

Tipo de documento: Tesina de Grado de Ciencias de la Comunicación

Título del documento: Eutanasia en Argentina: planificación anticipada para decidir, cuidados paliativos para no sufrir y eutanasia legal para un buen morir

Autores (en el caso de tesis y directores):

Florencia Celeste Fazio

Vanesa Figueroa, tutora

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2023

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR



Carrera de Ciencias de la Comunicación
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires

Tesina de licenciatura

“Eutanasia en Argentina: planificación anticipada para decidir, cuidados paliativos para no sufrir y eutanasia legal para un buen morir”

Tesista: Florencia Celeste Fazio | DNI: 32.788.083 | Florencia.fazio@gmail.com

Tutora: Vanesa Figueroa | JTP TAO Políticas y Planificación de la Comunicación | Cátedra Uranga

Febrero 2022



Agradecimientos

*A mi tía eterna por disparar mi pensamiento
y a mis abuelas por enriquecerlo.
A mi familia por acompañarme con amor en este proceso
y tener siempre listo el mate.
A Vanesa Figueroa por guiar esta tesina,
compartir su conocimiento y aportar tiempo y paciencia.
Al equipo de DMMAarg por abrirme sus corazones
y permitirme indagar en sus heridas.*

ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN	5
2. INTRODUCCIÓN	7
2.1. ¿Cómo llego a la eutanasia? El camino recorrido	7
2.2. Construyendo el problema de investigación	9
2.3. Preguntas que guían la investigación	11
2.4. Objetivos del trabajo	12
2.5. Relevancia y pertinencia de las Ciencias de la Comunicación	13
2.6. Organización de la tesina: anticipando los capítulos	13
3. ESTADO DEL ARTE	16
4. PERSPECTIVAS TEÓRICO CONCEPTUALES	22
4.1. Sobre la comunicación y la eutanasia	22
4.1.1. Comunicación y procesos comunicacionales	22
4.1.2. Eutanasia y definiciones operacionales	24
4.1.3. Derechos Humanos	25
4.2. Sobre el Estado, políticas públicas, los actores y la eutanasia	26
4.2.1. Estado y su definición	26
4.2.2. Políticas Públicas y su definición	27
4.2.3. Los actores en las políticas públicas	27
4.2.4. Políticas Públicas en desarrollo	30
4.3. Sobre la cultura y la eutanasia	31
4.3.1. Breve recorrido del concepto de eutanasia en la cultura occidental	31
4.3.2. Eutanasia como transformación cultural	34
4.3.2.1. AIE y cultura	34
4.3.2.2. Signos	35
4.4. Sobre los discursos y la eutanasia	37
4.4. Sobre los medios de comunicación y eutanasia	38
5. EUTANASIA EN CONTEXTO	39
5.1. Escenario Internacional	39
5.1.1. Antecedentes	39
5.1.2. Países con prácticas eutanásicas reglamentadas	39
5.2. Escenario Nacional	45

5.2.1. Antecedentes	46
5.2.1.1 Ley 26.529 de Nuestros Derechos como Pacientes	45
5.2.1.2. Ley 26.742 de Muerte Digna	46
5.2.1.3. Ley 26.812 sobre la historia clínica	49
5.2.1.4. Cuidados Paliativos	48
5.2.2. Eutanasia: Proyecto de ley presentados en el Congreso	50
5.2.2.1. Proyecto de ley de Derecho a la Prestación de Ayuda para Morir o Ley Alfonso: origen	50
5.2.2.2. Proyecto de ley de Derecho a la Prestación de Ayuda para Morir Dignamente o Ley Alfonso: requisitos y procedimiento	53
5.2.2.3. Diferencias entre los proyectos de ley de Derecho a la Prestación de Ayuda para Morir Dignamente o Ley Alfonso, Ley Buena Muerte e Interrupción Voluntaria de la Vida.	55
6. MARCO METODOLÓGICO	57
6.1. Primer momento: proyecto de ley de Derecho a la Prestación de Ayuda para Morir Dignamente o Ley Alfonso en relación	58
6.2. Segundo momento: involucradxs	59
6.3. Tercer momento: mapeando intenciones	60
7. ANÁLISIS	63
7.1. Primer momento: proyecto de ley de Derecho a la Prestación de Ayuda para Morir Dignamente o Alfonso en relación	63
7.1.1. Como políticas públicas	63
7.1.2. Estado de situación	63
7.1.3. Vínculo con el Estado	64
7.1.4. Desde los Derechos Humanos	68
7.1.5. A través de la cultura	71
7.1.6. La multiacentualidad y el peso de la palabra	73
7.2. Segundo momento: involucradxs	74
7.2.1. Actores	74
7.2.2. Cuadro de actores	87
7.2.3. Los actores se repiten: Ley IVE	87
7.2.3.1. Continuidades y rupturas	87
7.2.3.2. Iglesia Católica y Derechos Humanos	88
7.2.3.3. Aborto y agenda mediática	90
7.2.3.4. Aborto y medios de comunicación masiva	91

7.2.6. Eutanasia en los medios de comunicación	93
7.2.6.1. Prensa como actor	93
7.2.6.2. Retratos	95
7.2.6.3. Acontecimientos que transformaron el escenario	98
7.2.6.4. Portales digitales	102
7.3. Tercer momento: mapeando intenciones	104
7.3.1. Mapeo de actores	104
7.3.2. Mapa de relaciones de poder	106
7.3.3. Mapa de territorio	109
 8. REFLEXIONES FINALES	 116
 9. PROPUESTA DE PLAN DE COMUNICACIÓN	 119
9.1. Justificación del plan de comunicación	119
9.2. Objetivos de la planificación	122
9.3. Estrategias comunicativas	122
9.3.1. Proyecto 1: Decidir Nuestros Derechos	123
9.3.2. Proyecto 2: Hablar la Muerte	125
 10. BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DOCUMENTALES	 127
10.1. Bibliografía	127
10.2. Artículos periodísticos, páginas web y recursos audiovisuales	132
10.3. Legislación	136
 11. ANEXO	 138
11.1 Entrevistas	138
11.1.1. Elisa “Kuky” Lisnofsky	138
11.1.2. Mariano del Pópolo	147
11.1.3. Carlos “Pecas” Soriano	152
11.1.4. Viviana Bilezker	160
11.2. Desgrabaciones	162
11.2.1. Conversatorio “Hablemos de eutanasia”	162
11.2.2. IV Congreso mundial de diálogo intercultural e interreligioso	172
11.3. Cuadro de actores	181
11.4. Cuadro de relevamiento de artículos periodísticos	183
11.5. Proyectos de ley de Buena Muerte	188
11.6. Proyecto de Ley de Derecho a la Prestación de Ayuda para Morir Dignamente o Ley Alfonso	200
11.7. Proyecto de Ley Interrupción Voluntaria de la Vida	210

“Confundir la eutanasia con el homicidio es como confundir el amor con la violación, el regalo con el robo, o lo voluntario con lo forzado (...) A falta de argumentos, la jerarquía imparte insultos urbi et orbi, tildando de homicidas a cuantos discrepan de sus peregrinas opiniones”
Jesús Mosterín¹

¹ Jesús Mosterín, “La buena muerte” El País, 11 de abril de 2005. Disponible en: https://elpais.com/diario/2005/04/12/opinion/1113256807_850215.html (consultado el 17 de septiembre de 2021)

1. PRESENTACIÓN

Durante la última semana de noviembre y la primera de diciembre de 2021, el Congreso de Argentina recibió tres proyectos de ley que proponen reglamentar la práctica eutanásica. No es el primer país en presentar este tipo de iniciativas legislativas, pero sí podría ser el primero de la región en tener una ley que avale la eutanasia. Alcanzar ese objetivo, lograr una ampliación de los derechos adquiridos, implica una vuelta más al proceso de transformación cultural que dio un paso gigante con la promulgación de la Ley de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en el verano de 2021.

En los últimos dos años, a la luz del aislamiento social obligatorio implementado por el Gobierno de Alberto Fernández como estrategia para contener la pandemia de coronavirus en el país, se fue gestando en redes sociales un grupo que visibiliza la problemática y desarrolla determinadas actividades con el objetivo de difundir información a favor de la reglamentación de la práctica.

El colectivo, cuyo espacio central de militancia es el grupo de Facebook *Eutanasia: derechos y final de vida*² invita al debate y a la reflexión. En los últimos meses además difundió información a través de Twitter³ e Instagram⁴, donde se identifican con el nombre *Derecho a la Muerte Médicamente Asistida (DMMA)*.

También están quienes rechazan los proyectos de ley que proponen regular la eutanasia, y se estructuran a través de asociaciones civiles y organizaciones políticas. Esta postura es respaldada por instituciones religiosas. No obstante, en los últimos años, la religión perdió fuerza en los debates en los que se dirimen derechos individuales. Una investigación publicada en 2019 por el Conicet evidencia una disminución del Catolicismo entre los argentinos: en 2008 la adscripción era del 76,5% y en 2019 fue del 62,9%, mientras que un 18,9% de las personas encuestadas se reconocía sin religión y un 15,3% como evangélicos⁵. Este no es un detalle menor y cristaliza una transformación en las concepciones que históricamente rigieron a la sociedad argentina.

En este contexto de avance de los derechos individuales y de la potestad sobre el propio cuerpo es necesario poner en relación lo que involucra una posible ley que regule la muerte y hacer un análisis situacional que permita comprender, al menos parcialmente, cuáles son las significaciones que operan en el proceso social que acompaña a estos proyectos de ley.

² Grupo de Facebook *Eutanasia: derechos y final de vida*, disponible en <https://www.facebook.com/groups/eutanasialegal>

³ Perfil de DMMA en Twitter, disponible en <https://twitter.com/eutanasialegal>

⁴ Perfil de DMMA en Instagram, disponible en <https://www.instagram.com/eutanasialegal>

⁵ Segunda encuesta nacional sobre creencias y actitudes religiosas en Argentina, Conicet, 2019. Disponible en <https://www.conicet.gov.ar/creencias-valores-y-actitudes-en-la-sociedad-argentina/>

Aclaración: la estudiante adhiere al lenguaje inclusivo, pero a fines prácticos por cuestiones de extensión del presente trabajo, los términos en plural son redactados en género gramatical masculino.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. ¿Cómo llego a la eutanasia? El camino recorrido

Nunca pensé en la muerte como un proceso, hasta que un día me tocó transitarla de cerca. Creía que era un instante, ese segundo en el que un cuerpo deja de respirar, una dimensión que no es constitutiva de la vida, pero el tiempo me demostró lo contrario: la muerte tiene un desarrollo y a veces no respeta el ciclo vital. Coincidió con Sampedro en que *“lo que no nos enseñan es que el día que se nace se empieza uno a morir”*⁶. Pero después de comprender que la muerte es más que un pestañeo, empecé a considerar que tampoco nos enseñan a morir.

Las formas de morir son infinitas y también infinitas las interpretaciones sobre lo que pasa cuando el cuerpo no tiene más signos vitales, pero poco hay escrito sobre los dolores físicos y psíquicos que acompañan a una persona que empezó a morir.

Respaldo y celebro las transformaciones culturales que profundizan los derechos individuales respecto de la vida y del propio cuerpo, pero encuentro una deuda: en el concepto de vida no hay espacio para la muerte. Es necesario repensarlo.

En esta coyuntura, creo que no hay quien tenga mejor suerte que aquella persona cuyo ocaso venga de la mano de la vejez, con el devenir mismo de los años, sin otro padecimiento que el de articulaciones gastadas, pensamientos aletargados y confusos y órganos que comienzan a funcionar a destajo. Sin embargo, sé que está lejos de ser el mejor escenario.

Este fue el caso de mi abuela Nena que falleció en el verano de 2018, a los 93 años. Gran parte de mi vida transcurrió en su casa y nunca escuché de ella ni una queja por los achaques de la edad. Durante los últimos años de su vida, arrastraba los pies cuando caminaba, se esforzaba por mantenerse erguida, no escuchaba con claridad y cada vez que se sentaba en uno de sus sillones del living encendía el televisor para ver algo que no distinguía, sin importar en qué sillón se sentara, la distancia ya no hacía la diferencia. Sin embargo, el estado de ánimo casi no variaba: se reía cada vez que alguien la visitaba y podía pasar horas cebando mate y jugando a las cartas.

⁶ José Luis Sampedro, Entrevista audiovisual con RTVE, 14 de marzo de 2011. Disponible en www.youtube.com/watch?v=YUyYugRHKAM (consultado el 9 de febrero de 2022)

Mi abuela Nena falleció dos semanas después de que la internaran en el hospital. No podía respirar. El deterioro psíquico fue inmediato, a los pocos días su memoria empezó a fallar, a veces se comportaba como una persona de cuatro años, otras de 40, a veces de 80. Tampoco reconocía a quien tenía adelante. Siempre volvía a las historias de su juventud, las contaba hasta que se quedaba sin aire, entonces llamábamos a la enfermera y aumentaba el suministro de oxígeno. La punzaron tres veces en dos semanas, dos de ellas en los últimos siete días y esas fueron las peores porque fue cuando empezó a decir que ya no podía más, que ya estaba cansada. El último día, el médico nos llamó afuera de la habitación, nos informó que ya no quedaba nada más por hacer, solo morfina y esperar. En ese momento me pregunté por qué había sido sometida a dos punciones en una semana, por qué los médicos no habían presentado otras alternativas. ¿Se podría haber evitado la agonía de la última semana? ¿Podría haber sido diferente?.

También están esas otras muertes que arrastran un deterioro a lo largo de los años, que son un cúmulo de enfermedades, una superposición de aflicciones y medicamentos. Así fue el proceso de mi abuela Blanca, que falleció en el verano de 2022, a los 87 años. A diferencia de mi abuela Nena, los últimos seis años de su vida estuvieron marcados por dolores constantes en distintas partes de su cuerpo. Ningún médico consiguió atribuirles una causa. El dedo del pie, el vientre, el frío, su panza, su visión, los vómitos. En el último tiempo, lo único que hizo fue consumir calmantes, antidepresivos, y cuando no los encontraba, gritaba que los necesitaba y que no soportaba los dolores, que prefería estar muerta.

Las visitas de mi abuela a la clínica fueron incontables. Los últimos tres años, los profesionales prefirieron no intervenir porque su estado era inestable. Tenía un stent, había tenido cáncer de colon y transitaba una depresión. La pandemia de coronavirus contribuyó a su decaimiento general. La internaron el 4 de enero, el 17 falleció. Desde el primer día le suministraron morfina y durante esos 13 días le hicieron todo tipo de estudios y le administraron distintos antibióticos. El 17 de enero su corazón no resistió más. No fue sencillo transitar su proceso, ni para ella, ni para nosotros.

Sin embargo, la primera muerte que me afectó fue la de mi tía Claudia. Fue incluso más desgarradora que las de mis abuelas, no debía ocurrir. El proceso empezó una semana antes de la navidad de 2012. Mi tía, que en ese entonces tenía 46 años, no se sentía bien, la fiebre no cedía y decidió ir a la clínica; el médico le aconsejó tomar ibuprofeno y le dijo que regrese a su casa. Dos días después, se presentaron los mismos síntomas; volvió a la misma clínica y la respuesta del profesional no cambió. Durante el almuerzo de navidad empezó a sentirse mal de nuevo, así que por tercera vez en siete días volvió a la clínica y sufrió un shock séptico. Ese mismo día la internaron y desde ese momento los profesionales siguieron un protocolo sobre la base de posibles enfermedades. Estudios, análisis, punciones de médula, batería de medicamentos: esa fue la rutina durante los primeros tres meses de internación. Un día, un análisis reveló que los glóbulos blancos habían aumentado significativamente

y el diagnóstico fue leucemia, así que comenzó el tratamiento inmediatamente -rayos y quimio-, pero la enfermedad había tomado gran parte del cuerpo.

Las últimas semanas de mi tía transcurrieron en terapia intensiva, sedada, pero consciente del dolor. Se comunicaba a través de la escritura, porque un tubo recorría su garganta y le impedía hablar. Lo último que escribió fue: *“los médicos no saben lo que hacen”*. Claudia podía escuchar lo que decían los médicos cada vez que hacían las rondas y estaba aterrada. No tuvo ninguna charla previa, ni pudo decidir sobre su propio final de vida.

Cuando pasó, estaba despierta. Las cánulas se llenaron de sangre y no hubo forma de revertir el daño. Mi tía falleció seis meses después de esa navidad, a los 47 años, en el invierno de 2013. En ese medio año, mi familia investigó a la par que los médicos y las discusiones respecto de las decisiones que se debían tomar también incluyeron abogados.

Ese fue mi primer click. Me hizo contemplar a la muerte como un proceso y descubrir la ausencia de una cultura de la muerte. Entendí que la única puerta de salida habilitada hasta el momento se plantea a través del dolor y que el ser humano no tiene capacidad de decisión respecto de cómo transitar la última etapa de su vida. Estas experiencias me llevaron a cuestionarme sobre la deshumanización de la asistencia médica en la tercera edad y las carencias en la implementación de los cuidados paliativos.

Creo que todos debemos tener el derecho a decidir sobre nuestra propia muerte, que ninguna persona merece morir con dolor, ni lejos de sus seres queridos, mucho menos en un ambiente tan hostil como un hospital. Mi historia se fue transformando en ganas de contribuir con la causa y devino en esta tesina.

2.2. Construyendo el problema de investigación

La siguiente tesina de grado encuentra un impulso en la reciente cristalización de un debate que, aunque siempre sobrevoló la sociedad argentina, nunca consiguió establecerse como problema de salud pública hasta ahora: el Derecho a la Muerte Médicamente Asistida (DMMA). El concepto de política pública en este trabajo es central.

A marzo de 2022 existen tres proyectos de ley ingresados en el Congreso. El primero, llamado Ley de Buena Muerte, fue presentado en la Cámara de Diputados por los legisladores de la Unión Cívica Radical (UCR) Alfredo Cornejo, Jimena Latorre y Alejandro Cacace, miembros de la alianza política

Cambiamos, el 25 de noviembre de 2021. La segunda iniciativa, Interrupción Voluntaria de la Vida, de los senadores por Mendoza Julio Cobos y Pamela Verasay, también radicales y miembros del frente Cambiamos, se ingresó por la cámara alta el 29 de noviembre de 2021. El tercero, Derecho a la Prestación de Ayuda para Morir Dignamente o Ley Alfonso, fue presentado en la Cámara de Diputados por la legisladora Gabriela Estévez del Frente de Todos el 6 de diciembre de 2021. Hay un cuarto proyecto de ley de la diputada de Córdoba Brenda Austin, por la UCR, que aún no fue ingresado al Congreso.

Las tres iniciativas que esperan ser debatidas en el Congreso presentan dos grandes diferencias, una respecto de la edad y otra concerniente a los plazos de aplicación. Esta tesina se construye alrededor del proyecto de Ley Alfonso, debido a que establece una edad mínima de 18 años para solicitar la práctica eutanásica y porque los plazos que propone para las revisiones del comité médico no son dilatorias como en los otros dos textos. No obstante, a fines prácticos, la producción de información y las acciones de comunicación que de este trabajo se desprenden son útiles a los tres.

En el proceso de instalación de la cuestión, que se encuentra en su etapa más incipiente, las entrevistas a especialistas de distintos campos académicos, artículos periodísticos, estadísticas y experiencias en primera persona contribuyen a colocar el tratamiento de la eutanasia y la muerte digna como un tema de actualidad.

La posibilidad de debatir sobre la autonomía del propio cuerpo y la decisión sobre la propia muerte se produce luego de la promulgación de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en enero de 2021. La etapa previa a la sanción de la ley se caracterizó por el cuestionamiento a valoraciones enquistadas históricamente en la sociedad sobre el cuerpo de la mujer y su decisión. Esta lucha también se trasladó a otros países. Un segundo acontecimiento fue clave para la habilitación de la discusión sobre la eutanasia: la pandemia de coronavirus, que de un día a otro enfrentó al mundo con la muerte.

Con un camino allanado por la ILE en materia de derechos humanos y el resurgimiento a nivel global de los debates sobre la muerte médicamente asistida en los últimos dos años, el escenario nacional y las posibilidades que se plantean actualmente son otros.

Por un lado, al igual que ocurrió en los debates suscitados en torno a la ILE, las posturas respecto al derecho a la eutanasia se encuentran polarizadas: a favor o en contra. Los argumentos basados en cuestiones médicas, filosóficas, psicológicas y legales, están, en última instancia, moldeados por creencias que se materializan en tanto construcciones ideológicas y que responden a representaciones de sectores específicos de la sociedad. Por otro lado, otro elemento clave es el desconocimiento de la

sociedad sobre los derechos del paciente y lo que implica la eutanasia, incluso a pesar de la constante circulación de información.

2.3. Preguntas que guían la investigación

Fueron muchos los cuestionamientos que emergieron durante los procesos de muerte de mis abuelas y mi tía. Los primeros siempre surgieron desde la bronca, con el tiempo fueron atravesados por el dolor y, después, encontraron una manera constructiva de ser planteados, acompañados de recuerdos y emociones.

Al principio, lo que no terminaba de quedar claro era cómo un Estado podía censurar a una persona la acción de decidir sobre su vida y a quién le servía que la muerte no sea contemplada dentro del ciclo vital. ¿Quién decide cuándo es suficiente? ¿Se podrían haber evitado las agonías de mis abuelas? ¿Qué o quién puede querer que una persona tenga una muerte tan inhumana como la que padeció mi tía? Descubrí que mis historias eran también las de otras personas, y que había una dirección. El problema era que las respuestas no eran tan sencillas como pensar las preguntas.

Los interrogantes fueron transformándose y lograron prestar un norte a la presente investigación, de la mano de los incentivos de luchas por los derechos individuales y de un cambio de concepción. ¿Por qué la autonomía sobre el propio cuerpo y la decisión del final de vida, una instancia medicalizada y deshumanizada en los países occidentales durante siglos, comienzan a instalarse en la agenda de los medios y en la agenda política como un problema de salud pública? ¿Cuáles son las condiciones que habilitan que la eutanasia y la muerte digna sean debatidas en un momento determinado? ¿Cómo comienza a ser incorporada la eutanasia y la muerte asistida en los medios de comunicación?

Para contestar estas preguntas se decidió trabajar -tanto en el marco teórico como en el apartado de análisis- sobre los componentes que hacen a los discursos de muerte asistida y que, como todo fenómeno social, no solo están compuestos por una dimensión biológica, sino que también son atravesados por aspectos culturales, económicos, sociales y espirituales.

En tal sentido, para construir el marco teórico se recurrió a materiales académicos publicados por docentes de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA), autores incluidos en programas de distintas materias de Ciencias de la Comunicación de la misma institución y tesinas de grado de quienes egresaron de esta carrera. Para el corpus analizado se utilizaron como insumo investigaciones y artículos académicos, entrevistas primarias, noticias periodísticas y relatos

que fueron publicados en medios de comunicación y la microcomunidad formada en el grupo de Facebook *Eutanasia: derechos y final de vida*.

