*. La Haya.
- Kant, I. (1724-1804). *Groundwork for the metaphysics of morals*. (A. W. Wood, Trad.)
- Kant, I. (2004). *Contestación a la pregunta: ¿Qué es la Ilustración?* (R. R. Aramayo, Trad.) Madrid: Alianza Editorial.

- Kim, Scott Y. H. et al. (2016). Euthanasia and Assisted Suicide of Patients With Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011 to 2014. *JAMA psychiatry*, 73(4), 362-368. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2887
- Koukopoulos, Alexia E. et al. (2020). Evaluation of the capacity to consent to treatment among patients with bipolar disorder: Comparison between the acute psychopathological episode and the stable mood phase. *Journal of Affective Disorders Reports*, 2. doi:10.1016/j.jadr.2020.100037
- Kymlicka, W. (julio de 1989). Liberal Individualism and Liberal Neutrality. *Ethics*, 99(4), 883-905.
- Lafferriere, J. N. (s.f.). *Análisis de los proyectos de legalización de la eutanasia y el suicidio asistido en Argentina*. Obtenido de Centro de Ética, Persona y Familia: <https://centrodebioetica.org/analisis-de-los-proyectos-de-legalizacion-de-la-eutanasia-y-el-suicidio-asistido-en-argentina/>
- Lapid, María I. et al. (2003). Decisional capacity of severely depressed patients requiring electroconvulsive therapy. *The Journal of ECT*, 19(2), 67-72. doi:10.1097/00124509-200306000-00002
- Linda, Ganzini et al. (2009). Mental Health Outcomes of Family Members of Oregonians Who Request Physician Aid in Dying. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(6), 807-815.
- Lorda, P. S. (2008). La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, XXVIII(102), 325-348.
- Lorenzetti, R. L. (2014). *Código Civil y Comercial de la Nación Comentado* (1a. ed. ed.). Santa Fe: Rubiznal-Culzoni.
- Mayo Clinic. (s.f.). *Depression*. Recuperado el 30 de julio de 2023, de <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/diagnosis-treatment/drc-20356013>.
- Mayo Clinic. (s.f.). *Enfermedades mentales*. Recuperado el 30 de julio de 2023, de <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/mental-illness/symptoms-causes/syc-20374968>.
- Michalsen, Andrej et al. (2009). "Euthanasia": A confusing term, abused under the Nazi regime and misused in present end-of-life debate.". *Intensive care medicine*, 32(9), 1304-1310. doi:doi:10.1007/s00134-006-0256-9
- Mill, J. S. (2001). *On Liberty*. Kitchener: Batoche Books.

- Nino, C. (2021). *Fundamentos de derecho constitucional*. Buenos Aires: Astrea.
- Olmo, J. P. (2012). Capacidad jurídica, discapacidad y curatela: ¿Crónica de una responsabilidad internacional anunciada? *La Ley*.
- Organización Mundial de la Salud. (8 de junio de 2022). *Trastornos Mentales*. Recuperado el 30 de julio de 2023, de Notas Descriptivas: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. (31 de marzo de 2023). *Depresión*. Recuperado el 30 de julio de 2023, de Notas Descriptivas: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Owen, Gareth S. et al. (2008). Mental capacity to make decisions on treatment in people admitted to psychiatric hospitals: cross sectional study. *BMJ*, 337(7660), 40-42. doi:10.1136/bmj.39580.546597.BE
- Palacios, G. J. (2020). Valoración de la competencia de los pacientes para tomar decisiones. *Revista Clínica Española*, 220(4), 256-262. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rce.2019.04.009>
- Pan American Health Organization. (2021). *Causas principales de mortalidad y pérdidas en salud de nivel regional, subregional y nacional en la Región de las Américas, 2000-2019. Portal de datos ENLACE*. Recuperado el 30 de julio de 2023, de <https://www.paho.org/es/enlace/causas-principales-mortalidad-discapacidad>.
- Pronk, Rosalie et al. (2021). Do Doctors Differentiate Between Suicide and Physician-Assisted Death? A Qualitative Study into Views of Psychiatrists and General Practitioners. *Cult Med Psychiatry*, 45(2), 268-281. doi:10.1007/s11013-020-09686-2
- Real Academia Española. (s.f.). *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado el 30 de julio de 2023, de <https://dle.rae.es/imposibilitado>
- Real Academia Nacional de Medicina de España. (s.f.). *Diccionario de Términos Médicos*. Recuperado el 30 de julio de 2023, de https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=enfermedad
- Santa Sede. (22 de febrero de 1987). *Instrucción Donum Vitae de la Congregación para la Doctrina de la Fe sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación*. Recuperado el 30 de julio de 2023, de https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for-human-life_sp.html