2.4. Objetivos del trabajo

En función de lo expuesto anteriormente, la finalidad de este trabajo es generar un aporte en clave histórica sobre los conceptos de muerte y la práctica eutanásica y una mirada conceptual respecto de los derechos adquiridos del paciente, para promover un camino al debate por la regulación de la eutanasia y la difusión de lo que establece el proyecto de Ley Alfonso.

El debate por la ILE y la pandemia de coronavirus contribuyeron a dejar parcialmente de lado los eufemismos para referirse a la muerte. Estos dos escenarios permitieron que se incorporen a la rutina conceptos que la sociedad no tenía presentes como, por ejemplo, adecuación del esfuerzo terapéutico. Eso, sin embargo, es el principio.

La presente tesina se plantea un objetivo general y cuatro objetivos específicos.

Objetivo general

Evaluar la situación de la eutanasia como un tema posible de ser abordado desde las políticas públicas para generar una propuesta de acción que permita difundirla, a través del abordaje del análisis, y avizorar el proyecto de Ley Alfonso.

Objetivos específicos

1. Analizar los proyectos legislativos que hay en torno a la eutanasia.
2. Identificar y caracterizar los actores vinculados actualmente con la temática dentro del espacio público.
3. Caracterizar los abordajes conceptuales relativos a la noción de eutanasia, qué se entiende y cómo se vincula con la cultura.
4. Generar una propuesta para instalar y difundir el tema en el espacio público.

2.5. Relevancia y pertinencia de las Ciencias de la Comunicación

Las Ciencias de la Comunicación ocupan en el presente trabajo un lugar central, desde su inicio hasta su final.

En primera instancia, para comprender el fenómeno social que inaugura la discusión sobre el proyecto de ley de la eutanasia es esencial analizar el proceso del que devino y, en ese sentido, el estudio de la dimensión discursiva es clave. Entender la forma en que determinados conceptos, como la muerte, la eutanasia o el suicidio, fueron explicados de generación en generación y cómo las instituciones han ido operando sobre ellos a lo largo de los años, son dos procesos que establecen una base sólida para identificar el punto de partida y habilitar la producción de nuevo conocimiento.

La lucha por el poder es la lucha por el sentido y, en este punto, la comunicación también pensada como *“una compleja trama de estrategias, medios y productos en la que se dirime la lucha política”* (Uranga et al., 2016:189) permite una lectura del escenario en términos de relaciones de fuerzas, lo que contribuye al análisis sobre las posiciones de cada actor, su incidencia y cómo opera cada discurso.

Asimismo, el cruce de la comunicación con la medicina y la dimensión jurídica contribuye a generar sensibilidad sobre cuestiones que suelen ser abordadas principalmente desde datos duros, protocolos y conceptos técnicos.

Por último, pero no por eso menos importante, esta disciplina aporta un abordaje indispensable al momento de sistematizar posibles líneas de acción para alcanzar los objetivos planteados en el presente trabajo. En paralelo, su particularidad de ser articulable con otras ciencias promueve un análisis integral y, por ende, una propuesta más inclusiva.

2.6. Organización de la tesina: anticipando los capítulos

El presente trabajo consta de siete capítulos más, que se suman a los ya desarrollados de Presentación e Introducción, que ensayan una especie de invitación a que el lector se introduzca en un tema que exige ser problematizado y presenta dos conceptos que deben ser cuestionados y deconstruidos: la vida y la muerte.

El tercer capítulo remite al Estado del arte. En él se da cuenta de las investigaciones previas y desde qué disciplinas fue abordado el tema de la eutanasia. Este relevamiento oficia de termómetro, define ausencias, establece algunos puntos de partida, permite tener una hoja de ruta sobre las dimensiones que se investigaron y, si no hubo articulación, poner en relación el conocimiento generado.

El cuarto capítulo, Perspectivas teórico conceptuales, establece una serie de conceptos necesarios que sientan las bases del contrato de lectura que orientará la comprensión de esta investigación. Nociones básicas como comunicación, cultura, eutanasia, muerte, suicidio asistido, políticas públicas y Estado son definidas allí.

En el quinto capítulo, Eutanasia en contexto, se expone el caso del proyecto de Ley Alfonso. Para comprender cuáles son las condiciones que habilitan en este momento histórico el debate en Argentina, primero se hace un recorrido a nivel macro por las legislaciones de países que ya promulgaron la regulación de la eutanasia y que promovieron en los últimos años la democratización del debate. Este análisis es complementado con el abordaje de los antecedentes legislativos a nivel nacional, que evidencian cómo fue la progresión en la ampliación de los derechos del paciente. Como último momento se pone en relación el proyecto de Ley Alfonso con las otras dos iniciativas legislativas para explicar la decisión que guió el presente trabajo.

El sexto capítulo presenta el marco metodológico utilizado en la tesina, que se estructura en tres grandes momentos: el primero, de análisis de contexto del proyecto de Ley Alfonso, a partir del cuál se pretende confeccionar un diagnóstico situacional; el segundo, de abordaje de los actores, proceso en el cual el análisis de discurso es imprescindible, ya que da cuenta de sectores a los que cada uno representa y las posturas que adopta; el tercero, se centra en los mapeos de territorio, de relación y de interés e influencia. Con esta herramienta es posible anticipar algunos movimientos y preparar estrategias para solucionar el problema antes de que emerja. Se argumenta la pertinencia del enfoque y las herramientas utilizadas.

El séptimo capítulo está destinado estrictamente al análisis. Se bajan a tierra todos los conceptos definidos en el marco teórico conceptual y se aplica lo detallado en el párrafo anterior. La primera parte del análisis aborda estrictamente el proyecto de Ley Alfonso desde las dimensiones comunicativas y culturales, pero también como políticas públicas, desde los derechos humanos y en relación al aparato legislativo del Estado, porque si bien las políticas públicas implican directamente al poder ejecutivo, al tratarse de un proyecto de ley, lo que remite a un período previo, se aborda directamente desde la dimensión parlamentaria. El relevamiento exhaustivo de actores, por otro lado, permite un paralelismo con el debate que se promovió en torno de la ILE, y los discursos evidencian ciertos patrones que se remiten cada vez que los derechos humanos se proponen como eje de debate. El último segmento se centra en las alianzas concretas, posibles estrategias de aproximación o

rupturas. Con estos mapeos también es posible hacer aparecer las relaciones detrás de los discursos y entender por qué y cómo circulan ciertos sentidos.

Luego de las conclusiones, que ocupan el octavo capítulo de la presente investigación y en el que se delinean reflexiones finales que, a su vez, generan nuevos disparadores para profundizar lo que implica la eutanasia, se incluye un noveno capítulo ad hoc en el que se ofrece una propuesta de plan de comunicación que se sirve de lo trabajado previamente para instalar y difundir el tema que guía esta tesina.

3. ESTADO DEL ARTE

El mayor caudal de investigaciones que aborda la cuestión de la eutanasia publicado hasta la fecha pertenece a países en los que ya hubo debates legislativos acerca de proyectos de reglamentación de las prácticas. Estos trabajos académicos son abordados, en gran medida, desde los campos de la medicina y del derecho. Hasta febrero de 2022, siete países habían reglamentado la eutanasia: Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Colombia, Canadá, Nueva Zelanda y España, y si bien el marco jurídico de cada uno de estos países deviene de las características propias de su sociedad y de su cultura, es posible retomar ciertos trabajos para ilustrar nociones universales.

Desde el campo estricto de la comunicación, en cambio, la producción de investigaciones centradas en la eutanasia es casi nula. No obstante, hay una serie de trabajos que ofrecen a la presente tesina un insumo invaluable, ya que abordan procesos sociales que mantienen estrecha relación con el objeto de estudio que aquí se plantea y trabajan sobre las variables de salud pública y políticas públicas.

Por un lado, la tesina *La trombofilia y su instalación en las agendas biomédica, social y política*⁷, de Formía (2018), sirve de guía en el análisis del presente trabajo. A lo largo de su investigación, Formía analiza la construcción mediática alrededor de la trombofilia y cómo empieza a transformarse en un problema de salud pública. Es posible advertir en su recorrido que ciertos elementos se reiteran en la historización de la eutanasia: entre ellas, cómo el tema empieza a ser leído con otra perspectiva, el lugar ocupado por las experiencias personales y la organización creada por quienes la padecieron y cómo la participación de celebridades en medios de comunicación colaboran a la visibilización del tema. Asimismo, es un aporte en la confección de estrategias para la instalación de un tema en una agenda interdisciplinar que debe mediar entre la medicina, las leyes, las creencias y la comunicación.

En este sentido, también es un recurso de este trabajo la tesis *Buena vida, buena muerte*⁸, de Balatti y Díaz (2008). Allí se realiza una sistematización de los servicios de cuidados paliativos con el objetivo de confeccionar dos publicaciones que logren reducir la ausencia de información disponible para pacientes que se encuentran en la etapa final de la vida y familiares.

⁷ Giuliana Micaela Formía. *La trombofilia y su instalación en las agendas biomédica, social y política* (2018). Disponible en <http://repositorio.sociales.uba.ar/items/show/1456> (consultado el 13 de diciembre de 2021)

⁸ María Paula Balatti y Nicolás Díaz. *Buena vida, buena muerte* (2008). Disponible en <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/1950> (consultado el 13 de diciembre de 2021)

“Lo interesante del trabajo interdisciplinario entre Salud y Comunicación está determinado por cómo mediante la injerencia del campo de la Comunicación dentro del campo más rígido de la Salud, se pasó de solamente atender la enfermedad y la curación a pensar otros procesos alternativos, educativos, donde es posible instalar y concientizar acerca del derecho a la salud y donde la promoción de aspectos como la sexualidad y la maternidad; las adicciones; la salud mental, entre otros, se han democratizado, logrando más llegada a todas las personas y no son solo temas de agenda de salud”. (Balatti y Díaz, 2008:122)

En este sentido, el trayecto delineado por los tesisistas contribuye a la difusión de información y sensibilización de la práctica de los cuidados paliativos, dos obstáculos que se encuentran dentro del sector. Lo mismo ocurre con la información relacionada al resto de los derechos del paciente, como las Directivas Anticipadas y la Ley de Muerte Digna; el desconocimiento se reitera. Es necesario retomar los conceptos y posiciones que allí se plantean para abordar la problemática de la legalización de la eutanasia en Argentina y que presenta, en un eje de sus discusiones, el enfrentamiento con los cuidados paliativos. No se considera la investigación de Balatti y Díaz un punto de llegada, sino que es el escenario previo de una eventual reglamentación de la eutanasia en el país.

Hay un tercer trabajo que también es esencial para la presente investigación ya que asiste a la comprensión del proceso que en Argentina promovió una ampliación de derechos humanos y libertades individuales. Una de las experiencias más recientes y cuyos ejes, al igual que la problemática de la eutanasia, abarcan la vida, la muerte y la decisión sobre el propio cuerpo, es el aborto. La inclusión de la investigación *La construcción de la figura de la mujer en los discursos de las organizaciones sociales a favor y en contra del aborto: el caso de Grávida y Socorristas en Red*⁹, de Arias y Moreno (2018), como insumo en el siguiente análisis radica en el proceso comunicacional que acompañó la sanción de la ILE y en la lógica argumentativa de sus actores que reaparece en los debates sobre la legalización de la eutanasia. Mismos elementos en disputa: mismos actores.

Como se mencionó al principio de este capítulo, hay otras investigaciones que son planteadas desde otras disciplinas, como la medicina y el derecho, y que también dieron forma al presente trabajo.

Una de ellas es la de Mendoza-Villa (2009), quien conceptualiza en *La eutanasia en el mundo occidental*¹⁰ los conceptos de muerte y suicidio a través de los diferentes períodos históricos para luego aplicarlos a Colombia y que da cuenta del espacio que fueron ocupando cada una de estas nociones en las civilizaciones. Ese devenir histórico es un aporte necesario para la comprensión del

⁹ Agustina Arias y Matías Álvarez Moreno. La construcción de la figura de la mujer en los discursos de las organizaciones sociales a favor y en contra del aborto: el caso de Grávida y Socorristas en Red (2018). Disponible en <http://repositorio.sociales.uba.ar/items/show/1608> (consultado el 13 de diciembre de 2021)

¹⁰ Julia Mendoza-Villa. La eutanasia en el mundo occidental. Bioética Plural III (2019).

origen de los tabúes que aún atraviesan las sociedades y la identificación de estos obstáculos en los discursos.

España es otro país con una prolífica producción de papers al respecto. Cuatro años antes de la legalización de la práctica eutanásica, Ortiz-Gonçalves (2017) publicó *Eutanasia: nivel de información en la población de la Comunidad de Madrid*¹¹, y dejó al descubierto dos datos relevantes, por un lado el 70% de los encuestados eligió que informaría a los médicos de sus últimas voluntades, pero un 45% no se lo diría a su familia, lo que estableció un salto cuantitativo y cualitativo respecto de una encuesta de 2014, que mostraba escasa realización de las directivas anticipadas y poca reflexión sobre la muerte.

“Los resultados obtenidos muestran que se está produciendo un cambio en la opinión ciudadana española, al tener en cuenta el suicidio médicamente asistido, aunque no mayoritariamente. En estos artículos se refleja que los pacientes solicitan más información sobre: su enfermedad (enfermos oncológicos, principalmente), cuidados paliativos y documentos de Directivas Anticipadas”. (Ortiz-Gonçalves, 2017:83)

Este trabajo debe ser considerado en el proceso de confección del plan de comunicación, porque establece una ruta de acción respecto de estrategias de difusión por dos motivos principales: las sociedades españolas y argentinas tienen una historia compartida y el proyecto de Ley Alfonso para su redacción se sirve de las regulaciones establecidas en la ley de la eutanasia española promulgada en 2021, además de las regulaciones colombianas.

A nivel nacional, también hay trabajos académicos que abordan la temática desde múltiples dimensiones, pero la situación se repite: el mayor caudal de investigaciones está en los campos médico y legal.

En el ámbito médico, por ejemplo, Álvarez (2020) en *El rol de Enfermería en la eutanasia y el suicidio médicamente asistido*¹², hace una lectura de una serie de documentos que recorren la función de los enfermeros en países en los que está reglamentada la eutanasia y en los que no hay normativa al respecto, y concluye en la necesidad de aumentar la formación de los profesionales de salud con respecto del manejo del dolor e invita a los enfermeros a tomar un rol activo en el debate por la legalización de la práctica en el país.

¹¹ Belén Ortiz-Gonçalves. Eutanasia: Nivel de información en la población de la Comunidad de Madrid (2017). Disponible en <https://eprints.ucm.es/id/eprint/44708> (consultado el 20 de noviembre de 2020)

¹² Mariana Yael Alvarez. El rol de Enfermería en la eutanasia y el suicidio médicamente asistido (2020), Disponible en <https://ri.unlu.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/rediunlu/862/52%20-%20ALVAREZ%2c%20MARIANA%20Yael%20-%20TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (consultado el 23 de diciembre de 2020)

“En Argentina, donde la eutanasia y el suicidio asistido no se encuentran legalizados, el rol de enfermería se vería reflejado en los textos analizados en el segundo cuadro, donde los enfermeros tienen un rol de escucha del paciente y donde deben debatirse entre cumplir con la ley o finalizar el sufrimiento del paciente, lo que pondría en riesgo la matrícula del enfermero y el honor de la profesión. Frente a esta situación, será enfermería quien deberá asumir el rol protagónico no solo para iniciar el debate que permita la legalización de la práctica, sino también de los protocolos y el accionar para garantizar un cuidado focalizado en la necesidad del paciente”. (Álvarez, 2020: 49)

También hay dos investigaciones que se centran en el nivel de conocimiento de las legislaciones relacionadas a la Muerte Digna en las dos ciudades más grandes del país, después del AMBA: Rosario y Córdoba.

Cacciaguerra (2016) en *La muerte digna en la era de la tecnociencia en la Unidad de Terapia Intensiva*¹³ desarrolló una investigación de campo en las unidades intensivas de la provincia de Córdoba sobre la información de la que dispone el profesional y al manejo terapéutico de un paciente en la etapa terminal de su vida. En ella, concluye que *“la formación sesgada en bioética en la carrera de grado de las distintas Facultades de Medicina, y de postgrado de los médicos, es una de las causas del malogro en la interpretación de la Ley de Muerte Digna”* y que *“una vez que (el médico) ingresó a su formación en la residencia médica, se destruyó todo lo relacionado con el humanismo médico y simultáneamente es absorbido por la tecnociencia médica”* (Cacciaguerra, 2016:170).

En tanto, Muzzolón (2013) hace lo propio en la ciudad de Rosario, específicamente en la zona del macrocentro, entre quienes trabajan en centros asistenciales, divididos en profesionales y auxiliares, y los pacientes. Su trabajo *Investigación de los conocimientos sobre el derecho a tener una Muerte Digna*¹⁴ arrojó que si bien el 69,2% de los profesionales de la salud y el 53,3% de los auxiliares conocen los detalles de Ley de Muerte Digna, apenas un 16,2% de los pacientes tiene conocimientos sobre ese derecho del que disponen. Sin embargo, hay un desconocimiento generalizado respecto de la existencia del Documento de Voluntades Anticipadas.

En las reflexiones finales, sostiene que *“es sin duda necesario e importante fortalecer y profundizar los conocimientos sobre el tema, y eso puede verse en las respuestas dadas por los tres grupos”* (Muzzolón, 2013:74). Otro apartado de su conclusión establece

¹³ Ricardo Cacciaguerra. La muerte digna en la era de la tecnociencia en la Unidad de Terapia Intensiva (2016). Disponible en http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/cacciaguerra_ricardo16-05-16.pdf (consultado el 20 de noviembre de 2020)

¹⁴ Gisel Muzzolón. Investigación de los conocimientos sobre el derecho a tener una Muerte Digna (2013). Disponible en <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC114098.pdf> (consultado el 20 de noviembre de 2020)

“se podría decir que no se presentan diferencias en los tres grupos respecto de su consideración de no mantener con vida a un paciente a través de todo tipo de intervenciones tecnológicas y para las definiciones de los conceptos ‘cuidados paliativos’ y ‘muerte digna’. En cambio, sí se presentan diferencias en los grupos respecto al conocimiento de la ley, la existencia de Documentos de Voluntades Anticipadas y en la distinción entre los conceptos ‘eutanasia’ y ‘muerte digna’”. (Muzzolón, 2013:74)

Para un 71,54% de los encuestados muerte digna significa *“morir rodeado de cariño y apoyo de los seres queridos, eliminando en lo posible los dolores y sufrimientos, sin manipulaciones médicas innecesarias, con el aporte de cuidados paliativos y el apoyo espiritual si lo desea”* (Muzzolón, 2013:34). Las otras dos definiciones planteadas son: *“morir recibiendo los tratamientos médicos necesarios para evitar el dolor”* y *“una acción u omisión cuya intención es causar deliberadamente la muerte con el fin de eliminar cualquier tipo de dolor o sufrimiento derivado de una enfermedad”* (Muzzolón, 2013:34). Además, mientras que el 65% no conoce la letra de la Ley de Muerte Digna, el 65% cree que no es lo mismo que eutanasia y para el 84% es necesaria una profundización en estos temas.

En tanto, en lo relativo a lo jurídico, hay gran cantidad de análisis a favor y en contra de la eutanasia. La presente investigación retoma argumentos que Ponte Silva (2018) vuelca en su trabajo *Eutanasia y Muerte digna en Argentina*¹⁵, donde deconstruye los conceptos de muerte digna y eutanasia y pone en evidencia las contradicciones entre estos términos y la Ley de Muerte Digna que está actualmente vigente en Argentina.

“Si verdaderamente lo que la ley de muerte digna persigue es una mayor autonomía en las decisiones del paciente sobre su propia vida, y esta misma ley prohíbe expresamente cualquier tipo de práctica eutanásica, creemos que debería prohibir las prácticas eutanásicas pasivas que permite, o en caso de permitir las, encontramos moral y jurídicamente más aceptable una eutanasia activa que una pasiva, teniendo en cuenta el concepto de morir dignamente, incluiría tener una muerte que no provoque ningún tipo de sufrimiento o agonía para el paciente, como es el caso de una eutanasia activa o un suicidio medicamente asistido, que el caso de dejar morir a una persona de hambre y de sed con todo el sufrimiento que ello implica”. (Ponte Silva, 2018:71)

¹⁵ Alejandro Ponte Silva. La eutanasia y la muerte digna en Argentina (2018). Disponible en <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/handle/ues21/15422> (consultado el 20 de noviembre de 2020)

Algunos documentos también generan un cruce entre ambas disciplinas, como *La eutanasia y el suicidio asistido en la Argentina y en otros países*¹⁶, de Przygoda (1999), que hace 23 años ya comparaba la situación legal en Argentina con el resto de los países y lo relacionaba con el deber ético del profesional médico.

“La legalización de las prácticas relacionadas al fin de la vida de pacientes terminales, desde un punto de vista ético, implicaría un cambio de fondo en la concepción del deber profesional del médico. En la Argentina la discusión sobre las prácticas relacionadas al fin de la vida de pacientes terminales es muy limitada. Sin embargo, existe cierta evidencia que muestra que las mismas se encontrarían difundidas por más que no exista marco jurídico que las avale. Esto implica que ante una solicitud de eutanasia la respuesta podría ser diferente según la escala de valores y propia convicción del médico que la reciba. Ante lo innegable del hecho en nuestro país resulta imperiosa la necesidad de iniciar un profundo debate”. (Przygoda, 1999:199)

Bourquin (2019), por su parte, vislumbra en *Eutanasia o distanasia como alternativas para pacientes terminales en las Unidades de Terapia Intensiva*¹⁷, a través de una encuesta hecha a médicos de terapias intensivas de la ciudad de Santa Fe, algunos indicadores en tiempos presentes no distan mucho de lo escrito por Przygoda.

“Hay gran tendencia de profesionales de acuerdo con la eutanasia activa y pasiva cuando lo solicite el paciente, existe alto porcentaje en contra de la eutanasia activa solo por decisión médica. Se mostraron a favor del retiro de medidas de soporte vital por voluntad familiar, en caso del paciente en estado vegetativo y de la redacción de Voluntades anticipadas. Acerca de la distanasia (encarnizamiento terapéutico) hay desacuerdo por unanimidad”. (Bourquin, 2019:3)

¹⁶ Pablo Przygoda. *La eutanasia y el suicidio asistido en Argentina y en otros países* (1999). Disponible en https://medicinabuenosaires.com/demo/revistas/vol59-99/2/v59_n2_195_200.pdf (consultado el 20 de noviembre de 2020)

¹⁷ Glenda Bourquin, Glenda. *Eutanasia o Distanasia como alternativas para pacientes terminales en las Unidades de Terapia Intensiva* (2019). Disponible en <https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar:8443/bitstream/handle/11185/5715/TFI.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (consultado el 20 de noviembre de 2020)

4. PERSPECTIVAS TEÓRICO CONCEPTUALES

4.1. Sobre la comunicación y la eutanasia

4.1.1. La comunicación y los procesos comunicacionales

La comunicación es, en el presente trabajo, el común denominador y aglutinador de todos los elementos aquí propuestos. Su definición se enmarca en la producción de sentido y en el proceso que se da en la interacción social. Se retoma el concepto de comunicación de Uranga como *“proceso social de producción, intercambio y negociación de formas simbólicas, fase constitutiva del ser práctico del hombre y del conocimiento que de allí se deriva”* (Uranga, 2007:3). En otras palabras, es definida por la acción.

El lugar de la comunicación es el de la propia cotidianeidad. Se comunica cuando se habla, pero también cuando hay silencio; se comunica cuando se decide, pero también cuando hay indecisión; se comunica cuando se compra un producto o se rechaza un obsequio; se comunica a través del cuerpo, de los gestos, movimientos y relaciones. La comunicación es integral: ni siquiera es posible hacer un paralelismo entre la audición y la comunicación, porque una persona es consciente de lo que escucha excepto cuando duerme, pero comunica incluso cuando duerme.

En esas prácticas sociales los sujetos generan redes y terminan por constituirse en actores en un proceso de identificación que es móvil y que varía de acuerdo con la situación en la que se encuentran. Esto trae aparejada la construcción de los marcos culturales, a través de los cuales se decodifican los mensajes.

Ubicar a la comunicación entre estos parámetros habilita a plantearla en términos de procesos comunicacionales. Uranga los concibe como

“un aspecto íntimamente relacionado con la condición esencial del ser humano que vive en comunidad, que en tanto actor social genera redes y procesos organizacionales basados en intercambios conversacionales y que, mediante esa producción compartida de formas de ver y entender el mundo, va constituyendo y construyendo la cultura que lo contiene y que, al mismo tiempo, lo forja de manera característica”. (Uranga et al., 2016:38)

Desde esta perspectiva se contemplan los escenarios educativos, religiosos, artísticos, de la economía social y solidaria, los espacios mediático -la comunicación masiva- y político -que incluye lo meramente partidario, pero también propone abarcar de forma integral la gestión de intereses y necesidades.

En este sentido, una comunicación que se plantea en términos de transformación social tiene que ser capaz de comprender el pasado y las operaciones comunicacionales que allí existieron para que la construcción del presente sea acorde los objetivos que se planteen en ella y sea posible proponer un futuro.

Agrega Uranga que esta deconstrucción histórica *“implica también desentrañar los modos de apropiación que los distintos actores tienen de esa memoria y discernir sobre los modos de circulación del poder que se manifiestan a través de los propios procesos comunicacionales”* (Uranga, 2005:5).

Estas características permiten también que el proceso comunicacional sea entendido como una manifestación de la cultura que institucionaliza prácticas. Y debido a que los medios de comunicación masiva son parte de esta maquinaria es imprescindible indagar cómo interpelan a estas memorias y cómo contribuyen a gestionar los consensos, porque de este modo el investigador puede hacer aparecer la red de relaciones que sostiene el fenómeno.

Como se mencionó anteriormente, la comunicación se puede plantear en términos de fines. En ese caso, es necesario considerar un diseño estratégico desde su dimensión política, que contemple valores, sentidos y significados, ya que los sentidos que circulan son producto de encuentros constantes. Los sentidos producidos por distintos sujetos actuantes se intervienen entre sí y no pueden ser aislados porque forman parte de la interacción social. Además, la producción de discursos es también un proceso social que establece claves de lectura colectiva.

Esta *“intervención social [...] puede comprenderse, por un lado, desde la tensión entre determinadas ideas predominantes en el pensamiento social, y por otro desde las formas en que los problemas sociales y los sujetos de intervención son construidos”* (Uranga et al., 2016:39-40). Se trata de la problematización de las prácticas sociales que identifican determinados conocimientos -como categorías de pensamiento, criterios interpretativos o modos de comprender- que son avalados por dispositivos de poder.

No obstante, es necesario generar consenso, porque *“quien tiene el poder precisa de los saberes reconocidos en determinada época histórica para legitimar y conservar su poderío”* (Uranga et al., 2016:47).

Por eso, en definitiva, la comunicación puede ser interpretada como *“la compleja trama de estrategias, medios y productos”*, pero también como *“uno de los escenarios donde se dirime la lucha política y dentro del cual todos los actores buscan desarrollar acciones que aporten a sus propósitos posicionándose como protagonistas de la lucha por el poder”* (Uranga et al., 2016:189).

4.1.2. Eutanasia y definiciones operacionales

Eutanasia, de acuerdo con la página institucional del Ministerio de Salud de Argentina, es *“la acción médica con la cual se pone fin, intencional, anticipadamente y en forma directa (muerte provocada), a la vida de un paciente próximo a la muerte y que así lo solicita, para lograr de este modo dar término a los padecimientos (dolor, sufrimiento, angustia) de su agonía”*¹⁸.

La práctica puede ejecutarse a través del suicidio asistido, actualmente considerado un delito penal en Argentina. Según la cartera de Salud es el procedimiento por el cual es

*“el propio interesado, sano o enfermo (en este último caso, sea que lo aqueje o no una enfermedad en estado terminal), quien recurre a medios letales para matarse, los cuales le son proporcionados por otra persona, siendo punible esta última por haber cooperado con actos necesarios para la consumación de esa muerte. En tanto que en el suicidio asistido por un médico (o suicidio médicamente asistido, legalmente admitido en algunos países) (SMA), es este último quien pone al alcance del paciente el mecanismo y/o la droga necesaria para provocar su muerte, que es finalmente así instrumentada por el mismo paciente”*¹⁹

La muerte, en tanto, es la *“desaparición permanente de toda evidencia de vida en cualquier momento después de acaecido el nacimiento. Desde el punto de vista clínico y fisiopatológico, la muerte es la muerte encefálica (ME) en todos los casos, aunque haya sido precedida de episodios terminales cardiopulmonares u otros”* (OPS/OMS, 2008:142). La ME se define como *“la pérdida irreversible, por causa conocida, de las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto de hemisferios cerebrales como de tronco encefálico”* (Díaz, 2009:20).

¹⁸ Ministerio de Salud. Morir con dignidad. Disponible en <https://salud.gob.ar/dels/entradas/morir-con-dignidad>

¹⁹ Ibid.

Otro concepto básico es el de muerte digna que se define en la Ley 26.742, promulgada en 2012. Este derecho habilita al paciente que padece una enfermedad irreversible, incurable o se encuentra en estado terminal a rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación y/o retiro de soporte vitales, cuando estos solo produzcan como único efecto la prolongación artificial de ese estadio terminal, irreversible e incurable. El procedimiento de muerte digna difiere del planteado por la práctica eutanásica: en el primer caso, se retiran los recursos que mantienen con vida al paciente y se espera a que en algún momento -pueden ser horas o días- deje de tener signos vitales, mientras que en la segunda situación se ejecuta una acción premeditada para terminar con la vida -y agonía- del paciente.

Por último, es necesario definir cuidados paliativos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) son el conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral, a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias. *“Se trata de medidas de prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”*²⁰, y se realizan tanto en el domicilio del paciente como en el hospital. En los países en los que se generaron debates sobre la reglamentación de la eutanasia, uno de los ejes de discusión fue cuidados paliativos vs. eutanasia, sin embargo, una legalización de la eutanasia plantea la inclusión de los cuidados paliativos y exige su buen funcionamiento.

Existen dos últimos términos que deben incluirse en este apartado. La limitación del esfuerzo terapéutico, que implica retirar la terapia o no iniciar tratamientos porque el personal médico considera que solo consiguen prolongar su vida artificialmente pero sin proporcionarle una recuperación funcional, y el encarnizamiento terapéutico que es el tratamiento desproporcionado que prolonga la agonía de enfermos desahuciados o terminales. Configura una mala praxis médica.

4.1.3. Derechos Humanos

Las definiciones vertidas en el presente apartado remiten a las obligaciones del Estado y al concepto de dignidad del ser humano. Por este motivo es necesario incluir la definición de derechos humanos, porque son inherentes a la persona humana e implican los deberes a cargo del gobierno, que es el responsable de respetarlos, garantizarlos o satisfacerlos.

²⁰ OMS sobre Cuidados Paliativos. Disponible en https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12587:palliative-care&Itemid=42139&lang=es

De acuerdo con la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, de las Naciones Unidas (ONU), los derechos humanos son los que tienen los seres humanos básicamente por existir como tales. La dignidad humana es el fundamento principal de los derechos humanos.

Por dignidad humana se entiende que un individuo siente respeto por sí mismo y se valora al mismo tiempo que es respetado y valorado. Implica la necesidad de que todos los seres humanos sean tratados en un pie de igualdad y que puedan gozar de los derechos fundamentales que de ellos derivan. Se posee *“dignidad en tanto somos moralmente libres, por ser autónomos, igualados a otros de la propia ley”* (Lamm, 2017, párr. 10).

4.2. Sobre Estado, políticas públicas, los actores y la eutanasia

4.2.1. Estado y su definición

Esta investigación parte del supuesto de que el debate por el derecho a una muerte médicamente asistida debe ser abordado como política pública.

Para entender este proceso, primero se debe establecer la definición de Estado. Según Bourdieu, es *“una X (a determinar) que reivindica con éxito el monopolio legítimo de la violencia física y simbólica en un territorio determinado y sobre el conjunto de la población correspondiente”* (Bourdieu, 1993:51). Más adelante, en su definición, agrega que está capacitado para ejercer violencia simbólica porque presenta un doble anclaje, uno objetivo y otro subjetivo, y su articulación logra naturalizar estructuras de pensamientos.

“Si el Estado está capacitado para ejercer violencia simbólica es porque se encarna a la vez en la objetividad bajo la forma de estructuras y mecanismos específicos y también en la ‘subjetividad’ o, si se quiere, en los cerebros, bajo la forma de estructuras mentales, de categorías de percepción y de pensamiento. Al realizarse en estructuras sociales y en estructuras mentales adaptadas a esas estructuras, la institución instituida hace olvidar que es la resultante de una larga serie de actos de institución y se presenta con todas las apariencias de lo natural”. (Bourdieu, 1993:51)

La primera parte de la definición de Bourdieu hace referencia a instituciones burocráticas estables, como lo son los poderes ejecutivo, legislativo y judicial, a través de los cuales ejerce su soberanía. La segunda parte puede relacionarse con los aparatos ideológicos del Estado (AIE), de Althusser, que se retomarán más adelante; acá radica la transformación social y, por ende, la posibilidad de nuevas configuraciones de poderes.

4.2.2. Políticas Públicas y su definición

Las políticas públicas suponen la acción de los poderes ejecutivo y judicial como ejecutor y garante, respectivamente, y la participación de actores de la sociedad civil como promotores y también ejecutores. Sin embargo, cuando se trata de proyectos de ley -es decir, que aún no fueron sancionados por el Congreso ni promulgados por el presidente- todo el trabajo recae sobre el poder legislativo, que es el que promueve el conocimiento de la iniciativa legislativa según el interés de los parlamentarios y lleva adelante sus debates.

De acuerdo con Oszlak y O'Donnell, las políticas públicas son *“acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad civil”* (Oszlak y O'Donnell, 1976:21). En otras palabras, son herramientas que tiene el Estado para abordar las problemáticas de la ciudadanía o de parte de ella, que ambos consideran prioritarios en un momento determinado, afectan las vidas de las personas e influyen en su interpretación de la realidad.

4.2.3. Los actores en las políticas públicas

Un actor, según Algranati, es *“un ‘otro’ con quien nos encontramos en un escenario concreto”* (Algranati, et al., 2012:4) y que puede ser tanto individual como colectivo. Lo relevante de este “otro” es su posición en el escenario, percepciones y alcances que tendrían determinados movimientos suyos. Las políticas públicas son, entonces, espacios de intervención, incidencia y construcción de poder, y la participación en la promoción, instalación, ejecución o auditoría es parte del ejercicio democrático ciudadano.

El motivo de la existencia de las políticas públicas está enraizado a la ciudadanía y/o a sus realidades, y siempre surge como consecuencia de las demandas, es decir, de cuestiones socialmente problematizadas que tienen relevancia para uno o más actores con incidencia en el espacio público.

Esto también puede ser leído en clave bourdieuana, porque cada vez que se debate, se transforma y se genera consenso, se construye poder y se refuerza el status quo de las relaciones ya existentes o se delimitan nuevas posiciones, lo que implica una nueva configuración del poder del sentido:

“La construcción del Estado va de la mano de la construcción del campo del poder entendido como el espacio de juego en el interior del cual los detentores de capital (de diferentes especies) luchan especialmente por el poder del Estado, es decir sobre el capital estatal que da poder sobre las diferentes especies de capital y sobre su reproducción (a través, principalmente, de la institución escolar)”. (Bourdieu, 1993:52)

Hay distintos caminos que puede tomar la demanda para conquistar espacios: manifestaciones en vías públicas, campañas de difusión de organizaciones civiles, investigaciones académicas, etcétera. No obstante, una característica constitutiva de las políticas públicas es que, independientemente de cómo se originan, reconocen demandas y/o necesidades de la población y transforman -en alguna instancia- a las organizaciones civiles y a la ciudadanía en actores activos y posibles auditores. Todos estos movimientos se enmarcan en la promoción de un proceso de democratización, en el que resulta fundamental el consenso de todos los actores, ya que las políticas públicas deben enfatizar el bien común. Si bien puede ocurrir que este paso no esté presente en la elaboración de todas las políticas públicas existentes, es necesariamente en esa negociación por un acuerdo donde se impulsa la generación de debates que enriquecen la confección de nuevos programas.

Las políticas públicas facilitan el acceso de las personas a bienes y servicios. Consisten, precisamente, de reglas y acciones que tienen como objetivo resolver y dar respuestas a la multiplicidad de necesidades, intereses y preferencias de grupos y personas que integran una sociedad. Esto es lo que generalmente se conoce como “agregar demandas”, de forma tal que al final las soluciones encontradas permitan que personas y grupos coexistan a pesar de sus diferencias.

Una de las demandas de una parte de la sociedad que cobró dimensión en estos últimos dos años y de la que se ocupa el presente trabajo es la promulgación de una ley que garantice la práctica eutanásica.

Sin embargo, en el escenario actual se expone un enorme desconocimiento respecto de los derechos del paciente y de las leyes relacionadas con el final de vida. Frente a esto, un grupo activistas nucleados en el grupo cerrado de Facebook *Eutanasia: derechos y final de vida* se organizó para

difundir información sobre derechos previamente adquiridos y generar una conscientización respecto del estado de situación. Sus acciones empezaron a cosechar sus frutos: entre septiembre y octubre de 2021 aceptó más de 1.000 solicitudes de ingreso. Actualmente tiene más de 2.400 integrantes, un número relevante si se considera que no hay otro grupo de esta red social que se le asemeje en cantidad.

Esta problemática interpela y cuestiona al Estado, porque su función es garantizar los derechos a los habitantes y uno de ellos es el Derecho a la Información, sin embargo hay varias leyes que son ampliamente acalladas. Nadie se salva de la muerte y el miedo a la muerte configura un estilo de vida y cultura particular. Todos estos argumentos explican por qué en la presente investigación se considera que la cuestión de la eutanasia debe ser tratada dentro del marco de las políticas públicas.

Este proceso promueve un doble anclaje, de lo político en lo social y de lo social en lo político. Para Oszlak y O'Donnell es posible:

“localizar el estudio de la dinámica de las transformaciones sociales siguiendo la trayectoria de una cuestión a partir de su surgimiento, desarrollo y eventual resolución. Las sucesivas políticas o tomas de posición de diferentes actores frente a la cuestión y la trama de interacciones que se va produciendo alrededor de la misma, definen y encuadran un proceso social, que puede constituirse en privilegiado objeto de análisis para acceder a un conocimiento más informado sobre el Estado y las sociedades latinoamericanas, y sus mutuas relaciones”. (Oszlak y O'Donnell, 1976:17-18)

A través del registro del “ciclo vital” de la cuestión, cuyo inicio está marcado por su problematización social y su final se produce cuando se alcanza una resolución al respecto, es posible graficar cómo los actores afectados positiva o negativamente por el surgimiento y desarrollo de dicha cuestión, se agrupan, crean alianzas, se separan y se reagrupan de acuerdo a los intereses y los factores del contexto; en otras palabras, es posible hacer aparecer las correlaciones de fuerzas que sostienen al fenómeno social.

4.2.4. Políticas Públicas en desarrollo

En relación a lo expuesto, y a modo de sistematización del proceso de formulación de políticas públicas que se da en el poder legislativo, se retoma el diagrama de Uranga (2016) que divide su desarrollo en cuatro grandes momentos que pueden repetirse cíclicamente:

1- Del debate, lucha de intereses y construcción de consensos: en esta etapa se contempla el origen del ciclo vital de la cuestión, es decir, el momento en que se produce su identificación, y el proceso posterior a través del cual ese el grupo o colectivo, que logró definir los límites y alcances de la cuestión, lo instala en la agenda pública. El último paso es el reconocimiento de la importancia de la cuestión por parte de los gobernantes y su inclusión en la agenda del gobierno.

2- Determinación de modos de toma de decisiones y participación: en este segundo momento se incluyen dos movimientos. El primero se enmarca en la formulación de la política, es decir, sus responsables, problemas y proyectos. El otro, la legitimación de la política a través de las leyes, normas y objetivos.

3- Gestión. Acción política y técnica: el tercer paso en la confección de políticas públicas, y sólo después de que se haya logrado su legitimación, se centra en dos aspectos fundamentales, por un lado, en el diseño operativo de la política en cuanto a objetivos, metas y medios y, por otro, en su implementación a través de acciones.

4- Auditoría y evaluación: este es el momento del balance de la implementación de la política. Se miden los efectos y se analiza si concuerdan con las consecuencias esperadas y sus impactos. En caso de que no sea así, en base a los datos recabados se elabora un nuevo proyecto con el objetivo de reparar las falencias del procedimiento anterior.

5- Del debate, de las luchas de poder e intereses y de las decisiones: el proceso de formación de políticas públicas se propone como un ciclo. Si tras la auditoría y la evaluación el resultado no es el esperado, el paso siguiente implica nuevamente la apertura de un debate sobre las modificaciones pertinentes en la gestión de políticas públicas y la consecución de un consenso para concretar decisiones.

Esta caracterización permite ubicar a la cuestión de la eutanasia en el primer escalón del ciclo vital, pero avanzado sobre elementos del segundo, lo que contribuye, además, si se consideran situaciones previas y discursos de los actores involucrados, ensayar estrategias y posibles proyecciones.

4.3. Sobre la cultura y la eutanasia

4.3.1. Breve recorrido del concepto de eutanasia en la cultura occidental

La ansiedad y el temor son aún mayores cuando no hay una explicación científica que haga comprensible un fenómeno. A diferencia de la ciencia, la institución religiosa mantuvo su poder en base a la consolidación de creencias. A partir de la Edad Media (entre siglos V y XV) el principio que rigió en la sociedad occidental se trasladó del orden natural al orden teocrático, y tanto la vida como la muerte pasaron a ser propiedad divina y el aborto y la eutanasia fueron considerados pecado. Hasta ese entonces, durante la Antigüedad Clásica (entre los siglos VIII a.C y V d.C), tanto la vida como la salud eran condiciones externas al sujeto.

Si bien no hay datos precisos, se considera que la medicina occidental nació en el 460 a.C en la isla de Cos, en Grecia, y uno de sus padres fundadores fue Hipócrates, cuya postura contraria a la eutanasia fue plasmada en el juramento médico Hipocrático, que pudo haber sido escrito entre los siglos VI a.C y IV d.C. y que es hasta el día de hoy considerado la base de las leyes que definen las buenas prácticas profesionales. Al leer el documento es posible identificar huellas que dan cuenta de un debate previo respecto de las prácticas eutanásicas. Además, en uno de sus pasajes se deja en claro que eutanasia y aborto tienen la misma valoración: *“Y NO DARÉ ninguna droga letal a nadie, aunque me la pidan, ni sugeriré un tal uso, y del mismo modo, tampoco a*



ninguna mujer daré pesario abortivo, sino que, a lo largo de mi vida, ejerceré mi arte pura y santamente”²¹.

El concepto de suicidio corrió también con la misma suerte, ya que de acuerdo al principio rector de la época, era considerado inmoral porque desnaturalizaba el orden establecido.

No obstante, la historia señala que posiblemente hayan sido los griegos los primeros en consentir el suicidio como forma de eutanasia bajo ciertas condiciones. Tal es el caso de los textos que recogen los pensamientos de Sócrates (470-399 a.C.) y Platón (427-337 a.C.), quienes consideraban que una enfermedad dolorosa era una buena razón para dejar de vivir. Por ejemplo, en *La República*, Platón condena al médico Herodito por “*fomentar las enfermedades... e inventar la forma de prolongar la muerte*”.

Contrario a lo que se cree, el cristianismo, en un principio, consideró al suicidio un gesto heroico, para escapar al deshonor o como una forma de aceptar el martirio, pero a partir del siglo IV cambió su postura con el objetivo de poner final al suicidio masivo de fanáticos que buscaban conquistar el paraíso y para restablecer el valor a la vida humana. San Agustín equiparó el concepto de suicidio al de homicidio y no admitió ningún tipo de excepción, ni en casos de gran dolor moral ni desesperación, y su pensamiento influyó en gran medida en la doctrina posterior de la Iglesia. El Código Canónico empezó a condenar el suicidio a partir del Concilio de Arles en el año 452.

En la Edad Media, bajo la órbita teocrática, tanto la vida como la muerte pasaron a ser propiedad divina, y el aborto y la eutanasia fueron considerados pecado. Para la Iglesia Católica, ambos atentaban contra el amor propio, a la sociedad y al derecho exclusivo de Dios sobre la vida del hombre. El cuerpo no escapaba a la condena; la iglesia confiscó las propiedades del suicida y humilló al cadáver. Pero este rechazo y las represalias no lograron suprimir la práctica eutanásica.

Durante la Edad Moderna (entre los siglos XV y XVIII), con la aparición del iluminismo²² -movimiento que condujo a un cuestionamiento de la fe y cuyo principal objetivo fue instalar la conciencia por la propia razón- tuvieron lugar dos situaciones que influenciaron los debates con relación a los temas de final de vida, bajo el avance de la ideología liberal y promesas de progreso: la

²¹ Juramento Hipocrático. Disponible en: <https://www.medicosradiologos.com.ar/juramento-hipocratico/> (Acceso el 13 de enero de 2022)

²² El Iluminismo fue un movimiento cultural, político, jurídico que se desarrolló en Europa durante el siglo XVIII, impulsado principalmente por la burguesía que buscaba cambiar los principios rectores del antiguo régimen y consolidar el modo de producción capitalista, a través del saber para promover un conocimiento científico basado en la razón, entendida como la única forma de liberar a los hombres de los prejuicios, contraria al dogma cristiano y a la religión se concibió como enemigo del saber. En el plano político, se impulsó la ideología liberal, que se manifestó en el reconocimiento de los derechos de los hombres y en la creación de un estado de derecho que, a partir del siglo siguiente, se organizaría a través de formas republicanas de gobierno.

dicotomía de la vida y la muerte y el discurso del derecho y los conceptos de autonomía y vida privada.