- Sforzini, Luca et al. (2022). A Delphi-method-based consensus guideline for definition of treatment-resistant depression for clinical trials. *Molecular Psychiatry*, 27(3), 1286-1299. doi:10.1038/s41380-021-01381-x
- Stagnaro, Juan C. et al. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Rev. Arg. de Psiquiat.*, XXIX, 275-299.
- The Hastings Center. (1996). Special Supplement: The Goals of Medicine: Setting New Priorities. *The Hastings Center Report*, 26(6), 21-27. doi:https://doi.org/10.2307/3528765
- Thienpont, Lieve et al. (27 de julio de 2017). Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. *BMJ open*, 5(7). doi:10.1136/bmjopen-2014-007454
- Trachsel, Maniel et al. (2015). Cognitive Fluctuations as a Challenge for the Assessment of Decision-Making Capacity in Patients With Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 30(4), 360-363. doi:10.1177/1533317514539377
- Van Veen, Sisco M. P. et al. (2022). Establishing Irremediable Psychiatric Suffering in the Context of Medical Assistance in Dying in the Netherlands: A Qualitative Study. *Canadian Medical Association Journal*, 194(13), 485-491. doi:10.1503/cmaj.210929
- Van Veen, Sisco M. P. et al. (2022). Irremediable Psychiatric Suffering in the Context of Medical Assistance in Dying: A Delphi-Study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 67(10), 758-767. doi:10.1177/07067437221087052
- Velleman, J. D. (1999). A Right of Self-Termination? *Ethics*, 109(3), 606-628. doi:https://doi.org/10.1086/233924
- Vollmann, Jochen et al. (2003). Competence of Mentally Ill Patients: a Comparative Empirical Study. *Psychological Medicine*, 33(8), 1463-1471. doi:10.1017/S0033291703008389
- Weir, K. (diciembre de 2017). Assisted dying: The motivations, benefits and pitfalls of hastening death. *Monitor on Psychology*, 48(11). Obtenido de Monitor on Psychology: <https://www.apa.org/monitor/2017/12/ce-corner>

ANEXO A

Preguntas modelo para una evaluación de capacidad para consentir tratamientos.

Tomado de Palacios, 2020, p. 4.

1. Comprensión de la información médica relevante

Paciente: debe ser capaz de captar el significado fundamental de la información prestada por el médico

Médico: debe indicar al paciente que parafrasee la información que le ha dado en lo referente a su situación médica y al tratamiento

Preguntas para la valoración clínica (indicar al paciente que exprese con sus propias palabras la información que le ha revelado su médico)

¿Qué sabe acerca de la enfermedad que padece en este momento?

¿Cuáles son las opciones que existen para manejar su situación?

¿Qué sabe sobre los beneficios que el tratamiento propuesto puede producirle y la probabilidad de que sea eficaz?

¿Cuáles son los riesgos del tratamiento y la probabilidad de que produzca efectos adversos o de que se obtengan malos resultados?

¿Qué pasaría con tu enfermedad si no se hace nada?

¿Cuáles son las alternativas al mejor tratamiento propuesto, sus riesgos y beneficios?

2. Entender la situación y sus consecuencias

Paciente: debe ser capaz de valorar su condición médica así como las consecuencias de las opciones de tratamiento propuestas

Médico: deberá alentar al paciente para que describa su estado de salud, lo que piensa de los tratamientos propuestos y de los resultados de las posibles opciones de tratamiento

Preguntas para la valoración clínica

¿Qué es lo que crees que está fallando en tu salud ahora?

¿Crees que necesitas algún tipo de tratamiento?

¿Cuál sería el mejor tratamiento para usted?

¿Piensa que el tratamiento o la intervención concreta propuesta es el mejor tratamiento para ti? ¿Puedes explicar el por qué sí o por qué no?

¿Qué piensas realmente sobre lo que te sucederá si aceptas el tratamiento? ¿Y si no lo aceptas?

¿Por qué piensas que su médico le ha recomendado ese tratamiento?

3. Razonar sobre las opciones de tratamiento

Paciente: debe entrar en un proceso racional de manipulación de la información relevante

Médico: debe invitar al paciente a comparar las opciones de tratamiento y sus consecuencias, a la vez que le ofrece razones para la selección de la mejor opción

Preguntas para la valoración clínica

¿En qué se basa para decidir aceptar o rechazar la recomendación del tratamiento?