Así, la vida y la muerte pasaron de ser acontecimientos naturales para devenir en herramientas estratégicas que permitieron gobernar a los sujetos a través del control de sus cuerpos. Entonces ambas, resignificadas como categorías políticas, se constituyeron en referencia para juzgar prácticas individuales y sociales. La valoración de la muerte, que adquirió una connotación negativa e infundió miedo, se acentuó en el siglo XX con la revalidación de la promesa sanitaria de luchar contra la muerte y el desplazamiento del sitio de defunción de la casa al hospital.

En 1948, unos años después de la finalización de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) el juramento de Hipócrates fue sustituido por la Declaración de Ginebra, formulada por la Asociación Médica Mundial, sin embargo, a más de dos milenios de su redacción y respaldada posteriormente en dos ocasiones por el Código Internacional de Ética Médica, la concepción del documento griego continúa siendo la base ética médica a nivel global.

VELAR ante todo por la salud y el bienestar de mis pacientes;

RESPETAR la autonomía y la dignidad de mis pacientes;

VELAR con el máximo respeto por la vida humana;

NO PERMITIR que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mis pacientes;

GUARDAR Y RESPETAR los secretos que se me hayan confiado, incluso después del fallecimiento de mis pacientes;

EJERCER mi profesión con conciencia y dignidad, conforme a la buena práctica médica;

PROMOVER el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica;

OTORGAR a mis maestros, colegas y estudiantes el respeto y la gratitud que merecen;

COMPARTIR mis conocimientos médicos en beneficio del paciente y del avance de la salud;

CUIDAR mi propia salud, bienestar y capacidades para prestar una atención médica del más alto nivel;

NO EMPLEAR mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, ni siquiera bajo amenaza;

HAGO ESTA PROMESA solemne y libremente, empeñando mi palabra de honor.²³

²³ Declaración de Ginebra (1948). Disponible en <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-ginebra/>

La Edad Contemporánea (desde finales de XVIII, tras la Revolución Francesa, hasta la actualidad) contribuyó al impulso de la tecnificación, informatización y despersonalización que habían adquirido las actividades en la época anterior, hasta que la Segunda Guerra Mundial y el Holocausto configuraron un escenario que presentó a una sociedad desencantada por los grandes retos.

Ahora se debaten los conceptos de *dignidad* y *buenas prácticas médicas*, y se tratan de redefinir las “nobles tradiciones de la profesión médica” que se proclaman en la Declaración de Ginebra, cuyos eufemismos maquillan la violencia simbólica del juramento Hipocrático. Los debates por el proyecto de ley de la eutanasia ofrecen nuevas lógicas para la resemantización de estas palabras.

4.3.2. Eutanasia como transformación cultural

4.3.2.1. AIE y cultura

Un eventual derecho a la eutanasia representa una ampliación de derechos adquiridos y como toda transformación necesita ser acompañada de un cambio cultural. Este proceso implica, por tanto, una disputa por el poder que se desarrolla en los aparatos ideológicos del Estado (AIE), descritos por Althusser como “*cierto número de realidades que se presentan al observador bajo la forma de instituciones precisas y especializadas*” (Althusser, 1988:8), y cuya función es asegurar la continuidad de la ideología dominante. Se comprende ideología como “*una ‘representación’ de la relación imaginaria de los individuos con sus condiciones reales de existencia*” (Althusser, 1988:18), es decir que parece dada como natural, imposible de ser imaginada como cuestionable.

La tarea tanto de la ideología como de los AIE es oficiar de mecanismos que sujeten a los individuos para convertirlos en funcionales de sentido técnico y espiritual. En última instancia lo que se pretende garantizar a través de estos elementos es la reproducción de las condiciones materiales de producción, porque “*ninguna clase puede detentar durablemente el poder del Estado sin ejercer al mismo tiempo su hegemonía sobre y en los aparatos ideológicos del Estado*” (Althusser, 1988:10). ¿Qué pasaría si la humanidad perdiera el miedo a la muerte o al llegar el momento fuera como cada persona la desea?. El Estado, que debe velar por los derechos de la ciudadanía, se plantea, entonces, como una constante lucha de poderes.

Por otro lado, como la ampliación de los derechos humanos que propone el proyecto de Ley Alfonso implica un cambio cultural, es pertinente incorporar el concepto de cultura de Hall, quien la definió

como el *“modo de vida particular y distintivo, los significados, valores e ideas corporizadas en las instituciones, en las relaciones sociales, en los sistemas de creencias, en las buenas costumbres, en los usos de los objetos y en la vida material” de un grupo o clase social (Hall y Jefferson, 2014:63).* En definitiva, es por la cultura que se estructuran y modelan las relaciones sociales, pero, a su vez, es la forma en que son *“experimentadas, entendidas e interpretadas”*. Esto también puede ser interpretado a través del concepto de *habitus* que Bourdieu define como un

“sistema de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente reguladas y regulares sin ser el producto de reglas, y a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta”. (Bourdieu, 2007:86)

La apertura analítica que habilita la sobredeterminación de base y superestructura acuñada por Althusser, y los conceptos de Hall visibilizan la incapacidad de concretar una transformación social solo a través de la base material y la lucha armada, y presentan otros elementos igualmente relevantes que contribuyen al cambio.

4.3.2.1. Signos

Un elemento central en este análisis también es el lenguaje, que en las lecturas de Hall resulta imprescindible para abordar las transformaciones sociales y se constituye como el medio por excelencia a través del cual las cosas son representadas en el pensamiento. Es mediante el lenguaje que la ideología puede ser transformada. Pero esta relación social entre los individuos y sus condiciones materiales puede ser construida de diferentes maneras, porque el lenguaje no establece una relación fija con su referente, es multirreferencial.

Un autor que coincidió con este aspecto y profundizó esta noción fue Volóshinov. Según él, todo fenómeno ideológico parte de una realidad social -cuerpo material-, pero también es significación, es decir, aparece como un signo. En palabras de Volóshinov, *“donde no hay signo no hay ideología”* (Volóshinov, 1992:32). A su vez, se comprende el signo mediante otro signo, estableciendo de este modo una cadena ideológica que se concibe como tal en la interacción social. A diferencia del marxismo ortodoxo, para Volóshinov el lenguaje no debía ser pensado de forma casual, es decir,

determinado como reflejo por la existencia real, sino condicionado por el horizonte de una época y de un grupo social. En otras palabras, con ello es posible explicar por qué se puede pensar en un debate público en torno de la vida y la muerte en el siglo XXI. Las valoraciones alrededor de los conceptos de eutanasia, muerte médicamente asistida, suicidio asistido, vida, muerte, dolor, variaron de acuerdo con los momentos históricos, descubrimientos y relaciones de poder.

En este circuito, la palabra resulta el fenómeno ideológico central, pero se presenta como un signo neutral. Son las clases sociales las que imprimen diferentes valoraciones sobre dicho signo o luchan por lograrlo. El campo ideológico es un espacio en el que se intersectan diferentes intereses socialmente orientados, es decir, en cada signo se cruzarán distintos acentos de orientaciones; por este motivo para Volóshinov “*el signo es la arena de la lucha de clases*” (Volóshinov, 1992:24). Este carácter multiacentuado del signo es el que lo mantiene vivo y por el que es capaz de evolucionar, mientras que el bloque dominante busca darle un carácter eterno para evitar la transformación y mantener la dominancia. Generalmente, el carácter dialéctico del signo se revela en momentos de crisis y revoluciones, y es dónde con mayor frecuencia se produce la lucha de clases.

Para comprender la relevancia de la palabra, es necesario retomar nuevamente a Hall, Althusser y Marx. A diferencia de Marx, Althusser sostuvo que lo económico determinaba *en última instancia* a la superestructura. Sin embargo, Hall discrepó con esta idea. Para él, lo económico siempre determinó *en primera instancia* a la superestructura. En otras palabras, consideraba que la dimensión económica no podía producir una clausura ideológica (Hall, 1998:91), sino que debía ser entendida como la disposición de los parámetros en la definición del espacio de operaciones. Estos marcos teóricos son los que pueden generar procesos de decodificación de fenómenos sociales diferentes al hegemónico; esto es justamente lo que habilita a un cambio social y se convierte en insumo imprescindible para la última parte de este trabajo.

Por lo expresado previamente, el debate en torno a la eutanasia puede ser estudiado como un fenómeno social y, como tal, no debe ser analizado como un acontecimiento aislado, sino que es necesario comprender las causas de su surgimiento, las condiciones que habilitaron su reconocimiento y en qué coyuntura se inserta.

4.4. Sobre los discursos y la eutanasia

De acuerdo con Verón, cualquier fenómeno social puede ser analizado como discurso social; este es el punto neurálgico de su Teoría de los Discursos Sociales, en la que *“se trata de concebir los fenómenos de sentido como apareciendo, por un lado, siempre bajo la forma de conglomerados de materias significantes; y como remitiendo, por otro, al funcionamiento de la red semiótica conceptualizada como sistema productivo”* (Verón, 1993:124). La dimensión significante es una de las tantas dimensiones constitutivas de un fenómeno social.

Para llevar adelante un análisis de discurso, la teoría de Verón prevé una doble hipótesis: por un lado, *“toda producción de sentido es necesariamente social”* y, por otro, *“todo fenómeno social es, en una de sus dimensiones constitutivas, un proceso de producción de sentido”* (Verón, 1993:125). Este doble anclaje del discurso en lo social y de lo social en el discurso es relevante si se considera que la producción de sentido se da en el nivel de la discursividad, y que allí se manifiestan las determinaciones y se devela la dimensión significante.

En el incipiente debate que se gesta en Argentina por el derecho a decidir cuándo, cómo y dónde morir, se destacan principalmente dos posturas. Para dar cuenta de la construcción de estos discursos, que son entendidos como configuraciones espacio-temporales de sentido, se remite a sus condiciones de producción, es decir, discursos previamente reconocidos que, a su vez, fueron condiciones de reconocimiento de cristalizaciones previas. *“La gramática de producción define un campo de efectos de sentido posible, pero la gramática de reconocimiento sólo puede resolverse en relación con la historia de los textos”* (Verón, 1993:130). Esta red interdiscursiva infinita da forma a la semiosis social, que se define como la dimensión significante de los fenómenos sociales y, por tanto, se *“desenvuelve en el espacio-tiempo de las materias significantes, de la sociedad y de la historia”* (Verón, 1993:130).

En concordancia, también se hace referencia al concepto de discursos sociales propuesto por Angenot, quien los define como *“los sistemas genéricos, los repertorios tópicos, las reglas de encadenamiento de enunciados que, en una sociedad dada, organizan lo decible -lo narrable y opinable- y aseguran la división del trabajo discursivo”* (Angenot, 2010:21).

4.4. Sobre los medios de comunicación y la eutanasia

Los medios de comunicación son una gran herramienta para analizar cuáles son los discursos que circulan y, más específicamente, qué conceptos son puestos en juego en cada uno, porque si bien no le dicen al sujeto qué debe pensar, sí establecen los campos sobre los que se debe hablar.

Esta construcción de la realidad social puede ser, entonces, analizada a través de tres variantes descritas por Martini: la noticia, el discurso periodístico y lo *“que cruza la noticia con las expectativas y el valor de los receptores, con los imaginarios sociales y la opinión pública, y que son atravesados por el concepto de contrato de lectura”* (Martini, 2000:27).

Hay ciertos criterios que hacen a un acontecimiento un hecho noticiable:

“novedad; originalidad, imprevisibilidad e ineditismo; evolución futura de los acontecimientos; grado de importancia y de gravedad; proximidad geográfica y cultural; magnitud por la cantidad de personas y lugares implicados; jerarquía de los personajes implicados e inclusión de desplazamientos”. (Martini, 2000:84-99)

De este modo, un acontecimiento termina transformándose en noticia, en un discurso, porque construye una realidad.

5. EUTANASIA EN CONTEXTO

5.1. Escenario internacional

5.1.1. Antecedentes

Los derechos de los pacientes -Consentimiento Informado, Directivas Anticipadas, cuidados paliativos, Ley de Muerte Digna y reglamentación de la eutanasia en algunos países- encuentran sus bases en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, que integra los tratados internacionales y establece las obligaciones que los Estados deben cumplir y los deberes que deben proteger. Estos se fundamentan en los valores de dignidad, libertad, autonomía e igualdad.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), la mayor organización internacional existente, creada en octubre de 1945, después de la Segunda Guerra Mundial, para garantizar la paz global, sentó las bases para que distintos países pudieran debatir proyectos de la ley de la eutanasia.

Dos hitos que marcaron el comienzo de este proceso fueron las publicaciones de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 y de los Derechos Económicos Sociales y Culturales (DESC) en 1966. Estos dos documentos de la ONU establecieron los derechos fundamentales del ser humano. En Argentina, estos tratados internacionales tienen jerarquía constitucional desde la reforma de la Constitución Nacional de 1994.

Por otro lado, la Bioética, disciplina dedicada a orientar y reflexionar sobre situaciones dilemáticas o de tal complejidad que requiera de la unión interdisciplinar para sugerir posibles guías de acción, comenzó a imponer progresivamente desde 1970 el estatuto filosófico de los Derechos Humanos en el universo de la medicina, lo que contribuyó a que se democratice la relación médico - paciente.

La propagación de esta disciplina tuvo su primera cristalización en 2005, cuando la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco, por sus siglas en inglés) publicó la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (Dubdh)²⁴.

²⁴ Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (Dubdh). Disponible en http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

Hasta ese año, la salud era tratada, preferencialmente, en el contexto global de la Bioética, como una mercancía, es decir que solo podían acceder a este servicio quienes contasen con los recursos económicos necesarios, pero la Dubdh cambió el eje de esta concepción e instaló la idea de que el acceso a la salud debía ser interpretado como un derecho humano universal. Entre los puntos más relevantes de la convención se destacan que la atención médica debe ser de calidad y que también se debe proporcionar el acceso sin distinción a los medicamentos esenciales bajo los principios de igualdad, justicia y equidad, además de remarcar el respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal, el consentimiento y la privacidad, entre otros. Todos los principios de la Dubdh deben ser entendidos como complementarios e interrelacionados.

En paralelo, empezaban a gestarse otros cambios impulsados por las declaraciones de los Derechos Humanos y DESC, que a su vez acompañaban -y aún lo hacen- las transformaciones dentro de las sociedades.

Un ejemplo de estos cambios se cristaliza en la Declaración de Lisboa sobre los Derechos de los Pacientes²⁵, de la organización no gubernamental Asociación Médica Mundial, que se adoptó por primera vez en 1981. Luego, fue enmendada en 1995, en la 47a. Asamblea General de Bali, revisada en 2005 en la 171a. Sesión de su Consejo en Santiago de Chile y reafirmada en 2015 en la 200a. Sesión del Consejo de la Asociación Médica Mundial en Oslo. En ella se reconocieron los derechos a la atención médica de buena calidad a todos los individuos sin distinción, a la libertad de elección, a la autodeterminación a la información, al secreto, a la educación sobre la salud, a la dignidad y a la asistencia religiosa, y se establecieron los pasos a seguir en los casos en que el paciente estuviera inconsciente, inhabilitado para expresar su voluntad, o legalmente incapacitado, o que los procedimientos fuesen contrarios a su voluntad.

5.1.2 Países con prácticas eutanásicas reglamentadas

Fueron largos recorridos los que desarrollaron simultáneamente los países que lograron sancionar una nueva ampliación de derechos con la reglamentación de la eutanasia. Sin entrar en detalle de lo que significan las transformaciones culturales de cada uno de estos territorios -y que implicaría un análisis pertinente para otro trabajo de investigación- sí puede mencionarse que a febrero de 2022 son siete los países que garantizan esta práctica. Debajo son presentados cronológicamente.

²⁵ Declaración de Lisboa sobre los Derechos de los Pacientes, Oslo, octubre de 2015, de la Asociación Médica Mundial. Disponible en <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-lisboa-de-la-amm-sobre-los-derechos-del-paciente/>

- Países Bajos fue el primero en legalizar la eutanasia en abril de 2002 para mayores de 12 años. El caso paradigmático es el de un médico que en 1973 fue condenado por haber facilitado la muerte a su madre tras reiteradas solicitudes explícitas y, aunque se mantuvo la condena, el fallo del tribunal estableció excepciones en el mantenimiento de la vida de un paciente contra su voluntad. En octubre de 2020, se amplió la ley a niños que padecieran una enfermedad terminal entre uno y 12 años, y en bebés menores de un año. Al igual que con mayores de 12 años, se necesita consentimiento de los padres y al menos dos doctores deben estar de acuerdo en realizar el procedimiento.

Según las últimas estadísticas, en torno al 4% de las muertes son asistidas por personal sanitario en casos de enfermedades incurables y graves. En concreto, en 2018 hubo 6.126 eutanasias, la mayoría en procesos de cáncer irreversibles y en mayores de 60 años. Los números se mantuvieron los años siguientes. *“En 2020, se aplicó 6.938 veces. En 2019 las eutanasias realizadas fueron 6.361: 162 en casos de personas que padecían demencia y 4.100 de enfermos de cáncer, según Sandra Genet, vocera de las cinco Comisiones Regionales que revisan los casos de eutanasia (RTE, por sus siglas neerlandesas)”*. (Ferrer, 2021, párr. 2).

- Bélgica sancionó la ley de eutanasia y suicidio asistido en mayo de 2002. En 2014, 12 años después, amplió la ley y se convirtió en el segundo después de Países Bajos en despenalizar esa práctica médica en menores. A diferencia de Países Bajos, en Bélgica no hay límites de edad, solo fija la noción de *“capacidad de discernimiento”* del menor. Dos años después, en 2016, Bélgica realizó por primera vez un procedimiento eutanásico a un menor de edad.

Anualmente unas 2.000 personas recurren a la eutanasia en Bélgica. La mayoría de los casos ocurre entre los 80 y los 89 años. *“Los datos del Ministerio de Salud belga aseguran que desde 2002 a 2019 se practicó la eutanasia a 22.081 personas en Bélgica. Fueron 24 en 2002, 393 en 2005, 953 en 2010, 2.022 en 2015, 2.656 en 2019”*. (Martin, 2021, párr. 12).

- Luxemburgo fue el tercer país en autorizar la práctica en marzo de 2009. Debe solicitarlo un paciente adulto, consciente y capaz en el momento de pedirlo. Sin presiones externas y por escrito. Una comisión de control y evaluación es garante de la buena aplicación de esta norma.

De acuerdo con el Informe de la Comisión Nacional de Control y Evaluación de Luxemburgo²⁶, de 2009 hasta 2020 inclusive, se practicaron 112 eutanasias.

²⁶ Informe de la Comisión Nacional de Control y Evaluación de Luxemburgo. Disponible en <https://sante.public.lu/fr/actualites/2021/03/euthanasie/euthanasie-rapport-2019-2020.pdf>

- Colombia reglamentó el derecho a la eutanasia en abril de 2015, tras una sentencia de la Corte Constitucional. En 1997 ya se había declarado inconstitucional el delito de “*homicidio por piedad*” y eximió a los médicos de responsabilidad penal si se trataba de un enfermo terminal bajo intenso dolor o sufrimiento que había solicitado morir en pleno uso de sus facultades. Esta reglamentación concretada 18 años después ofrece a la persona tres mecanismos: el de la adecuación del esfuerzo terapéutico, que es -en términos generales- la opción de negarse, interrumpir, suspender, modificar, tratamientos y que producto de esa decisión la muerte llegue más rápido; el acceso a los cuidados paliativos; y la eutanasia para personas con enfermedad terminal y pacientes con enfermedades progresivas e incurables. Además, ordena que las entidades promotoras de salud cuenten con un grupo interdisciplinario de expertos preparados para atender la solicitud de un paciente que desea ejercer el derecho a morir dignamente. También se tienen en cuenta los documentos de voluntades anticipadas. El procedimiento no es penado si es practicado por un médico, mientras que cualquier otra persona que asista a alguien en su muerte es procesado por ley.

Desde su reglamentación en 2015 hasta enero de 2022, “*157 personas con enfermedades terminales optaron por ella*” (Oquendo, 2022, párr. 4). Hasta octubre de 2019, 40 personas pudieron acceder al procedimiento, mientras que un poco menos de 40 esperaban encontrar un médico dispuesto a llevarlo a cabo.

- Canadá autorizó en 2016 la “*asistencia médica para morir*” junto al suicidio asistido, que establecen estrictos requisitos que van desde solicitar el procedimiento 10 días antes de su práctica, la presencia de dos testigos independientes, hasta la aprobación de dos médicos, quienes deben confirmar que el paciente no tiene cura y que está en una fase avanzada de sufrimiento.

En 2020, un 2,5% de las muertes fueron con asistencia médica. Fueron 7.595 casos. Las cifras fueron al alza desde 2019. cuando hubo 5.631 procedimientos eutanásicos, es decir un 2% de las muertes totales, de acuerdo con el Segundo Reporte Anual de Asistencia Médica para Morir²⁷, de 2020, publicado por el Gobierno de Canadá.

- Nueva Zelanda fue el primer país en someter el debate de la eutanasia a referendo durante las elecciones generales a finales de 2020. La votación concluyó que un 74% apoyaba la medida. La ley entró en vigor en noviembre de 2021, y establece que quienes soliciten la eutanasia deberán tener más de 18 años y su pedido deberá ser aprobado por dos médicos.

²⁷ Segundo reporte Anual de Asistencia Médica para Morir del Gobierno de Canadá. Disponible en <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying/annual-report-2020.html>

- España legalizó las prácticas eutanásicas y de muerte asistida en marzo de 2021. Según la ley, para solicitarla, el afectado debe “sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante” que le cause un “sufrimiento intolerable”²⁸. La persona, de nacionalidad española o residente legal debe ser “capaz y consciente” de hacer la petición, debe formularse por escrito “sin presión externa” y repetir 15 días más tarde. El médico siempre podrá rechazarla si considera que no se cumplen con los requisitos, y debe ser aprobada por otro médico y una Comisión de Evaluación. Además, agrega el apartado de “objeción de conciencia”, por lo que cualquier profesional de la salud puede negarse a participar en el procedimiento, cuyo costo estará a cargo de la salud pública.

Como se observa, la legalización de prácticas eutanásicas hasta el momento se produjo en culturas occidentales, y el derecho a decidir sobre el final de la propia vida no implica -a valer por las estadísticas aquí vertidas- un incremento sustancial en el número de prácticas eutanásicas que se solicitan año tras año. La cantidad de peticiones cursadas debe ser analizado en conjunto con las tasas de enfermedades incurables y de condiciones de vida.

En Portugal, en noviembre de 2021 el Parlamento sancionó una ley que regulaba la eutanasia, pero el presidente Marcelo Rebelo de Sousa la vetó. En Italia, en tanto, el 15 de febrero de 2022 la Corte Constitucional declaró “inadmisible” que se haga un plebiscito para decidir la despenalización de la eutanasia.

Hay otros países en los que algunos de sus estados, provincias o ciudades lo permiten. Es el caso de Australia que autoriza el derecho con un previo paso por un comité independiente de expertos solo en el estado de Victoria, Tasmania y Australia Occidental, mientras que en Suiza desde los la década de 1940 se ha permitido el suicidio asistido de carácter altruista, pero no la eutanasia, es decir que asociaciones sin fines de lucro administran libremente medicamentos para poner fin a la vida, pero en 2011 se quiso prohibir el suicidio de extranjeros, una medida que además limitó los requisitos a enfermos terminales.

Si bien desde 2002 esta práctica solo fue reglamentada en siete países, cuatro de ellos se concretaron en los últimos seis años, período en el que la lucha por un derecho que garantice la muerte médicamente asistida cobró un fuerte impulso, y además se enmarcó en un contexto de activismo por los derechos humanos.

²⁸ Publicación del Boletín Oficial de España sobre la Regulación de la eutanasia. Disponible en https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-4628

En el continente americano, además de la reglamentación en Colombia y en Canadá, cinco estados de Estados Unidos -California, Oregón, Washington, Vermont, Nueva Jersey, Nuevo México y Hawai- permiten la práctica en casos de enfermedad terminal, y en México, aunque varios proyectos de ley para autorizar la eutanasia fueron rechazados en el Congreso, la Ciudad de México y los estados de Aguascalientes y Michoacán permiten que pacientes en estado terminal rechacen tratamientos paliativos.

En la región sudamericana, en tanto, parece haber estado madurando en los últimos años un proceso en bloque que comienza a emerger de la superficie.

- En Perú, en febrero de 2021 la Corte Constitucional falló a favor de la solicitud de una mujer con poliomielitis, que reclamaba muerte digna luego de que en 2015 la enfermedad alcanzara sus músculos respiratorios y debieran practicarle una traqueotomía y una gastrostomía (sondas en la tráquea y en el estómago para respirar y comer), procedimientos que anularon su autonomía. Quedó bajo el cuidado de enfermeras las 24 horas al día. Un mes antes, se había presentado en primer proyecto de ley para legalizar la eutanasia, pero en abril tras elecciones generales que derivaron en cambios en la conformación del gobierno y el Parlamento, el proyecto de ley perdió vigencia parlamentaria. Sin embargo, de acuerdo a una encuesta realizada en marzo de 2020 por la consultora Datum para el diario Perú21, el 48% de los peruanos está de acuerdo con la muerte digna, mientras que el 46% está en desacuerdo y el 6% no sabe.

- En Chile, donde desde 2012 los pacientes en estados terminales pueden rechazar la continuidad de los tratamientos, en abril de 2021 la Cámara de Diputados aprobó el proyecto de ley *Muerte digna y cuidados paliativos* que era debatido desde 2014. Este propone que bajo determinadas condiciones una persona pueda solicitar asistencia médica para morir. Ahora espera su debate en el Senado.

- En Uruguay está vigente la ley de *Voluntad anticipada o del Buen Morir*, que establece la libertad de un paciente para rechazar un tratamiento, incluidos los cuidados paliativos. En la historia del país, se presentaron tres proyectos de ley de la eutanasia. El último fue en marzo de 2020, pero la pandemia de coronavirus aplazó su tratamiento en el Parlamento. A octubre de 2021 se debate en comisiones. No obstante, en junio pasado el Colegio Médico rechazó la propuesta y, junto con la Sociedad de Psiquiatría, pidió que se discutiera una nueva ley una vez superada la emergencia sanitaria. Según el presidente del Colegio Médico, Blauco Rodríguez, la iniciativa entra en contradicción con el Código de ética médico que fija la “obligación del médico de continuar con la asistencia del paciente” en los casos de enfermedad terminal, y con la ley 18.335 que prohíbe “en todos los casos anticipar la muerte por cualquier medio”. También esgrimió que “algunos juristas podrían interpretar hasta que llegara a ser inconstitucional”, por ir en contra del derecho a la protección del goce a la vida, ya que

se define a la eutanasia activa “*como la acción u omisión que acelera o causa la muerte de un paciente*” y que “*es contraria a la ética de la profesión*”. En contraste, según una encuesta de mayo de 2020 del Sindicato Médico del Uruguay, el 82% de los habitantes está a favor de la eutanasia y el 62% del suicidio asistido, mientras que apenas el 22% aseguró conocer la existencia de la ley de *Voluntad Anticipada*.

A esta lista se suma la Argentina.

5.2. Escenario nacional

5.2.1. Antecedentes

Las leyes que amparan los derechos de los pacientes son a la fecha escasas y su cumplimiento no es garantizado por el Estado.

5.2.1.1. Ley 26.529 de Nuestros Derechos como Pacientes

La primera ley en promulgarse fue la 26.529 en 2009, conocida como la ley de Nuestros Derechos como Pacientes²⁹, que reforzó la protección del paciente frente al “paternalismo médico”. En ella se establecen los derechos del paciente, en cuanto a la información sanitaria y la documentación clínica. La norma garantiza la confidencialidad, la asistencia al paciente, un trato digno y respetuoso con respeto a sus convicciones personales y morales.

Sobre la autonomía de la voluntad establece en el artículo 2, inciso E:

“El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad”. (Ley 26.529, 2020)

²⁹ Ley 26.529 de Nuestros Derechos como Pacientes
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

También se establecen las Directivas Anticipadas, en el artículo 11:

“Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes”. (Ley 26.529, 2020)

A esta ley le siguieron dos modificaciones:

5.2.1.2. Ley 26.742 de Muerte Digna

La primera, promulgada en 2012 y reglamentada ese mismo año por el Decreto N° 1089. Se trata de la ley 26.742 o Ley de Muerte Digna³⁰, que reconoce el derecho de toda persona a rechazar tratamiento médico cuando este solo pueda prolongar la vida en un estado de enfermedad irreversible o incurable y el derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

Agrega en el artículo 5 sobre consentimiento informado la ley original los puntos:

g) *“El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable”. (Ley 26.742, 2012)*

h) *“El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento”. (Ley 26.742, 2012)*

³⁰ Ley 26.742 de Muerte Digna. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm>

Agrega en el artículo 6 de la ley original, que responde a la obligatoriedad del consentimiento informado, la cláusula en caso de incapacidad del paciente:

“En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido. Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario”. (Ley 26.742, 2012)

Las personas contempladas para dar el consentimiento son el cónyuge no divorciado o la persona que sin ser su cónyuge convivía con el paciente en relación de tipo conyugal no menos antigua de tres años, en forma continua e ininterrumpida; hijos, hermanos o nietos mayores de 18 años; padres, abuelos, cualquier pariente consanguíneo hasta el cuarto grado inclusive o pariente por afinidad hasta el segundo grado inclusive; o representante legal, tutor o curador. La relación con el causante y el testimonio de su última voluntad, serán acreditados mediante declaración jurada.

Agrega en el artículo 10 de la ley original, que se corresponde con la revocabilidad de la decisión de un paciente en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, la cláusula sobre personas habilitadas para hacerlo en caso de incapacidad del paciente.

En el artículo 11 de la ley original se establece que cualquier persona mayor de edad puede dejar por sentado directivas anticipadas sobre determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Además, *“las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanasicas, las que se tendrán como inexistentes” (Ley 26.742, 2012)*. La modificación agrega que es necesario que la declaración de voluntad se formalice por escrito ante escribano público o juzgado de primera instancia y frente a dos testigos, y permite que el autor revoque el documento en cualquier momento. También agrega otra cláusula, el artículo 11 bis: *“Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del cumplimiento de la misma” (Ley 26.742, 2012)*.

Dos semanas después de la promulgación de la ley 26.742, falleció Camila Sánchez, la bebe de tres años que había nacido en estado vegetativo y cuyos padres impulsaron la modificación.

5.2.1.3. Ley 26.812 sobre la historia clínica

La segunda modificación a la ley 26.529 fue del artículo 15 y quedó establecida en la Ley 26.812³¹ de 2013. En ella se detallan los datos que deben estar asentados en la historia clínica, entre los que se destacan la fecha de inicio, datos identificatorios del paciente, sus familiares y profesionales intervinientes, un registro preciso de los diagnósticos, suministro de medicamentos y prescripción, procedimientos, antecedentes del paciente, registros odontológicos para identificar al paciente en caso de historias clínicas odontológicas, y todos los asientos deben corresponderse con nomenclaturas adoptadas por la Organización Mundial de la Salud.

5.2.1.4. Cuidados Paliativos

Si bien no hay una legislación específica respecto de los cuidados paliativos, en 2016 entró en vigencia la estrategia médica Programa Nacional de Cuidados Paliativos, que habilita a que una persona diagnosticada con una enfermedad crónica, progresiva y sin posibilidades de curación acceda a cuidados paliativos, y se propone como una atención de manera integral, es decir con foco en el dolor físico pero también en el sufrimiento emocional. Sin embargo, de acuerdo al informe publicado en marzo de 2021 por los especialistas en el área de Salud Tania Pastrana, Liliana De Lima, Miguel Sánchez-Cárdenas, Danny Van Steijn, Eduardo Garralda, Juan José Pons y Carlos Centeno, titulado Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica, para la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), solo un 14% de quienes necesitan cuidados paliativos acceden a este servicio. El estudio arrojó que requieren este tipo de asistencia 327.040 argentinos, de los cuales el 36% fue diagnosticado con cáncer y el resto con HIV, enfermedades pulmonares o cerebrovasculares o demencia.

En octubre de 2020, a fin de difundir estos derechos para lograr su demanda y cumplimiento, el Estado argentino publicó el libro *Manual sobre los Derechos de los/as Pacientes para el Equipo de Salud*, que se inscribe en:

“El cambio de época que nos toca vivenciar como sociedad y que impacta en todos los aspectos de la vida, incluso, en el modo de pensar el rol del Estado y la implementación de políticas públicas. En lo que refiere a la Salud, se torna imposible gestionar en la materia sin

³¹ Ley 26.812 sobre la historia clínica. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/205000-209999/207587/norma.htm>

integrar las perspectivas de derechos humanos, de géneros y diversidades, de discapacidades y de la ecología, entre otras, que nos plantean nuevos desafíos y nos obligan a ampliar los sentidos de nuestra praxis”. (Legisalud, 2020:7)

Integrado por 18 capítulos, el manual reúne información sobre los derechos de los pacientes, derechos del personal médico y Derechos Humanos y Bioética.

A diferencia de lo que pasó en otras partes del mundo durante el debate del proyecto de ley de la eutanasia, como por ejemplo en España, donde los partidos de derecha y ultraderecha -Partido Popular, Unión del Pueblo Navarro y Vox- manifestaron que de aprobarse una ley de cuidados paliativos no haría falta la de eutanasia y atendieron a argumentos como que la ley implantaba “*la cultura del descarte y de la muerte*”, o que “*la eutanasia no se solicita desde la autonomía, sino desde la dependencia y la fragilidad*”, y que cuando las personas son tratadas, “*el deseo de morir desaparece*” (De Benito, 2021, párr. 6), marcando la incompatibilidad entre cuidados paliativos y eutanasia y pidiendo que “*no se engañe a la sociedad*”, en Argentina, gran parte de quienes exigen un debate por la ley de cuidados paliativos no se oponen a los proyectos de ley de la eutanasia.

Entre los capítulos del manual que son relevantes para este trabajo, el tercero, correspondiente a Derechos y Actos Personalísimos, del Código Civil y Comercial de Argentina, contempla la “*inviolabilidad de la persona humana*” en el artículo 51, entendiendo que “*la persona humana es inviolable y en cualquier circunstancia tiene derecho al reconocimiento y respeto de su dignidad*” (Código Civil y Comercial de Argentina, 2014). También se jerarquizan los Institutos de la Salud, la Investigación en Seres Humanos, el Consentimiento Informado y Directivas Médicas Anticipadas, en sus artículos 58, 59 y 60, respectivamente.

5.2.2. Eutanasia: proyectos de ley presentados en el Parlamento

A febrero de 2022 tres proyectos de ley están ingresados al Congreso y esperan su turno para ser debatidos. El primero, Ley de Buena Muerte. Regulación de la eutanasia, redactado por los legisladores mendocinos de la Unión Cívica Radical (UCR), Alfredo Cornejo, Jimena Latorre y Alejandro Cacace, se presentó el 25 de noviembre de 2021 en la Cámara de Diputados. El segundo, Interrupción Voluntaria de la Vida, de los legisladores por la UCR por Mendoza, Julio Cobos y Pamela Verasay, el 30 de noviembre en Senadores. La tercera iniciativa, Ley de Derecho a la Prestación de Ayuda para Morir Dignamente, también conocida como Ley Alfonso, fue presentada por la legisladora por Córdoba Gabriela Estévez el 7 de diciembre de 2021.

5.2.2.1. Proyecto de ley de Derecho a la Prestación de Ayuda para Morir Dignamente o Ley Alfonso: origen

La iniciativa fue redactada por la diputada cordobesa Gabriela Estévez, del Frente para la Victoria, con coautoría del médico emergentólogo Carlos “Pecas” Soriano, especialista en Bioética y quien había impulsado la ley de “muerte digna” en Córdoba en 2020. El proyecto de ley Alfonso se basó en las legislaciones ya vigentes en España y Colombia.

El surgimiento de la iniciativa se remonta a la historia de vida de Alfonso Oliva, un joven cordobés que tenía 31 años cuando en 2014 fue diagnosticado con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA). El avance del deterioro físico fue fulminante. Al año siguiente, ya no caminaba. Sus actividades comenzaron a limitarse, no podía movilizarse en auto, ni jugar al fútbol, que era uno de sus hobbies. Durante los tres años que siguieron, Alfonso no pudo mover más las manos. En ese lapso de tiempo, su vida le había dejado de pertenecer; no podía siquiera mantener su trabajo en la inmobiliaria familiar. Los brazos se le entumecieron, fue incapaz de mover el torso y no pudo tragar más. Pasó a estar conectado a una sonda que le enviaba alimento directamente al estómago, a dormir sentado para tratar de evitar esos ahogos en los que parecía que lo estaban ahorcando. Seis años después, solo pudo mover los ojos. Había perdido su autonomía de manera absoluta.

Un día llamó a toda su familia a su habitación y le imploró que consiguiera un médico que lo ayude a terminar con su vida de manera clandestina, porque Alfonso ya no tenía manos para dispararse, ni pies para saltar de un balcón, ni garganta para tragar veneno. En el instante en que entendió que no se trataba solo de él, sino también de muchas otras personas y sus familias, empezó a pensar cómo dar espacio a esa lucha. Primero se contactó a través de un amigo suyo investigador del Conicet con una abogada que había hecho sus tesis doctoral sobre la eutanasia y, a través de ella, pudo reunirse con algunos legisladores provinciales y nacionales. Así también llegó a Soriano. El primer encuentro entre ambos fue presencial, pero necesitaron la computadora para comunicarse. Alfonso miraba una tecla y pestañeaba. Así construía cada palabra que quería expresar. Durante sus casi seis años de vida, luego de ser diagnosticado con ELA, tuvo varias internaciones por crisis respiratorias; se negaba a usar un respirador permanente porque, según explicó su hermana melliza Milagros en marzo de 2021 al portal digital Infobae, no quería nada que le alargara la vida. Así transitó sus últimos años. Falleció a los 37 años, en marzo de 2019.

Para Soriano, quien ostenta una extensa trayectoria en las terapias intensivas de los hospitales de Córdoba y creía haber visto todo, fue imposible evitar sensibilizarse por la situación y el pedido de

Alfonso, y junto con la diputada Estévez comenzaron a delinear el proyecto legislativo. Para Soriano, en términos de derechos humanos, tiene más libertad un perro que una persona:

“No tener ley es ir contra lo más sagrado que tiene una persona: el poder de decisión sobre su propia vida, más cuando esa decisión no afecta a terceros. Hay una pregunta estúpida que yo siempre hago: ¿qué hace uno cuando tiene un perro enfermo que está sufriendo? Lo sacrifica, ¿verdad? Bueno, eso quiere decir que hoy le damos más derechos a un perro que a una persona”. (Sousa Dias, 2021, párr. 20)

En paralelo al desarrollo de la historia de Alfonso Oliva, Elisa “Kuky” Lisnofsky³² vivía una de las situaciones más duras de su vida en Uruguay, donde su hija Claudia luchaba contra un agresivo diagnóstico de cáncer de ovarios. Fueron cinco años. Ella falleció en junio de 2019. En palabras de la entrevistada:

“Fue una historia muy larga, muy desgastante en todo sentido y muy dolorosa, mezclada con todas las demás cosas de la vida que hacían que ella quisiera seguir viviendo”. (E. Lisnofsky, comunicación personal, 29 de agosto de 2021)

Lisnofsky recurrió primero a todas las opciones que la ciencia occidental brindaba, luego a lo alternativo y, por último, a lo experimental, a través del Olaparib, un medicamento que se cree podría detener el avance de las células cancerígenas. Sobre los últimos días de su hija, la psicóloga social relató:

“Esto ya fue sobre el final, ella no podía tolerar nada, vomitaba todo, así que lo pudimos comprar (al Olaparib) pero no lo pudo usar. El fin de vida de ella fue muy terrible, y fue muy injusto por todo lo que pasó. Ya no quedaba nada más que su lucidez [...] y un cuerpo torturado que pasó por cuatro operaciones, ano contranatura y todo lo que sucede en estos casos cuando la cosa se alarga”. (E. Lisnofsky, comunicación personal, 29 de agosto de 2021)

El pedido de Claudia fue la sedación paliativa, que es legal en Uruguay y consiste en la aplicación de fármacos que buscan la disminución profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un enfermo cuya muerte se prevé muy próxima, es decir cuando se encuentra en la fase de agonía. Con esta sedación se pretende evitar el sufrimiento del paciente en los últimos momentos de su vida, y

³² Elisa Lisnofsky es psicóloga social, con especialización en psicogerontología. Creadora del grupo de Facebook *Eutanasia: derechos y final de vida*, de más de 4.400 miembros. La entrevista se realizó de manera virtual, por la plataforma Zoom, el domingo 29 de agosto de 2021.

conseguir una muerte confortable, sea en el hospital o el domicilio. Según Lisnofsky, una vez que se produce este procedimiento, el tiempo estimado es de dos a cinco días.

“Su pedido no fue respetado, ni siquiera con el apoyo de toda la familia, y siempre había algo más para hacer. Ahora sé que eso es encarnizamiento u obstinación terapéutica, pero en ese momento no lo sabía”. (E. Lisnofsky, comunicación personal, 29 de agosto de 2021)

Esta experiencia marcó el inicio de la lucha de Lisnofsky, creadora del grupo de Facebook *Eutanasia: derechos y final de vida*, que impulsa la promoción de los derechos adquiridos y proyecta generar consenso con respecto de la iniciativa de Ley Alfonso. Soriano se integró como un miembro más del grupo y mantiene una participación activa.

La iniciativa legislativa fue ingresada a principios de diciembre de 2021 a la Cámara de Diputados. En paralelo, fueron presentados en el Congreso otros dos proyectos más. Esto da cuenta de que la cuestión ya está identificada y sus alcances y límites marcados, pero aún está en un momento incipiente respecto de su instalación en la agenda pública y de la generación de concientización de la sociedad.

Los tres proyectos habilitan a que las personas que atraviesan una situación irreversible, incurable o insostenible de sufrimiento psíquico o físico, como fue en el caso de Alfonso, puedan pedir una muerte médicamente asistida. Particularmente, el proyecto de Ley Alfonso establece que quienes solicitan el procedimiento deben ser previamente evaluados por dos médicos independientes y sin relación y, luego, por un comité de expertos, para asegurarse de que no estén atravesando una depresión.

A su vez, las iniciativas contemplan la objeción de conciencia pero, al igual que la ley de interrupción voluntaria del embarazo, establece que si un médico se declara objetor debe garantizar el derecho, es decir, conseguir que otro sí lo haga.

Además, implican el conocimiento de los derechos de los pacientes que fueron previamente adquiridos: los cuidados paliativos, que están destinados a aliviar el sufrimiento corporal y espiritual de personas con enfermedades crónicas avanzadas; la adecuación del esfuerzo terapéutico, que contempla la modificación o limitación del esfuerzo médico en pacientes de terapia intensiva de acuerdo con el cuadro clínico; y las directivas anticipadas, que constituyen un documento voluntario con instrucciones redactadas por una persona en el pleno uso de sus facultades mentales, para que sean aplicadas cuando no pueda expresar su voluntad.

Según unas estadísticas locales difundidas en diciembre de 2019 por la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (AAMyCP) y publicada por el portal Infobae el 6 de diciembre de 2019, solo el 10% de los pacientes oncológicos que requieren cuidados paliativos accede a ellos, pero que el porcentaje es del 5% si se toma en cuenta a pacientes no oncológicos que requieren dichos tratamientos. Estos sondeos dan cuenta de una grave carencia en la aplicación del Programa Nacional de Cuidados Paliativos y de la ausencia de elección para quienes buscan silenciar el dolor. En este sentido, los proyectos de ley se presentan como complementarios.

5.2.2.2. Proyecto de ley de Derecho a la Prestación de Ayuda para Morir

Dignamente o Alfonso: requisitos y procedimiento

En el artículo 5, el proyecto de Ley Alfonso establece tres requisitos para concretar una práctica eutanásica: la única persona que puede prestar ayuda a un paciente para morir dignamente es el médico responsable; para solicitar la prestación, el paciente debe ser mayor de 18 años y tener nacionalidad argentina o residencia permanente en Argentina mayor a un año, pero en caso de que el paciente se encuentre inconsciente, solo se podrá cursar la prestación si fue precisado previamente en Directivas Anticipadas; y el solicitante debe sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante.

Se retoman debajo una serie de acciones establecidas en el artículo 6 del proyecto de Ley Alfonso que el médico responsable debe cumplir: el primero es informar fehaciente y detalladamente al paciente sobre su diagnóstico, pronóstico y las diferentes opciones terapéuticas y de medicina paliativa existentes; potenciales beneficios, riesgos y consecuencias en relación con los efectos sobre la expectativa y calidad de vida. Luego debe dialogar reiteradamente con el paciente, acerca de la solicitud de prestación de ayuda para morir dignamente, sus modalidades, así como de las diferentes opciones terapéuticas existentes. Dichas sesiones deben realizarse dentro de un periodo no inferior a 48 horas ni superior a 15 días. Paralelamente, el médico responsable debe examinar el progreso en la condición médica del paciente durante este periodo de sesiones. El tercer paso consiste en derivar al paciente con su respectiva historia clínica para una segunda valoración del diagnóstico a un médico consultor y posteriormente a la Consejería, que constituye la tercera instancia de valoración. Por último, una vez cumplida esta última revisión, y tras analizar los informes, el médico responsable debe informar al paciente acerca de la posibilidad de desistir de su solicitud y desde allí se deberán esperar 15 días antes de practicar la prestación.