¿Qué le hace pensar que la información elegida por usted en contra de la recomendación médica es mejor que dicha recomendación?

4. Comunicar y expresar una elección de forma clara

Paciente: debe elegir de forma clara una opción de tratamiento

Médico: debe preguntar al paciente cuál es su decisión de tratamiento elegida

Preguntas para la valoración clínica

¿Ha decidido usted cuál es la opción médica mejor para usted en estos momentos?

¿Podría indicar cuál es esa decisión?

ANEXO B

Proyectos de ley de muerte médicamente asistida en estado parlamentario al 30 de julio de 2023.

| Cámara | Senado | Diputados | Diputados | Diputados | Diputados | Diputados |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha de publicación | 27/04/2022 | 05/08/2022 | 08/08/2022 | 11/08/2022 | 14/09/2022 | 17/04/2023 |
| Expediente | 0848-S-22 | 3930-D-22 | 3956-D-22 | 4092-D-22 | 4855-D-22 | 1473-D-23 |
| Título | Ley de Buena Muerte - Regulación de la Eutanasia | Derecho a la Prestación de Ayuda para Morir Dignamente. | Eutanasia y Muerte Asistida. | Derecho a la Prestación de Ayuda para Morir Dignamente. | Establécese el Derecho a la Muerte Voluntaria Médicamente Asistida. | Regulación de la Eutanasia - "Buena Muerte" |
| ¿Permite que el médico le administre la sustancia letal al solicitante? | Sí | Sí. | Sí. | Sí. | Sí | Sí. |
| ¿Permite que el médico le recete o suministre la sustancia letal al solicitante? | Sí | Sí. | Sí. | Sí. | Sí | Sí. |
| ¿Qué requisitos de capacidad establece? | Debe tener al menos 16 años y ser plenamente capaz. | Debe tener al menos 16 años y ser plenamente capaz. | Debe tener al menos 18 años y ser plenamente capaz. | Debe tener al menos 16 años y ser plenamente capaz. | Debe tener al menos 18 años y ser plenamente capaz. | Debe tener al menos 16 años y ser plenamente capaz. |
| ¿Prevé la MMA para menores de la edad | Sí, con consentimiento de sus representantes | Sí, con consentimiento de sus representantes | No. | Sí, con consentimiento de sus representantes | No. | Sí, con consentimiento de sus representantes |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| exigida? | tes legales. | es legales. | | es legales. | | tes legales. |
| ¿Prevé la MMA para personas con capacidad restringida para actos médicos? | Sí, requiere la intervención del sistema de apoyos para ser válido. | Sí, requiere la intervención del sistema de apoyos para ser válido. | Solo puede acceder a la MMA si dejó una directiva anticipada. | Sí, requiere la intervención del sistema de apoyos para ser válido. | Solo puede acceder a la MMA si dejó una directiva anticipada. | Sí, requiere la intervención del sistema de apoyos para ser válido. |
| ¿Prevé la MMA para personas incapaces? | Sí, requiere consentimiento del curador. | Sí, requiere consentimiento del curador. | Solo puede acceder a la MMA si dejó una directiva anticipada. | Sí, requiere consentimiento del curador. | Solo puede acceder a la MMA si dejó una directiva anticipada. | Sí, requiere consentimiento del curador. |
| ¿Qué afección debe padecer el solicitante? | Una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante. | Una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante. | Una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante. | Una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante. | Una enfermedad grave e incurable, una lesión, o un padecimiento crónico grave, progresivo e incapacitante. | Una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante. |
| ¿Debe causarle sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable? | Sí. | Sí. | Sí. | Sí. | Sí. | Sí. |
| ¿Debe ser incurable? | Sí. | Sí. | Sí. | Sí. | Sí. | Sí. |
| ¿Debe haber un pronóstico fatal próximo o en plazo | No. | Sí. | Sí. | Sí. | No. | No. |

| | | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|---|
| relativamente breve? | | | | | | |
| ¿Cómo debe expresarse la voluntad? | Por escrito. | Por escrito o, en su defecto, por cualquier otro medio que permita dejar constancia fehaciente. | Por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual requerirá la presencia de dos testigos. | Por escrito o, en su defecto, por cualquier otro medio que permita dejar constancia fehaciente. | Por escrito o por cualquier otro medio de manifestación de la voluntad que permita conocer la voluntad fehaciente e inequívoca de la persona. De no expresarse por escrito, deberá ser realizada en presencia de dos testigos que no presenten conflictos de interés. | Por escrito o, en su defecto, por cualquier otro medio que permita dejar constancia fehaciente. |
| ¿Prevé la posibilidad de manifestar la voluntad mediante una directiva anticipada? | Sí. | Sí. | Sí. | Sí. | Sí. | Sí. |
| ¿Cuál es la autoridad de contralor? | La Comisión Médica de Asistencia y Evaluación (la "Comisión"). Estará | La Comisión Nacional de Garantía y Evaluación. Estará integrada por 4 | Las Comisiones de Garantía y Evaluación de cada jurisdicción. Estará | La Comisión Nacional de Garantía y Evaluación. Estará integrada por 4 | La Comisión Nacional para la Muerte Voluntaria Medicamentada y Asistida. | La Comisión Médica de Asistencia y Evaluación de casa jurisdicción. Estará |

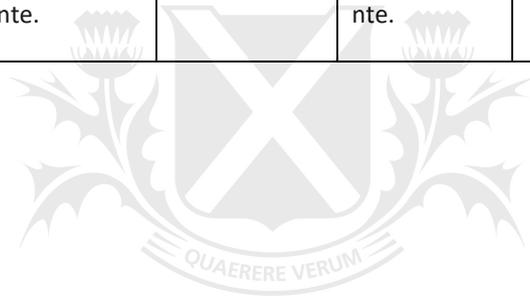
| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|--|
| | integrada por un mínimo de siete miembros entre los que se incluirá personal médico, de enfermería y juristas especializados en la materia. | médicos, de los cuales al menos uno es especialista en psiquiatría; 1 psicólogo; y 2 abogados, de los cuales al menos uno debe ejercer o haber ejercido como miembro de la Corte Suprema de Justicia de la Nación o de un Tribunal Superior de Justicia provincial o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. | integrada por 7 miembros entre los que deberá incluirse un profesional médico y un abogado con versación en Salud. | médicos, de los cuales al menos uno es especialista en psiquiatría; 1 psicólogo; y 2 abogados, de los cuales al menos uno debe ejercer o haber ejercido como miembro de la Corte Suprema de Justicia de la Nación o de un Tribunal Superior de Justicia provincial o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. | Estará integrada por 5 profesionales de la salud, debiendo garantizarse las especialidades en salud mental y cuidados paliativos; 2 profesionales de las ciencias sociales y humanas; y 2 abogados. Habrá, además, una Comisión Jurisdiccional por provincia y en la C.A.B.A. con los mismos requerimientos de composición. | integrada por un número mínimo de 7 miembros entre los que se incluirá personal médico, de enfermería y juristas especializados en la materia. |
| ¿Quién determina si concurren los requisitos? | Dos miembros de la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación, un profesional médico y un jurista, designados | El médico responsable. Debe desarrollar un proceso deliberativo durante el plazo de 15 días para atender dudas. | El médico responsable. Debe desarrollar un proceso deliberativo durante el plazo de 15 días para atender dudas. | El médico responsable. Debe desarrollar un proceso deliberativo durante el plazo de 15 días para atender dudas. | El médico tratante junto con un equipo interdisciplinario que contará con al menos un/a profesional del área psicológica y | Dos miembros de la Comisión, un profesional médico y un jurista, designados por el presidente. Si no logran |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|--|
| | <p>por su presidente. Si no logran llegar a un acuerdo, decide el presidente.</p> | <p>En dicho proceso puede participar un equipo de apoyo conformado por especialistas en psiquiatría y psicología que puede ayudar a confirmar la madurez del juicio del paciente y su inequívoca voluntad de morir.</p> | <p>En el proceso deliberativo participará un equipo de apoyo conformado por especialistas en psiquiatría y psicología que ayudará a confirmar la madurez del juicio del paciente y su inequívoca voluntad de morir.</p> | <p>En dicho proceso puede participar un equipo de apoyo conformado por especialistas en psiquiatría y psicología que puede ayudar a confirmar la madurez del juicio del paciente y su inequívoca voluntad de morir.</p> | <p>otros/as profesionales de la salud (médico/a, asistente social, terapeuta ocupacional profesional de enfermería).</p> | <p>llegar a un acuerdo, decide el presidente.</p> |
| <p>¿Establece algún requisito temporal?</p> | <p>Debe volver a formular la solicitud de MMA luego de 15 días corridos desde la solicitud original.</p> | <p>Luego de 15 días corridos desde la presentación de la solicitud, debe expresar su decisión de continuar o desistir de la solicitud de MMA.</p> | <p>Luego de 15 días corridos desde la presentación de la solicitud, debe expresar su decisión de continuar o desistir de la solicitud de MMA.</p> | <p>Luego de 15 días corridos desde la presentación de la solicitud, debe expresar su decisión de continuar o desistir de la solicitud de MMA.</p> | <p>Debe reiterar su decisión luego de la evaluación, que debe ser realizada dentro de los 20 días corridos desde la recepción de la solicitud.</p> | <p>Debe volver a formular la solicitud de MMA luego de 15 días corridos desde la solicitud original.</p> |
| <p>¿Prevé la revisión por otro profesional de la salud?</p> | <p>No.</p> | <p>Sí. En caso de que el paciente decida continuar, el médico responsable debe derivar</p> | <p>Sí. En caso de que el paciente decida continuar, el médico responsable debe derivar</p> | <p>Sí. En caso de que el paciente decida continuar, el médico responsable debe derivar</p> | <p>Sí. Una vez reiterada la decisión, el médico tratante debe elevar el pedido a un médico</p> | <p>No.</p> |