El artículo 7 aborda el reglamento de la solicitud de la prestación de servicio, que tendrá que ser escrita personalmente por el paciente. Si el paciente no puede, se siguen las disposiciones de las Directivas Anticipadas. Durante la firma de la solicitud debe haber dos testigos, que no tengan relación con el paciente. Este documento puede ser revocado por el paciente en cualquier momento.

Los artículos 15 y 16 establecen la creación y las funciones de la Comisión Nacional de Evaluación y Control en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación. Estará encargado de garantizar el cumplimiento de la ley y la protección de los derechos de los pacientes, así como establecer los mecanismos de evaluación y control posteriores de las prestaciones de ayuda para morir dignamente. Estará integrada por siete personas que serán designadas por el Ministerio de Salud y de las cuales tres deben ser médicas y al menos una de ellas especialista en bioética, una psicóloga, una psiquiatra, dos deben ser abogadas y al menos una de ellas 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. Sus funciones serán resolver en el plazo máximo de 15 días las peticiones denegadas; verificar en el plazo máximo de dos meses si la prestación de ayuda para morir dignamente se realizó correctamente; crear y administrar un Archivo Nacional para el registro de todos los casos reportados de prestación de ayuda para morir dignamente; elaborar un informe anual sobre la aplicación de la ley; y recomendar las reformas legislativas y administrativas que sean necesarias para la mejor implementación de la práctica; entre más.

Respecto de la cobertura, que se aborda en el capítulo 4 del proyecto de ley, establece que todas las instituciones deben incorporarlo a su plan.

“El sector público de salud, las obras sociales enmarcadas en las leyes 23.660 y 23.661, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados creado por la ley 19.032, las entidades y agentes de salud comprendidos en la ley 26.682, de marco regulatorio de medicina prepaga, las entidades que brinden atención dentro de la reglamentación del decreto 1.993/11, las obras sociales de las fuerzas armadas y de seguridad, las obras sociales del Poder Legislativo y Judicial y las comprendidas en la ley 24.741, de obras sociales universitarias, y todos aquellos agentes y organizaciones que brinden servicios médico-asistenciales a las personas afiliadas o beneficiarias, independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar la cobertura integral y gratuita de las prestaciones de ayuda directa e indirecta para morir dignamente. Estas prestaciones quedan incluidas en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en el PMO con cobertura total”. (Proyecto de Ley Alfonso, 2021)

Por último, en caso de que se sancione, el poder ejecutivo será el encargado de designar el órgano de aplicación de la eventual ley.

[Aquí](#) el proyecto de ley completo.

5.2.2.3. Diferencias entre los proyectos de ley de Derecho a la Prestación de Ayuda para Morir Dignamente o Ley Alfonso, Ley Buena Muerte e Interrupción Voluntaria de la Vida.

Las diferencias sustanciales entre los proyectos de Ley Alfonso, Buena Muerte³³ e Interrupción Voluntaria de la Vida³⁴ son dos y se vinculan a la edad necesaria para solicitar la prestación y a los plazos devenidos del procedimiento de la práctica.

El proyecto de Ley de Buena Muerte exige entre sus requisitos que el paciente elabore dos solicitudes con una diferencia de 15 días entre medio. En los artículos 12 y 13 se establecen los pasos del procedimiento para la prestación de ayuda para morir: el paciente debe presentar la solicitud ante la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación de su jurisdicción, y deberá ser verificada en un plazo de cinco días por dos integrantes de la comisión, un médico y una jurista. Si los dos miembros no coinciden, tendrán dos días más para decidir junto al presidente de la comisión. Si la decisión es favorable a la solicitud, se le concede la prestación. Si la decisión es negativa, el paciente podrá exigir la revisión de la solicitud por el pleno de la comisión, que tendrá cinco días para expedirse. El acceso a la prestación debe realizarse dentro de los diez días siguientes.

La iniciativa de Interrupción Voluntaria de la Vida establece en su artículo 7 que el paciente debe presentar una solicitud y el médico puede aprobar o denegarla. El proyecto no fija un período máximo para la decisión del profesional en esta primera etapa, sin embargo precisa que si el médico le deniega, el paciente contará con 15 días para recurrir a la Comisión de Garantía y Evaluación para entregar nuevamente la solicitud. Si la decisión del médico es favorable a la solicitud, el médico responsable tendrá un plazo máximo de dos días para evaluar condiciones, posibilidades y resultados esperables. Después de los 15 días de presentada la primera solicitud, el paciente deberá presentar la segunda. Mientras tanto, un equipo interdisciplinario trabajará con el solicitante e intervendrá en el proceso deliberativo. El médico responsable remitirá la segunda solicitud al médico consultor. En caso de informe desfavorable, el paciente podrá recurrir a la comisión en un plazo máximo de 15 días, pero en

³³ Acceso al proyecto de Ley Buena Muerte [aquí](#).

³⁴ Acceso al proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria de la Vida [aquí](#).

caso de confirmación, la comisión designará a dos de sus miembros, un médico y un abogado, para realizar un control previo a la práctica. Si los integrantes llegan a un acuerdo, se concreta la práctica, pero si no hay coincidencia decidirá el pleno de la comisión. El proyecto de ley no establece cuál es el plazo máximo que tiene la comisión para dar a conocer su resolución. Si la decisión es negativa, el paciente podrá recurrir ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

El proyecto de Ley Alfonso establece que dentro de los 15 días siguientes a la presentación de la solicitud de la práctica redactada por el paciente se deben realizar tres evaluaciones de tres grupos interdisciplinarios distintos, y tras los informes se habilita un plazo de 15 días para efectuar el procedimiento. Esto difiere de la iniciativa de Buena Muerte, que establece un período de 15 días para que el paciente presente dos solicitudes y la comisión tome una resolución, y un plazo máximo de 10 días para realizar la práctica eutanásica, sin embargo, no queda claro si habrá otras instancias de control previas al procedimiento, pero a valer por la redacción de la iniciativa que se ejecute solo una etapa evaluativa resulta insuficiente. El último proyecto de ley, el de Interrupción Voluntaria de la Vida, es extremadamente engorroso y no limita el tiempo del procedimiento, ya que no fija plazos máximos ni para la resolución del médico responsable en el primer paso ni para la decisión del médico consultor; para llegar a una decisión se puede demorar como mínimo 30 días y se debe pasar por las cuatro instancias de control, lo que implica la prolongación innecesaria de la agonía del solicitante que ratificó en dos ocasiones su petición.

La segunda diferencia remite a la mayoría de edad necesaria para solicitar libremente la prestación. Mientras que la iniciativa de Ley de Buena Muerte habilita a cualquier persona mayor de 16 años a solicitar la asistencia a la muerte asistida, las otras dos habilitan a cualquier persona mayor de 18.

6. MARCO METODOLÓGICO

El corpus analizado comprende todo lo publicado en relación a la posible reglamentación de la eutanasia en redes sociales y medios digitales y discursos de actores involucrados en la cuestión desde febrero de 2020, cuando se crea el grupo de Facebook *Eutanasia: derechos y final de vida*, hasta febrero de 2022. No obstante, se hace una investigación exploratoria que busca explicar las concepciones que giraron y aún giran en torno del concepto de eutanasia y que contempla la historia de la legislación vinculada a nivel internacional, para dar cuenta de las condiciones que habilitaron el debate. Para poder abordar el tema de la eutanasia a los fines prácticos que se plantean en la presente tesina, se hace uso de una metodología que adopta un enfoque cualitativo integral, que permite indagar acerca de fenómenos, procesos y relaciones sociales a través de una investigación exploratoria y su posterior análisis.

La producción de la información aquí volcada se organiza de forma casuística y, se propone una descripción abarcativa del devenir histórico y del contexto que acompaña a la problemática, con vistas a que sirva de insumo a futuras investigaciones.

El abordaje de la temática se realiza mediante el relevamiento bibliográfico de antecedentes y experiencias en los diferentes campos. Se trabaja con entrevistas a actores clave y con el análisis de diferentes documentos de tipo cualitativo y cuantitativo.

El proceso de investigación tiene un carácter holístico y continuo. Si bien el análisis se compartimentaliza exhaustivamente, todos los capítulos son abordados de manera transversal y simultánea. Se establece una triangulación de datos duros, experiencias personales de actores centrales y fuentes secundarias, como material bibliográfico y artículos periodísticos. La búsqueda principal es la comprensión de la realidad que se construye alrededor del debate por la reglamentación de la práctica eutanásica.

En su mayoría, las herramientas utilizadas son de carácter cualitativo. Sin embargo, también se recurre a material documental de tipo cuantitativo, cuya función es servir a mediciones y brindar datos estadísticos sobre un tema en particular. No interpretan, sino que verifican a partir de una medición numérica. En el presente trabajo, los resultados de encuestas y estadísticas ofrecen parámetros que sirven para cotejar situaciones, como, por ejemplo, medir la cantidad de casos en distintos países, lo que da consistencia al argumento. Estos datos son pertinentes y complementarios.

El punto de partida de esta investigación es el diagnóstico, herramienta que permite producir un análisis de la situación que se establece, a través de las problemáticas, potencialidades de la comunicación, sus actores, entre otras variables, que integran el panorama.

Uranga lo describe como

“una mirada atenta -sistemática- sobre la realidad a fin de reconocer los síntomas -expresiones significativas o relevantes- que allí se manifiestan, dando a cada uno de ellos una valoración adecuada en su contexto y su proceso histórico para determinar como conclusión los problemas, riquezas y potencialidades de una determinada situación”.
(Uranga et al., 1994:3)

El diagnóstico no puede interpretarse por fuera del contexto que lo contiene, ni *“de las múltiples conexiones que tiene con la realidad circundante, entendida como condicionantes, como realidades enfrentadas y, fundamentalmente, como otros actores que entran en juego”* (Uranga et al., 1994: 4).

La presente tesina se estructura en tres etapas:

6.1. Primer momento: proyecto de ley de Derecho a la Prestación de Ayuda para Morir Dignamente o Ley Alfonso en relación

La primera parte de este trabajo se centra en comprender cuáles son las condiciones que permiten ahora hablar de eutanasia. Para ello, se pone a la eutanasia en contexto en dos momentos:

1. Se lleva adelante un análisis del estado de situación a nivel internacional, a través del análisis documental (investigaciones, artículos periodísticos, entrevistas, estadísticas, casos internacionales, legislaciones, etcétera), recopilado a través del recorrido que se marca en el capítulo del Estado del arte y en los primeros dos tercios del apartado Eutanasia en contexto. De ellos se obtendrán datos de tipo cualitativos como cuantitativos, que ayuden a contextualizar la información.

2. Se realiza una investigación respecto del panorama a nivel nacional a través de documentos que definen las condiciones de producción que habilitan la posibilidad de debatir la problemática. Para ello, también se recurre a artículos periodísticos que dan cuenta de distintos momentos históricos, legislaciones que marcan el camino que Argentina tomó en materia de ampliación de derechos

humanos y material de archivo relacionado con el objeto de investigación. Asimismo, se ponen en relación las tres iniciativas legislativas presentadas en el Congreso.

6.2. Segundo momento: involucradxs

Este segmento de la investigación se centra en la identificación de los actores y sus discursos. Para ello se apela a la entrevista individual en profundidad y se la realiza a actores clave. A través de esta herramienta es posible describir las significaciones que cada actor le imprime al objeto de estudio y contribuye a comprender cómo se estructura cada uno en el espacio donde se da el debate y hay lucha de poder. Cada entrevista ofrece una aproximación a los discursos que actualmente dominan la escena del debate por la reglamentación de la práctica eutanásica.

Se someten las entrevistas al análisis de discurso y son planteadas como dimensiones indisociables de la cultura, entendida como producto de una lucha ideológica que modela valores y valoraciones, que operan alrededor de una eventual reglamentación de la práctica eutanásica. Este análisis cualitativo de los discursos que se presentan a favor y en contra conforma la columna vertebral de la presente tesina.

Con el fin de comprender la circulación de sentido en torno de la eutanasia, se analizan los discursos esgrimidos en entrevistas abiertas realizadas a Elisa “Kuky” Lisnofsky, impulsora de la campaña de difusión del DMMA; Carlos “Pecas” Soriano, emergentólogo cordobés que asesoró a la diputada por Córdoba, Gabriela Estévez; Viviana Bilezker, psicoterapeuta y fundadora de la asociación El Faro; y Mariano Del Pópolo, investigador de Conicet y docente del Seminario de Cultura para la Paz, cátedra Adolfo Pérez Esquivel, de la Facultad de Sociales de la UBA. Asimismo se ensaya un acercamiento a organizaciones de salud vinculadas con la eutanasia.

Con el mismo objetivo, también se recurre a transcripciones de disertaciones de Nicolás Lafferriere, director de investigación en la facultad de derecho UCA y docente UBA, el rabino Fishel Szlajen y doctor en Filosofía con postdoctorado en bioética; monseñor Alberto Bochaty, obispo auxiliar de La Plata y obispo titular de Monte di Mauritania; e Imán Marwan Gill, presidente de la Comunidad Musulmana Ahmadiya en Argentina.

Por último, se realiza un relevamiento de los artículos publicados en los medios de comunicación. La amplia gama enunciativa que en ellos se identifica convierte a los medios en un actor complejo y disímil, y su caracterización ameritaría otra investigación exhaustiva debido a que no se comporta como un conglomerado homogéneo. Para establecer parámetros sobre cómo se desarrolla la

incorporación del tema de la eutanasia en la agenda de los medios, se comienzan a recopilar los primeros artículos publicados en 18 de mayo de 2015, y se continúa hasta el 22 de febrero de 2022. Se elige trabajar sobre notas de medios digitales de mayor alcance, como Infobae, La Nación, Clarín, Página 12 y la agencia de noticias Télam, porque desde la irrupción de la pandemia de coronavirus y las restricciones derivadas se produjo una merma en la venta de diarios en formato físico y el número de lectores online ascendió.

Esta indagación en los actores hace posible clarificar las condiciones de producción que modelan las posturas a favor y en contra y ensayar algunas proyecciones futuras, ya que según el concepto de red de semiosis infinita el debate sobre el proyecto de ley de la eutanasia en Argentina habilitaría nuevos signos. Asimismo, es posible encontrar similitudes y rupturas entre los procesos de la ILE y del proyecto de ley de eutanasia, en cuanto al surgimiento, a los actores y los vínculos con los medios de comunicación.

6.3. Mapeando las intenciones

Este momento de la presente investigación es abordado desde la construcción de mapas que permiten hacer aparecer características de los actores y relaciones entre ellos, y ensayar eventuales alianzas y estrategias. Se desarrollan tres tipos de mapeos.

El primer paso es confeccionar el mapeo de actores, que constituye el punto de inicio del análisis. Se avanza en el mapeo de actores que giran en relación del proyecto de ley de legalización de la eutanasia y se hace una caracterización de cada uno de ellos. Esta herramienta se utiliza para

“analizar los posicionamientos de diversos actores sociales en torno a un proyecto, puesto que ‘ayuda a representar la realidad social en la que se intervendrá, comprenderla en su complejidad y diseñar estrategias de intervención con más elementos que el solo sentido común o la sola opinión de un informante calificado’. El mapeo de actores permite conocer las alianzas, los conflictos, los portavoces autorizados, y por ende, permite seleccionar mejor los actores a los que se deba dirigir en tal o cual momento”. (Pozo Solís, 2007:1-2)

Con esta herramienta se analizan estratégicamente los posicionamientos y es posible anticipar obstaculizadores o aliados para el proyecto.

El segundo mapeo es el de territorio. Según Carballeda, esta herramienta “*da cuenta de una posibilidad de acceso: desde la producción de subjetividad dentro de un territorio definido hasta la expresión singular de ésta en el escenario de la intervención*” (Carballeda, 2008:77). La cartografía es la representación de un mapa que se inscribe en un territorio, que Carballeda define como “*el espacio habitado, donde la historia dialoga con el presente y permite a partir de reminiscencias construir una idea de futuro o incertidumbre*” (Carballeda, 2008:77). Carballeda establece dos maneras de definir y delimitar los territorios, una que “*se expresa en mapas oficiales, catastros, áreas programáticas, nomenclaturas*” y otra que “*es partiendo de las propias simbolizaciones de sus habitantes*” (Carballeda, 2008:78). En definitiva, los territorios son definidos en parte “*por la palabra, el discurso, la nominación que ese ‘otro’ hace del lugar y sus componentes*” (Carballeda, 2008:78).

El debate por la reglamentación de una práctica eutanásica cobró relevancia a partir de la pandemia de coronavirus y creció -al menos, a nivel nacional- al calor de las redes sociales, con el epicentro en el grupo de Facebook *Eutanasia: Derechos y final de vida*. Las redes sociales son los espacios donde, actualmente, se generan vínculos y alianzas, por lo que es el territorio delimitado al mapeo.

En paralelo, se plantea el mapeo de relaciones de poder, porque “*constituye una herramienta que permite graficar y describir las relaciones que establecen entre sí diferentes actores sociales en un recorte espacio-temporal determinado*” (Algranati et al., 2012:6). Para ello, se indaga a los actores sociales en base a sus relaciones con otros actores, pero, al mismo tiempo, es necesario cruzar la barrera y encontrar relaciones que los actores no hayan reconocido por haberlas naturalizado. Este ejercicio “*permite analizar, en función de los proyectos, objetivos, intereses o deseos de la organización, con qué actores es preciso fortalecer las relaciones, quiénes pueden oponerse a sus acciones y con cuáles [...] deberían hacerlo*” (Algranati et al., 2012:8).

En esta investigación la posición del analista no debe ser omitida. De acuerdo con Carlos Matus y su concepto de diagnóstico, el observador debe ubicarse por fuera de la situación, como si fuera un historiador o “*un investigador de un cronista extranjero que, en tránsito por tierras desconocidas, narra analíticamente un proceso social que no vive, y sobre el cual no puede ni quiere tomar decisiones*” (Matus, 2007:186).

Para que el investigador mantenga una relativa independencia, según Bachelard, el objeto de estudio se debe plantear en términos de obstáculos. “*Es en el acto mismo de conocer donde aparecen, por una especie de necesidad funcional, los entorpecimientos y las confusiones*” (Bachelard, 1979:15). Por eso mismo, la observación básica se constituye como el primer obstáculo. El analista debe romper asimismo con el sentido común común -es decir, romper con los prejuicios-, y con el sentido común

académico -porque la institución también arrastra errores que no son cuestionados-. Bachelard también encuentra un obstáculo verbal en la explicación de la cosa por la cosa misma, es decir, “*la falsa explicación lograda mediante una palabra explicativa [...] que pretende desarrollar el pensamiento analizando un concepto, en lugar de implicar un concepto particular en una síntesis racional*” (Bachelard, 1979:24).

Para evitar caer en estos males, propone tres ejercicios de ruptura: con la ilusión de transparencia de la experiencia, es decir, comprender que hay una operación detrás; no pensar que la observación es neutra, el analista arrastra un bagaje cultural determinado del que pocas veces es consciente; romper con el sentido común académico, mediante el cuestionamiento de los conceptos; por último, problematizar las categorías técnicas con las que se construye el objeto. En tanto, Bourdieu propone la vigilancia epistemológica como práctica de reflexión de las diferentes técnicas y decisiones metodológicas a lo largo del trabajo; el investigador se debe cuestionar el *habitus* del científico, que son estructuras internalizadas que devienen inconscientes, porque “*el punto de vista crea el objeto*” (Bourdieu et al., 1975:51). Esto se aplica no solo en los mapeos, sino también en las entrevistas y en los relevamientos de artículos en la prensa nacional.

7. ANÁLISIS

7.1. Primer momento: proyecto de ley de Derecho a la Prestación de Ayuda para Morir Dignamente o Alfonso

7.1.1. Como políticas públicas

El proyecto de Ley de Derecho a la Prestación de Ayuda para Morir Dignamente o Ley Alfonso se establece como política pública porque apunta a transformar el escenario en el que se debaten las políticas y, por lo tanto, implica una democratización de un espacio y un desafío a las medidas cortoplacistas del Estado. En otras palabras, las políticas públicas se pueden entender como el ámbito privilegiado de realización del “pacto” entre Estado y sociedad.

Como ocurre en el mundo desde 2002, cuando Países Bajos se consagró el primer territorio del mundo en aprobar la muerte médicamente asistida y, a partir de ello, varias naciones más legalizaron el derecho a decidir cómo, dónde y cuándo morir, la confección de la iniciativa local de la Ley Alfonso se inscribe en una demanda activa de la sociedad. Solo basta repasar el surgimiento del proyecto y las acciones que se tejen alrededor de su incipiente difusión.

7.1.2. Estado de situación

De acuerdo con los cuatro momentos establecidos por Uranga (Uranga et al., 2016: 49-52), la cuestión de la eutanasia está apenas comenzando a emerger, hecho por el cual es factible clasificarla dentro del primer escalón del proceso de formación de políticas públicas, que denomina *Del debate, lucha de intereses y construcción de consensos* si bien ya existe un debate a niveles mediático y político por el derecho a la muerte médicamente asistida en Argentina, lo que supone que hay una identificación previa de la cuestión. Además, existen varios grupos o colectivos y organizaciones que en coordinación con quienes redactaron la iniciativa legislativa, en este caso el proyecto de ley Alfonso, definieron los límites y alcances de la cuestión. A febrero de 2022, la problemática está en proceso de instalación en la agenda pública, lo que implica un trabajo de concientización sobre un amplio sector de la ciudadanía que desconoce cuáles son sus derechos. El reconocimiento de la importancia de la

cuestión por parte de los gobernantes y su inclusión en la agenda del gobierno se podrá lograr con respaldo de la opinión pública, el lobby y el activismo ciudadano.

Si bien el escenario actual en el que se inserta el proyecto de ley de la eutanasia presenta elementos de la primera etapa de formación de las políticas públicas que no han sido totalmente desarrollados, principalmente en lo relativo al debate público y su escasa instalación, ya se encuentra avanzado sobre la segunda etapa, que se corresponde con la determinación de modos de toma de decisiones y participación. El proyecto de ley ya fue ingresado en el Congreso, pero queda por definir responsables y proyectos paralelos que contribuyan a la legitimación de la política, es decir leyes y normas que garanticen los objetivos. Esto probablemente responda a un debate más técnico de lo que implica en términos legales y científicos cada uno de los procedimientos que en el proyecto se establece.

7.1.3. Vínculo con el Estado

La cuestión de la eutanasia atraviesa al Estado en varios aspectos. Por un lado, entre los AIE del Estado están la Iglesia, los medios de comunicación, la justicia, la escuela y la familia, y estos dos últimos funcionan, a su vez, como primeros espacios de socialización del ser humano, es decir, representan la instrucción primaria. Como se expresó anteriormente, los AIE son los encargados de garantizar las condiciones que permiten la reproducción de la ideología dominante. En otras palabras, los pensamientos y sentimientos que conforman la ideología y son condicionados socialmente, no se reconocen como tales, y tienen una existencia material porque la ideología, en última instancia, depende de las relaciones de producción y de clase; son reguladas por rituales materiales definidos.

Las ideologías existentes en una formación social solo pueden explicarse desde el punto de vista de las luchas de clases. No nacen en los AIE, sino que son producto de las clases sociales tomadas en la lucha de clases de sus condiciones de existencia, de sus prácticas, de su experiencia de lucha, etcétera. Sin embargo, los AIE son quienes reproducen estas condiciones, y el temor sujeta al hombre a lo establecido, conocido y previsible.

Para llevar la cuestión de la eutanasia a la esfera pública, se debe poder hablar de la muerte sin tabú. Es necesario, en este punto, deconstruir los mitos, perder el miedo que hace que el ser humano se sienta inhibido en un momento trascendental para hacer lo propio, poder pensar en el propio final. Es indispensable, entonces, desenmarañar la cultura y pensar acerca de la medicalización de la muerte y cómo las biotecnologías son puestas al servicio de la extensión de vida, incluso cuando lo que se prolonga es la agonía y el diagnóstico del ser humano no tiene perspectivas de mejoría.

Un modo de ver esa operación, es decir, entender cómo se construye y consolida la idea de la muerte como tabú, es a través de los medios de comunicación masiva, que aparecen como actores relevantes en la escena, ya que representan una de las puertas a la difusión y generación de consenso respecto de una cuestión. También es posible identificar a qué intereses responde cada empresa.

Según Mata³⁵ el rostro de la cultura masiva actualmente es la cultura espectacular y en esa configuración los medios masivos de comunicación son los organizadores del campo cultural porque construyen la realidad. En otras palabras, lo que no se muestra, no existe. Los medios de comunicación masiva ponen en agenda la problemática y ofician de árbitros de la escena pública a través de la legitimación o deslegitimación de ciertos comportamientos mediante la construcción y modelaje de la opinión pública. Esta es una de las herramientas que los grupos dominantes tienen para mantener su hegemonía, es decir, para seguir articulando los elementos característicos que expresan los intereses más generales de su sistema ideológico con el objetivo de que otros grupos sociales constituyan la base social del Estado. Estos bloques de poder buscan, a través de alianzas políticas, reproducir un sistema de ideologías que hace pasar por universal la concepción del mundo que posee la clase dominante con el fin de hacer desaparecer las diferencias.

Un ejemplo de ello son las declaraciones del papa Francisco sobre la eutanasia. En una entrevista describió a la práctica eutanásica como “*cultura del descarte*” (Cope, 2021, párr. 1), definición en la que también incluyó al aborto. Las justificaciones resultan intercambiables. Un año antes, el Vaticano publicó *Samaritanus Bonus, sobre el cuidado de las personas en las fases críticas y terminales de la vida* y ya en uno de sus pasajes establecía las similitudes entre la eutanasia y el aborto. Esto tampoco es nuevo, ya había sido publicado en el juramento Hipocrático casi 1.500 años atrás. La carta autorizada por el papa Francisco expresa:

“Suprimir un enfermo que pide la eutanasia no significa en absoluto reconocer su autonomía y apreciarla, sino al contrario significa desconocer el valor de su libertad, fuertemente condicionada por la enfermedad y el dolor; y el valor de su vida, negándole cualquier otra posibilidad de relación humana, de sentido de la existencia y de crecimiento en la vida teologal. Es más, se decide al puesto de Dios el momento de la muerte. Por eso, ‘aborto, eutanasia y el mismo suicidio deliberado degradan la civilización humana, deshonran más a sus autores que a sus víctimas y son totalmente contrarias al honor debido al Creador’”.
(Vaticano, 2020, párr. 33)

³⁵ María Cristina Mata es licenciada en Literaturas Modernas, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba, y directora para el Cono Sur de la Federación Latinoamericana de Facultades de Comunicación Social.

La carta es una reafirmación de los argumentos esgrimidos históricamente: *“La vida es un don”, “todos somos iguales ante Dios”, “el enfermo necesita acompañamiento y cuidados paliativos, no que se le conceda la muerte”, “nadie merece morir”, “eutanasia es asesinato”*.

La disputa por la hegemonía solo es posible a través del consenso en las dimensiones del sentido común y de la cultura, que desbordan a la base material, y en los consensos que tienen latente la coerción.

En materia política, los medios dejan de preocuparse para empezar a ocuparse, y en ese espacio se dan los reclamos y los debates. *“Los medios son hoy foro para la formulación de las demandas de diferentes sectores sociales ante las autoridades y para la resolución de carencias grupales e individuales, estableciendo cambios significativos en el anterior sistema de representación sectorial”* (Mata, 1985:12).

Actualmente es posible encontrar en la prensa gráfica -sobre todo- artículos que se centran en historias personales de quienes están involucrados con la iniciativa ley Alfonso y en una mayor proporción si se comparan con la cantidad de entrevistas publicadas respecto al proyecto de ley en sí. Un detalle que es común en gran parte de las notas publicadas en los portales de Clarín, Infobae, Redacción, A24 y la agencia de noticias Télam, es que parece existir una intención de indagar el *vasto rumor* que Angenot equipara al concepto de discurso social y a cuestionar la hegemonía del discurso social, que define

“la manera en que una sociedad dada se objetiva en textos, en escritos (y también en géneros orales) [...] La hegemonía discursiva solo es un elemento de una hegemonía cultural más abarcadora, que establece la legitimidad y el sentido de los diversos ‘estilos de vida’, de las costumbres, actitudes y ‘mentalidades’ que parecen manifestar”. (Angenot, 2010:29-30)

En tanto, y pese a que existe mucho revuelo en distintos países, el tema de la eutanasia apenas comienza a penetrar en la televisión y a escucharse en la radio, lo que da cuenta de que la etapa de gestación de esta política pública es prematura.

De acuerdo con Mata, la estrategia y el modo de comunicar de los medios permite mostrar lo que hay detrás de las intenciones hegemónicas, *“por eso corresponde realizar una lectura que donde antes vio solo imposición permita ahora ver por qué algo se impone, que detrás de las intenciones hegemónicas nos permita ver la contracara: las necesidades, expectativas, fantasías, deseos de los sectores subalternos”* (Mata, 1985:11). En este caso, los medios exhiben también ese lado B, diferente del establecido por tradición.

Esto se puede observar principalmente en los artículos publicados en el portal Infobae, el más leído de Argentina. A modo de ejemplo, se destacan cuatro publicaciones: *“Historia de una ‘muerte digna’: ‘Necesitaba que dejaran a mi hija morir en paz’”*³⁶ y *“Tiene 36 años, no puede moverse ni comer y pide la eutanasia: ‘No le veo mucho sentido a estirar la agonía’”*³⁷, de 2018; *“‘Lo escuché y salí llorando’: un médico cordobés y la historia real que inspiró el flamante proyecto de ley de eutanasia”*³⁸ y *“‘Debí haber muerto en 2010, pero seguí viva solo para padecer’: la dramática carta de una mujer que deseaba dejar de sufrir”*³⁹, de 2021. Los títulos de cada nota ya demarcan una postura y es factible predecir, al menos, una de las finalidades de los textos, que dolor no es sinónimo de vida y que la autonomía sobre el propio cuerpo es necesaria.

También es importante tomar en consideración que el hecho de que sea posible presentar y debatir en 2021 un proyecto de ley de la eutanasia y muerte digna en el Parlamento, es una consecuencia derivada de las condiciones de producción de un discurso a favor de la igualdad, con foco en los derechos individuales, generadas a través de años de trabajo en el campo de los derechos humanos, la comunicación y la obtención de ampliaciones de los derechos adquiridos, entre los que se encuentra más recientemente y con mayor relevancia las Leyes de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) y de Educación Sexual Integral (ESI).

A su vez, el contexto internacional y los modos que definen los países que ya reglamentaron la práctica son marcas que también hacen consistente este discurso.

Según Oszlak y O'Donnell,

“El estudio de políticas estatales y sus impactos contiene una dimensión temporal que le es intrínseca. El tema comienza a vislumbrarse como el estudio de secuencias de eventos, algunos de los cuales son políticas estatales, otros son políticas adoptadas por actores no estatales y otros, aún, son cambios detectables en la situación objetiva del sistema de relaciones sociales sobre el que repercuten unas y otras”. (Oszlak y O'Donnell, 1976:16)

³⁶ Disponible en <https://www.infobae.com/sociedad/2018/05/05/historia-de-una-muerte-digna-necesitaba-que-dejaran-a-mi-hija-morir-en-paz/>

³⁷ Disponible en <https://www.infobae.com/sociedad/2018/09/29/tiene-36-anos-no-puede-moverse-ni-comer-y-pide-la-eutanasia-no-le-veo-mucho-sentido-a-estirar-la-agonia/>

³⁸ Disponible en <https://www.infobae.com/sociedad/2021/03/13/lo-escuche-y-sali-llorando-un-medico-cordobes-y-la-historia-real-que-inspiro-el-flamante-proyecto-de-ley-de-eutanasia/#:~:text=EI%20Dr.usar%20sus%20manos%20para%20suicidarse%E2%80%99D.&text=Carlos%20%22Pecas%22%20Soriano%2C%20el.de%20Alfonso%20y%20sali%C3%B3%20llorando>

³⁹ Disponible en <https://www.infobae.com/sociedad/2021/07/01/debi-haber-muerto-en-2010-pero-segui-viva-solo-para-padecer-la-dramatica-carta-de-una-mujer-que-deseaba-dejar-de-sufrir/>

En otras palabras, es posible localizar la dinámica de las transformaciones sociales haciendo un seguimiento de la cuestión.

7.1.4. Desde los Derechos Humanos

Argentina es uno de los países que está a la vanguardia de la ampliación de derechos adquiridos, con más de diez en los últimos 20 años.

En 2003 la Ley de Migración (25.871) sustituyó a la ley Videla de 1981, garantizó el derecho de los inmigrantes a la salud y a la educación, aun cuando no hubieran regularizado sus documentos y creó el plan Patria Grande para facilitar los trámites de radicación para ciudadanos del Mercosur.

En materia de Verdad, Memoria y Justicia, también en 2003 se reactivaron los juicios y el derecho a la identidad y se declararon *“insanablemente nulas”* las leyes de Obediencia Debida y Punto Final. En 2009 se sancionó la ley que autoriza a la justicia a extraer muestras de ADN para identificar a quienes pudieran ser hijos y nietos de personas desaparecidas durante la última dictadura militar y se aprobó la ley que permite a los organismos y asociaciones de derechos humanos ser querellantes en los juicios por crímenes de lesa humanidad.

Respecto de los derechos de las víctimas de trata, en 2008 se promulgó la ley 26.364 de Prevención y Sanción de la Trata de Personas, que establece los mecanismos de asistencia a las víctimas de explotación sexual, laboral, de reducción a servidumbre y/o para extracción ilícita de órganos, y en 2012 se incorporaron las víctimas a una reinserción laboral y educativa y se estipuló que *“el consentimiento dado por la víctima no exime de responsabilidad a los autores del delito”*.

Sobre la tercera edad, en 2008 se sancionó el derecho a una jubilación digna, que estableció dos aumentos automáticos por año, uno en marzo y otro en septiembre, y se estableció un régimen previsional para trabajadores autónomos con pocos o nulos aportes, lo que permitió que puedan jubilarse las amas de casa.

En 2009 se sancionó la Asignación Universal por Hijo, que luego se amplió también a las mujeres embarazadas, y busca garantizar los derechos de niños, niñas y adolescentes cuyos padres estén desocupados o que trabajen en el mercado informal.

Ese mismo año, se sancionó la Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual (LSCA) que reemplazó la ley de medios de la dictadura y que apuntó a garantizar una mayor pluralidad de voces, al tiempo que desmonopolizar el negocio.

En 2009 también se aprobó la ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales, y en 2020 se promulgó la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Se puede destacar también la ley 23.515 de divorcio que se promulgó en 1987.

En materia de diversidad sexual, en 2010 Argentina se convirtió en el primer país de América Latina y la décima en todo el mundo en contar con una Ley 26.618 de Matrimonio Igualitario y en 2012 fue la tercera nación, detrás de México y Uruguay, en reglamentar la ley 26.743 de Identidad de Género, que establece que se respete según la vivencia interna e individual, tal como cada persona la siente. En 2021 por decreto se reglamentó la inclusión de la identidad de género neutro en el Documento Nacional de Identidad (DNI).

En 2011 se aprobó el Nuevo Régimen de Trabajo Agrario y en 2013 la Ley de Trabajadores de Casas Particulares, con descansos semanales y vacaciones pagas.

En 2013 se amplió el voto a mayores de 16 años con la ley 26.744.

Como se pudo observar en la historia reciente de Argentina, la presencia de estos derechos no implica un deber, pero su ausencia, en cambio, sí implicó una obligación.

De acuerdo con Ignacio Maglio, abogado, diplomado en Salud Pública y miembro del consejo directivo de la Red Bioética de la organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco) entre los juristas argentinos hay opiniones divididas acerca de si es necesaria una ley de eutanasia:

“Hay quienes sostienen que la eutanasia, aun sin ley, no es un delito, porque sería el derecho constitucional de morir con dignidad. Y no habría antijuricidad y tipicidad, necesarias para considerarla delito, sin embargo, desde lo operativo, ayudaría a que se haga efectivo el derecho y permitiría que se practique tranquilamente” (Flier, 2021, párr. 19).

Algunos profesionales de la salud y centros médicos no quieren arriesgarse a una práctica que, sin respaldo judicial, pueda llevarlos a instancias judiciales, explicó Maglio en una entrevista con el diario digital Redacción.

En este marco, el proyecto de Ley Alfonso se presenta como una ampliación más de los Derechos Humanos, aunque puede ser entendido también como elemento de tensión en el seno de los mismos.

Según Del Pópolo⁴⁰ el debate de la eutanasia está atravesado principalmente por dos principios ordenadores de los derechos humanos que tienen que ver con el derecho a la vida, cuyo objetivo de garantizarla representa el elemento basal más importante, y con el principio de la dignidad humana, que se refiere a la dignidad de la vida.

“Desde algunas perspectivas puede pensarse que la idea de la legalización de la eutanasia pone en tensión el derecho a la vida. Sin embargo, ubicándose en otro lugar, se puede plantear que, primero que nada, los derechos humanos son una construcción social, una conquista de los pueblos, y basados en algunos principios del derecho y de la filosofía del derecho, como por ejemplo el principio de la necesidad y, sobre todo, de la dignidad humana, que la eutanasia garantizaría una muerte menos cruenta”. (M. Del Pópolo, comunicación personal, 4 de septiembre de 2021)

Justamente, según Del Pópolo es la dignidad humana el principio a través del cual se dirime la tensión, siempre y cuando la finalidad de legalizar la práctica se de en un contexto excepcional, en el que se sabe que la muerte de una persona ocurrirá en el corto plazo y que esa muerte puede ser agónica. Por este motivo, también contempla el principio de la necesidad y la cuestión de la excepción.

“Es la paradoja del debate sobre la eutanasia en el marco de los Derechos Humanos. No garantizar la eutanasia, aunque signifique alargar la vida, va en contra del principio de la dignidad humana, y escindir la vida de la dignidad humana va en contra de los postulados básicos de los Derechos Humanos. En definitiva se dirime en favor de la dignidad humana”. (M. Del Pópolo, comunicación personal, 4 de septiembre de 2021)

Es necesario destacar en este punto que los derechos humanos son concebidos como producto de las luchas de la ciudadanía, por lo tanto representan per se un campo de disputa.

⁴⁰ Mariano Del Pópolo es licenciado en Relaciones Internacionales, y se desempeña como becario doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet), investigador del Instituto de Estudios de América Latina y el Caribe (IEALC)-Universidad de Buenos Aires (UBA) y es ayudante de cátedra del Seminario de Cultura para la Paz, Pérez Esquivel. La entrevista fue realizada de manera telefónica, a través de la aplicación de mensajería instantánea WhatsApp, el 4 de septiembre de 2021.

No obstante, el desconocimiento de la sociedad respecto de la existencia de los derechos humanos y, en particular, de los principios de dignidad humana y de necesidad, y del derecho a una muerte digna, deriva en una violación del Estado sobre la legislación vigente.

7.1.5. A través de la cultura

Las diferentes formas de comprender y sentir cada suceso, en este caso la muerte, y las valoraciones que adquiere a cada momento dentro de la sociedad occidental son clave para abordar la cuestión. En este sentido, la cultura es mediadora porque proporciona elementos para comprender las dimensiones connotativas de los conceptos y cómo son transformados mediante procesos sociales. Un claro ejemplo de ello es la metamorfosis que atravesó el concepto de aborto.

Los derechos adquiridos son ejemplos de los procesos sociales que generaron cambios en las concepciones. Leyes como las de sufragio femenino, divorcio, matrimonio igualitario, aborto o ESI, son cristalizaciones de una guerra de posiciones encabezada por quienes buscaban las sanciones. Por ejemplo, en el caso de la ley ILE, mientras los sectores de poder, en especial la Iglesia, buscaban perpetuar la valoración tradicional sobre determinados signos que mantenían inmutable la red de relaciones, el movimiento feminista fue ocupando trincheras clave, por supuesto en la calle, pero también en ámbitos académicos y en los sistemas de salud y educativos con el fin de generar una inversión del significado hegemónico de aborto a través de una deconstrucción y crítica de la historia. El proceso se dio de manera gradual. El modo de articular los discursos de apoyo y pensarlos en los modos de recepción de distintos destinatarios con sus probables marcos culturales fue absolutamente necesario para lograr una decodificación negociada. Tras adoptar la legislación que autorizó el matrimonio igualitario o la ley de género, por ejemplo, uno de los dos históricos temas tabú, el Eros, se revirtió.

Si bien el concepto de muerte asistida y eutanasia también asiste a un proceso de transformación, y ejemplo de ello son los países que recientemente adoptaron su legalización, el Tánatos aún no dejó de ser otro tema tabú.

Raymond A. Moody, Jr., médico psiquiatra estadounidense y licenciado en filosofía, fue un precursor en el estudio sobre la muerte y experiencias cercanas. Él estableció dos motivos por los cuales resultaba difícil hablar de ella, uno de carácter psicológico y otro, cultural:

“Tenemos la sensación, quizá solo subconscientemente, de que cualquier forma de contacto con la muerte, por muy indirecta que sea, nos enfrenta con la perspectiva de la nuestra (...) La segunda razón de la dificultad de discutir la muerte es más complicada y se relaciona con la naturaleza del lenguaje. En su mayor parte, las palabras del lenguaje humano aluden a las cosas que hemos experimentado con nuestros sentidos físicos. Sin embargo, la muerte es algo que recae más allá de la experiencia consciente de la gran mayoría de nosotros, pues nunca hemos pasado por ella”. (Moody, 1977:34)

En paralelo, el proceso de morir -intervenido a partir de la Edad Contemporánea por la técnica- fue desarticulado en una serie de etapas difíciles de delimitar (muerte cardiovascular, muerte encefálica, muerte celular, etcétera). El concepto de muerte se alejó de concepciones religiosas y mágicas y cobró nuevas significaciones y apropiaciones y, en ese proceso, el moribundo fue alienado por el discurso técnico.

Esta lucha por la valoración hegemónica que, a grandes rasgos, disputan los campos científicos y religiosos, se vacía el concepto de la eutanasia para definirlo por valoraciones que disfrazan intereses de clase, algo que justamente Marcos Breuer⁴¹ durante el Conversatorio *Hablemos de eutanasia* cuestionó al preguntar: *“¿No es que nos estamos enredando en una cuestión terminológica, porque mientras asociamos cuestiones negativas a la palabra eutanasia vinculamos con sedación aspectos positivos?” (Breuer y Soriano, 2021).*

No obstante, para Soriano, hay dos excepciones por las cuales los cambios morales en una sociedad no se producen gradualmente, una es que exista guerra y, otra, una pandemia:

“La pandemia de coronavirus produjo un gran cambio moral. Cada persona tenía un amigo, un familiar, o alguien que se había muerto, y la gente vio más cercana la posibilidad de morir. Antes un pibe de 30 o 40 años no podía hablar de muerte, pero con la pandemia se le había muerto el padre, la madre, la hermana, entonces comenzó a hablar de muerte. Esto generó que, en cierta manera, sea algo más natural hablar de la muerte” (C. Soriano, comunicación personal, 22 de septiembre de 2021).

⁴¹ Mario Breuer. Licenciado en Filosofía, de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Doctorado en Filosofía, por la Universidad de Düsseldorf, Alemania. Docente invitado en la Maestría de Bioética de la Facultad de Medicina de la UNC. Investigador filosófico de Gestión Cultural. Docente. Autor del libro “Eutanasia y autonomía”. Conversatorio organizado en septiembre de 2021 por el Comité de Bioética y Comisión de Educación Médica Continua del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=aH0jc-G1DKQ>. Último acceso: 20 de septiembre de 2021.

La pandemia de coronavirus hizo que desde diciembre de 2019 se cuestionaran varias estructuras sociales, y que gran parte de la sociedad se pregunte por el estatus del médico y el rol que ocupa en la relación con el paciente.

7.1.6. La multiacentualidad y el peso de la palabra

Como se explicó anteriormente, el concepto de eutanasia fue adoptando distintas representaciones a lo largo de la historia. La Edad Moderna, de la mano de la medicalización e institucionalización de la muerte, trajo aparejada la complejidad de matices respecto de su definición e incorporó neologismos como la “*eutanasia activa*”, “*pasiva*”, “*directa*”, “*indirecta*”, “*cacotanasia*”, entre más. Más allá de las distintas maneras de aludir a la eutanasia, su origen etimológico es uno y deriva de los vocablos griegos “*eu*” cuyo significado es bueno y de *tánatos*, que significa muerte; en concreto es “*buena muerte*”.

La acepción religiosa, según el Catecismo de la Iglesia Católica, es “*poner fin a la vida de personas disminuidas, enfermas o moribundas que a través de una acción u omisión provoca la muerte para suprimir el dolor; lo que constituye un homicidio gravemente contrario a la dignidad de la persona*” (Catecismo de la Iglesia Católica, n° 2.277).

Por último, del campo científico, la Organización Mundial de la Salud establece que es “*aquella acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente*”.

Actualmente, las relaciones de poder contemporáneas están dirigidas tanto por el discurso de la religión y los derechos y libertades individuales, como por los valores que imponen la economía y el mercado. Estas son las relaciones que fundan las ideas y creencias, y son imprescindibles para analizar los discursos sobre muerte digna y eutanasia.

Los comunicólogos María Paula Balatti y Nicolás Díaz en su tesis de grado *Buena vida, buena muerte* marcaron una distinción entre dos términos habitualmente utilizados entre los médicos y que también ocupan gran espacio de este trabajo: paciente terminal y paciente en el final de la vida. Los autores encuentran un problema en el concepto de paciente terminal, ya que el uso del adjetivo “*terminal*” se refiere a “*que no hay tiempo u oportunidad para hacer más; el concepto “terminal” lleva implícito la idea de que todo está terminado, y de que cualquier iniciativa de tratamiento está injustificada*” (Díaz y Balatti, 2008:24).