| | | | | | | |
|--|-----|---|---|---|---|-----|
| | | la solicitud a un médico consultor que debe realizar una segunda evaluación y preparar un informe indicando si concurren los requisitos legales para la procedencia de la MMA. | la solicitud a un médico consultor que debe realizar una segunda evaluación y preparar un informe indicando si concurren los requisitos legales para la procedencia de la MMA. | la solicitud a un médico consultor que debe realizar una segunda evaluación y preparar un informe indicando si concurren los requisitos legales para la procedencia de la MMA. | especialista en la patología de base del paciente (médico consultor). El médico consultor dentro de 5 días corridos debe realizar una segunda evaluación y preparar un informe indicando si concurren los requisitos legales para la procedencia de la MMA. | |
| ¿Prevé controles previos adicionales? | No. | Sí. Confirmado el cumplimiento de los requisitos por parte del médico consultor, el médico responsable lo pondrá en conocimiento del presidente de la Comisión Nacional de Garantía y Evaluación. El presidente designará a | Sí. Confirmado el cumplimiento de los requisitos por parte del médico consultor, el médico responsable lo pondrá en conocimiento del presidente de la Comisión Nacional de Garantía y Evaluación. El presidente designará a dos | Sí. Confirmado el cumplimiento de los requisitos por parte del médico consultor, el médico responsable lo pondrá en conocimiento del presidente de la Comisión Nacional de Garantía y Evaluación. El presidente designará a | No. | No. |

| | | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|---|
| | | dos miembros de la Comisión, un profesional médico y un abogado con versación en salud para que verifiquen si concurren los requisitos y condiciones de procedencia. | miembros de la Comisión, un profesional médico y un abogado con versación en salud para que verifiquen si concurren los requisitos y condiciones de procedencia. | dos miembros de la Comisión, un profesional médico y un abogado con versación en salud para que verifiquen si concurren los requisitos y condiciones de procedencia. Emitirán un informe favorable o desfavorable . | | |
| ¿La decisión puede ser revisada en sede administrativa? | Sí, puede solicitar la revisión por la Comisión en pleno. | Sí. En caso de informe desfavorable del médico responsable o del consultor sobre el cumplimiento o de las condiciones legales, el paciente podrá recurrir a la Comisión que decidirá en pleno. | Sí. Contra la denegación de la solicitud por parte del médico responsable, el solicitante podrá recurrir ante la Comisión de la jurisdicción correspondiente. En caso de informe desfavorable del médico | Sí. En caso de informe desfavorable del médico responsable o del consultor sobre el cumplimiento o de las condiciones legales, el paciente podrá recurrir a la Comisión que decidirá en pleno. | Sí. En caso de disidencia entre ambos o rechazo por ambos la solicitud debe elevarse a la Comisión Jurisdiccional correspondiente para que se expida aprobando o rechazándola . En el caso de que la | Sí, puede solicitar la revisión por la Comisión en pleno. |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|--|
| | | En los casos en que no haya acuerdo entre los dos miembros de la Comisión designados por el presidente, se elevará la verificación al pleno de la Comisión, que decidirá definitivamente. | consultor, podrá recurrir ante la Comisión correspondiente. | En los casos en que no haya acuerdo entre los dos miembros de la Comisión designados por el presidente, se elevará la verificación al pleno de la Comisión, que decidirá definitivamente. | Comisión Jurisdiccional correspondiente rechazara la solicitud, ésta deberá elevarla a la Comisión Nacional para que se expida aprobando o rechazándola . | |
|--|--|---|---|---|---|--|



Universidad de
San Andrés