Es posible marcar un paralelismo con el concepto de muerte médicamente asistida, que contempla distintas alternativas de modo tal que eutanasia no sea pensada como la única solución posible para pacientes cuyo pronóstico de vida no supera los seis meses. Una de las metas de quienes están a favor del derecho a decidir cómo, cuándo y dónde morir es que no sea tomado como sinónimo de eutanasia, sino de planificación anticipada del final de vida. De este modo, se persigue el objetivo de disminuir el temor que arrastra la idea de finitud, asociada al dolor y a lo desconocido, y se busca promover una concientización sobre la muerte, que es una etapa constitutiva de la vida, aunque socialmente, en términos generales, no sea asimilada como un proceso más, del mismo modo que se piensa la niñez o la adolescencia, o incluso los nueve meses de gestación.

7.2. Segundo momento: involucradxs

7.2.1. Actores

A grandes rasgos es posible distinguir dos posturas antagónicas: por un lado, quienes están a favor de la legalización de la eutanasia y, por otro, quienes se oponen. Si bien hacia el interior de cada grupo se pueden presentar distintos matices argumentativos, esta primera división existe en la mayoría de los procesos de construcción de políticas públicas.

En este recorrido, que inicia con el reconocimiento de la cuestión hasta la promulgación o veto de la política pública, se producen luchas de intereses, alianzas, debates, definiciones y redefiniciones respecto de la cuestión o del problema, propuestas, etcétera, y el ciclo se sostiene con la participación de actores, que pueden ser ciudadanos, organizaciones, académicos, dirigentes sociales, profesionales, políticos, agentes del Estado y funcionarios del gobierno, entre otros.

En el caso del proyecto de la Ley Alfonso también es pertinente destacar el rol de los medios de comunicación, instituciones sanitarias privadas y las empresas que integran el mercado de la vida, que hace posible la prolongación de vida de un ser humano, incluso en condiciones indignas.

Dos principales actores de esta iniciativa legislativa son la diputada cordobesa Gabriela Estévez, quien redactó el proyecto de ley, y Carlos Soriano, médico experto en Bioética y especialista en Medicina de Emergencias, coautor del proyecto. Soriano, ahora retirado, vio durante 40 años cómo la muerte se manifestaba de la manera más cruel en las salas de terapia intensiva en las que trabajó.

También la familia de Alfonso Oliva, que transitó los años finales de la vida de Alfonso, fue testigo de su sufrimiento y continúa luchando por que el proyecto de ley sea, al menos, presentado en el Congreso.

La presencia de Elisa Lisnofsky también resulta fundamental para el proceso, ya que es la creadora del grupo de Facebook *Eutanasia: derechos y final de vida*. Ella vio a su hija ser consumida por un cáncer de ovarios y denunció que quienes se suponía debían hacer cumplir su deseo de sedación definitiva ignoraron la petición. Al igual que Lisnofsky, la mayoría de los 2.400 miembros del grupo tuvieron una experiencia cercana, y este resulta un detalle central en el análisis.

De esta microcomunidad social también participan profesionales de la salud, miembros del comité de Bioética del Hospital Italiano, profesionales de Colombia, Uruguay y México, un puñado de integrantes del colectivo de Monjas por el Derecho a Decidir, aunque no de manera oficial

El equipo que administra este grupo está conformado por cuatro personas: Lisnofsky, psicóloga social con especialización en psicogerontología; Viviana Bilezker, presidenta de El Faro, psicóloga y especialista en Bioética; Maria Arévalo es docente y bailarina; y Laura Pezzano, médica clínica y miembro del Comité de Bioética del Hospital Italiano.

Gran porcentaje de los más de 2.400 integrantes del grupo es mayor de edad. Los miembros más jóvenes son, por lo general, estudiantes o quienes se interesan por alguna cuestión en particular. Piden autorización para ingresar a la comunidad por curiosidad o porque quieren abordar el debate desde sus áreas de estudio. Actualmente, este colectivo activó dos nuevas redes sociales, Twitter e Instagram para alcanzar a un público diferente, y comenzó a publicar videos de sus actividades en su canal de YouTube.

En los últimos meses, la actriz y conductora Solita Silveyra ganó popularidad en los medios de comunicación masiva, y aprovechó para darle voz a la lucha por la reglamentación de la eutanasia, posicionándose, en cierta forma, como embajadora de la causa. La actriz sufrió un accidente cerebrovascular (ACV) asintomático en enero de 2021 y aprovechó las entrevistas concedidas para concientizar sobre los ACV y adoptar una postura activa a favor de la decisión del propio cuerpo en la etapa de final de vida. Algunos titulares que se desprendieron de las entrevistas son: “*Me gustaría poder ejercer mi eutanasia*” o “*Cuando sienta que algo me limita para estar plena, prefiero irme*”, sin dejar lugar a dudas.



No obstante, el debate público se encuentra aún en su etapa más incipiente y, hasta finales de febrero de 2022, debido a las restricciones sanitarias para contrarrestar la propagación de la pandemia de coronavirus, las acciones que ensayaron un espacio de discusión sobre la eutanasia y muerte asistida se desarrollaron solo a través de plataformas virtuales y el grupo de Facebook.

Una organización que se encarga de generar espacios de reflexión a través de exposiciones abiertas y posteriores ciclos de pregunta y respuesta con expertos es el Comité de Bioética y Comisión de Educación Médica Continua del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba (CMPC). Un miembro activo es Soriano.

Del lado opuesto, también es posible identificar organizaciones que institucionalmente se oponen a esta iniciativa.

Tal es el caso de una gran cantidad de abogados nucleados en el Centro de Bioética, Persona y Familia. Si bien los impulsores del proyecto de ley y este centro están de acuerdo en que toda persona tiene derecho a acceder a cuidados paliativos, que su administración es la respuesta de fondo a problemas vinculados con los sufrimientos en el final de vida y que se debe evitar el encarnizamiento terapéutico, no concuerdan en la definición de prácticas extraordinarias.

Para el director del Centro de Bioética, Persona y Familia y doctor en Ciencias Jurídicas, Jorge Nicolás Lafferriere, la alimentación e hidratación no son tratamientos extraordinarios. En una entrevista con el diario Redacción, Laferriere aseguró: *“Todos tenemos derecho a los cuidados básicos”* (Flier, 2021, párr. 14). Quienes se oponen llaman a esta práctica eutanasia pasiva.

En Córdoba, provincia de origen del proyecto de ley Alfonso, el bloque político Encuentro Vecinal adhirió al enfoque del centro y también se pronunció en contra de la eutanasia. Según su sitio web oficial (<https://evcba.com.ar>), este frente surgió en 2011 de la fusión de Encuentro por Córdoba, de la Unión Cívica Radical, y la Unión Vecinal Córdoba. Aurelio García Elorrio, legislador y candidato a diputado nacional en las elecciones de noviembre de 2021, es uno de los referentes del bloque de tendencia conservadora. Entre sus principios se destaca *“la defensa de la vida humana, desde el momento de la concepción hasta la muerte natural”*, y *“la protección integral de los derechos humanos de la mujer embarazada y de las niñas y niños por nacer”*.

Otro concepto de disputa entre quienes están a favor y en contra es el de autonomía personal. Para Lafferriere se trata de una *“visión individualista liberal y una claudicación como sociedad ante el sufrimiento”*. Según evaluó, como se desaliente el suicidio *“al legalizar la eutanasia cada quien es*

dejado a su suerte y decisión. La vida es un bien. No puede ser objeto de derecho, no puede haber una acción dirigida a la privación de un bien” (Flier, 2021, párr. 22).

Además, esta postura sostiene que el proyecto tiende a deshumanizar la medicina. Para Laferriere es *“pretender que una ciencia que tiene por misión salvar la vida se ponga al servicio de ponerle fin”*. Según explicó, en marzo de 2021 se reformó la ley sobre suicidio asistido en Canadá para detallar que en caso de que falle el primer procedimiento de suicidio asistido, el médico debe administrarle una segunda sustancia para poner final a la vida. En esta situación, para él, *“la tarea del médico se transforma y pasa a ser un profesional que busca asegurar que la persona haya muerto”*.

Otro actor que se posiciona en contra del proyecto de ley es Agustín Silberberg, médico especialista en clínica médica y capellán del Hospital Universitario Austral, donde también preside el comité de Bioética. Su argumento descansa en que

“un enfermo necesita cuidado y solidaridad, y no una mirada fría y funcionalista que promueva el descarte de los enfermos. La vida es el primer bien humano. Cuidarla es responsabilidad de todos. El enfermo que alcanza a percibir su propia dignidad —gracias al acompañamiento del equipo médico, familiares y amigos— continúa amando su vida hasta el último instante”. (Flier, 2021, párr. 23).

De acuerdo con Silberberg, si bien la legalización de la eutanasia no la hace obligatoria, presiona sobre el enfermo grave que se siente una carga insoportable para su familia.

Tanto el argumento de Lafferriere como el de Silberberg son rebatidos por Soriano, quien consideró que la medicina ya está deshumanizada y adjudicó la responsabilidad al plan de estudio de las carreras de ciencia de la salud, que, sostuvo, necesita una reforma.

“No se puede estudiar bioética en una materia electiva al final de la carrera (...) Justamente por eso se ha deshumanizado tanto la medicina, porque vemos un corazón que viene a consultar, o una panza enferma, y lo que tenemos es un sujeto doliente, un enfermo que viene falto de firmeza y que realmente tiene pérdida de su autonomía, está en una situación de vulnerabilidad, ha sido vulnerado ya por su enfermedad. Nosotros tenemos la obligación moral y ética de conocer cuáles son sus valores para poder tratarlo mejor. Nuestra propuesta es que la enseñanza de la Bioética sea transversal a la carrera”. (C. Soriano, comunicación personal, 22 de septiembre de 2021)

Soriano explicó que no debe existir una oposición entre la medicina paliativa y la eutanasia, sino que deben pensarse como dos etapas de un mismo proceso. *“La eutanasia debe ser el escalón final, porque ningún método de la medicina pudo actuar y el paciente tiene un dolor, ya sea psíquico o físico, o un dolor existencial que es irreversible”*. (C. Soriano, comunicación personal, 22 de septiembre de 2021).

En este punto, la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (AAMyCP) se posiciona como otro protagonista. En junio de 2018, quien se desempeñaba como directora de la asociación, María de los Angeles Minatel, participó del programa del XII Congreso Internacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, que se realizó en Madrid de cara al debate parlamentario sobre despenalización de la eutanasia en España. En 2018 en Argentina no existía un debate en torno a la muerte asistida, sin embargo Minatel expresó que si se despenalizaba la eutanasia o el suicidio asistido *“antes de que los cuidados paliativos sean accesibles para la mayoría de la población, siempre se dejará el vaso medio vacío”* (Infosalus, 2018, párr. 3). *“No se trata de estar a favor o en contra, pero ante el sufrimiento de una persona es preciso tener en cuenta que una de las herramientas fundamentales para prevenirlo y aliviarlo son los cuidados paliativos”*, agregó. También quiso rebatir el argumento de quienes presentan la eutanasia *“como una opción ante el sufrimiento intolerable”* y comparó: *“¿Qué hacemos con las personas que sufren por hambre, que es un sufrimiento evitable tan alto como el que puede producir una enfermedad?”*. Sin embargo, ahora, dos años más tarde, y después de que varios países promulgaron legislaciones relacionadas a la muerte médicamente asistida, la AAMyCP, presidida por la médica clínica Liliana Rodríguez, parece reconsiderar su postura. En su página web (<https://aamycp.com.ar/encuesta-de-opinion-sobre-la-eutanasia-en-argentina/>) en marzo de 2021, la asociación de profesionales paliativistas puso a disposición una encuesta de opinión para sus socios, y algunas de las preguntas que comprende son:

- ¿En su práctica asistencial ha tenido pacientes que le han solicitado eutanasia?
- ¿Considera que el debate sobre la eutanasia en Argentina debiera darse luego de la aprobación de la Ley Nacional de Cuidados Paliativos?
- ¿Considera que el debate sobre la eutanasia debiera darse luego de que esté garantizada la accesibilidad a los cuidados paliativos en Argentina?
- Sobre la eutanasia en Argentina, ¿estaría de acuerdo con su legalización?
- ¿Sobre el suicidio asistido en Argentina, estaría de acuerdo con su legalización?

La asociación hace una distinción entre los conceptos de eutanasia y suicidio asistido. Entiende al primero como *“la provocación intencionada de la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa de ésta, y en un contexto médico”*, mientras que

define al segundo como “la ayuda médica para la realización de un suicidio, ante la solicitud de un enfermo, proporcionándole los fármacos necesarios para que él mismo se los administre”. Por último, la encuesta invita al profesional a participar en un encuentro de reflexión e intercambio sobre eutanasia y muerte asistida y solicita el correo electrónico del interesado. A febrero de 2022 la encuesta sigue abierta, por lo que la organización no publicó siquiera resultados parciales.

Esta iniciativa evidencia -a primera vista- una apertura del debate dentro de la AAMyCP, luego de que en 2018 se pronunciara en contra de una eventual ley de la eutanasia en Argentina. No obstante, otra lectura posible es que la encuesta sea insumo para la confección de una campaña de difusión en contra del proyecto de ley. De una u otra forma, es un factor que cristaliza parte de un proceso de transformación social a nivel nacional del imaginario respecto de la eutanasia, como consecuencia de una mayor difusión de información y presionado por una coyuntura internacional en la que la eutanasia y la muerte asistida son autorizadas en cada vez más países occidentales.

Otro argumento esgrimido por quienes están en contra de una ley de muerte médicamente asistida es establecerlo en términos de médicos paliativistas versus profesionales que quieren la legalización de la eutanasia. Sin embargo, Breuer aseguró que es un planteamiento erróneo:

“una cosa no implica la exclusión de la otra. Ambas, paliación y eutanasia, deben ser vistas como complementarias. Idealmente el paciente que ya no puede ser curado ha de poder optar por los cuidados paliativos el tiempo que quiera o por la ayuda a poner fin a sus días del mejor modo posible”. (Breuer y Soriano, 2021)

Para los médicos paliativistas que se oponen a la ley, si se quiere morir bien todo lo que se precisa es potenciar el desarrollo de la medicina paliativa y poner a disposición de todos los enfermos una paliación de acceso universal. Según Breuer es necesario que la medicina paliativa adquiera dignidad profesional y para conseguirlo se debe traducir en medidas concretas, aunque sean posibles nuevas fuentes de conflicto. Entre ellas, destacó la reforma de los planes de estudio de la carrera de medicina y enfermería, la modificación de estructuras hospitalarias y clínicas para ganar más espacio institucional para el desempeño de los cuidados paliativos y reencauzar los fondos previstos en el presupuesto de la Salud.

“Mucho más urgente se vuelve contar con una ley de eutanasia, de asistencia a la muerte voluntaria, cuando dejamos el reino de los experimentos mentales y volvemos a la dura realidad del ejercicio de la medicina aquí y ahora. Cuando se discutía la ley en España, se manejaban cifras: tiene un poco menos de 42 millones de habitantes, cada año mueren unas 400.000 personas. Se estima que 200.000 morían con dolor, y de esas 200.000 una cuarta

parte, 50.000, mueren sin ningún tipo de acceso a la medicina paliativa. En este sentido, a mí entender la prueba irrefutable es la que nos brindan las sociedades que cuentan con una oferta de medicina paliativa, si bien no perfecta sí bastante satisfactoria”. (Breuer y Soriano, 2021)

En el campo estricto del paradigma médico, el proyecto de ley plantea un cambio estructural a través de una modificación del paradigma médico hegemónico, herencia del juramento Hipocrático, que ubica en el centro del dilema al médico, como salvador de la humanidad, y coloca en el lugar de decisor al paciente.

A estas posturas de los campos político, judicial y médico, también hay que sumar la posición del ámbito religioso. Si bien existe un sector que es favorable a la ley, como algunas monjas que forman parte del grupo Católicas por el Derecho a Decidir, la Iglesia Católica y las religiones musulmana y judía rechazaron históricamente y aún rechazan la eutanasia y la muerte asistida con los mismos argumentos con los que se oponían a la ley del aborto.

Monseñor Bochaty, en tanto, equipara el concepto de eutanasia al de asesinato:

“Por más de que las legislaciones permitieran la eutanasia o el suicidio asistido y dejarán de ser un crimen o un delito causar esa muerte, desde el punto de vista ético, moral, cultural, religioso, humano, sigo tomándome yo la determinación de eliminar la vida del otro, por el argumento que sea, porque lo pide la persona que está desesperada, que tiene un sufrimiento inmenso desde el punto de vista psicológico o emocional, o simplemente porque su concepción de la vida dice que puede matarse cuando quiera”. (Laferriere et al., 2021)

Asimismo, en representación de la Iglesia Católica, considera que las peticiones de eutanasia existen porque los pacientes no están bien tratados, y apela al argumento de cuidados paliativos vs. eutanasia, porque, según el *“cuando los cuidados paliativos son óptimos, se reducen los pedidos de eutanasias”* (Laferriere et al., 2021).

Para desacreditar la idea de una ley de la eutanasia, Bochaty apuntó directamente contra lo que hace posible un procedimiento como este: la ciencia, que ha crecido con más fuerza y se ha posicionado en el centro de la escena desde la aparición del coronavirus.

“Y el fracaso de muchos pasos científicos en nuestra pandemia, fíjense cuáles son las soluciones que nos dio la ciencia, lavarse las manos, tener un distanciamiento social, usar un tapabocas, ya lo hacían en las pestes del medioevo europeo, eso no es ciencia, es sentido

común. No quiero ser negativo, dimos pasos maravillosos con la identificación de la bacteria o del virus, la vacuna, los estudios, etcétera, pero seamos honestos, hemos podido comprobar en primera persona que la ciencia no es la panacea” (Laferriere et al., 2021).

La institución también se opone a pensarlo en términos de derechos humanos: *“Es claro que las peticiones de eutanasia y suicidio asistido crecen y se ponen como derechos humanos, que son muy diferentes a los derechos de los humanos, y que no son verdaderamente algo que libera al hombre sino algo que lo termina” (Laferriere et al., 2021).* Del mismo modo se opone a reappropriaciones de palabras y la socialización de nuevas definiciones, como el concepto de colectivo. Se atiene a la *“lengua castellana”* que defiende inamovible, y presenta una postura conservadora frente a cualquier proceso que involucre transformación.

De acuerdo con Bochaty, eutanasia es hablar *“de que cuando no podemos acompañar a una persona en un proceso psicológico, emocional, psiquiátrico, afectivo, ideológico, sobre la muerte, tenemos que aplicarle la muerte, asistir al suicidio, es como un enterrar la cultura de la vida y la cultura de la libertad del hombre que sí tenemos” (Laferriere et al., 2021).* No se refiere a su propia muerte, habla de la suya y también decide por toda la sociedad, pasando por alto la libertad individual.

Estos argumentos son compartidos por Fishel Szlajen, rabino y doctor en Filosofía con postdoctorado en Bioética, director del Departamento de Cultura de la AMIA. Además, remite a una justificación económica, ya que sostiene que la eutanasia implica un ahorro en gastos y cargos de los cuidados paliativos, volviendo a la dicotomía cuidados paliativos vs. eutanasia. De acuerdo con sus declaraciones, si bien quienes quieren la ley condicionan la dignidad, según él, a una forma hedonista o estética por su operatividad, su salud o su apariencia, un ser humano, incluso si fuese moribundo, nunca pierde su dignidad. *“Invocar la autonomía para justificar la muerte voluntaria de un paciente viola el propio significado esencial de la medicina, ya que tratar el sufrimiento eliminando al que sufre es el mayor contrasentido de la acción médica paliativa” (Laferriere et al., 2021).* Del mismo modo, explica que respetar la decisión de quien quiere morir implica violar tres de los cuatro principios de la ética principista, que son los de no beneficencia, no maleficencia y justicia.

Para Szlajen cuando la muerte es irremediable, inminente y lo único que hay para hacer en la aparatología médica es continuar un proceso agónico, sin ningún tipo de acción terapéutica ni paliativa, basta con el derecho del paciente a rechazar cualquier tratamiento, porque así *“se exime al paciente del suicidio, al personal de salud de cometer un homicidio y a los terceros de incitación al suicidio o al homicidio” (Laferriere et al., 2021).* En otras palabras, para él, de esta forma se respeta la dignidad de la persona, de la profesión médica y de la familia.

La tercera postura en contra es la de Imán Marwan Gill, presidente de la Comunidad Musulmana Ahmadí en Argentina. De los tres argumentos es el más conservador. Si bien adhiere a todos los argumentos expuestos por Bochaty y Szlajen, añade otros puntos, como dogmas. Con un discurso más directo, asegura que la vida de cada ser humano le pertenece a Dios y que el suicidio es considerado uno de los mayores pecados. Para ello recurre al Islám:

“Para cada enfermedad Dios ha otorgado un tratamiento o una cura, menos para la muerte o el envejecimiento (...) Desde la filosofía islámica consideramos que hay dos cosas predestinadas, el inicio de la vida y la muerte, y Dios aclara que esas dos cosas se dan bajo su criterio. Después, desde el nacimiento y hasta la muerte, nosotros tenemos el libre albedrío, ahí es donde Dios nos otorgó la libertad”. (Laferriere et al., 2021)

Sobre el dolor, Marwan Gill explica que para la religión musulmana, una muerte digna implica morir conforme a los criterios de la teología islámica, es decir, cuando Dios está complacido con el ser humano, por lo tanto esto no implica que morir sin dolor sea morir con la complacencia de Dios, y hace culto al mártir quien, según su religión, recibe la vida eterna. Para ellos, la vida es sinónimo de prueba de fe.

“El Islám no enseña a aceptar el sufrimiento ciegamente o desear el sufrimiento, sino que enseña a hacer todas las prevenciones posibles para evitar el sufrimiento. Pero si una persona llega y tras sus esfuerzos tiene que padecer el sufrimiento físico, él en ese momento por el amor de Dios y por aceptarlo como el creador y dueño de su vida entonces tiene que padecer ese momento con perseverancia”. (Laferriere et al., 2021)

No involucrarse con el debate por el suicidio asistido, según Marwan Gill, depende de dos aspectos, que el ser humano entienda el concepto de sufrimiento y de la fuerza que tenga.

Los argumentos de los exponentes de la Iglesia Católica y religiones judía y musulmana dejan en evidencia, por un lado, el contundente rechazo a la decisión sobre el propio cuerpo y, por otro lado, la reticencia a cualquier cambio que implique una ampliación no solo en términos de derechos sino también en relación a lo social y a la diversidad. En otras palabras, promueven la reproducción de las condiciones que los ubican en un lugar de poder.

Un ejemplo de estas posturas es la practicada en el hospicio Buen Samaritano, una organización de orientación cristiana que busca acompañar a personas con una enfermedad grave avanzada, con el apoyo de diversos profesionales y voluntarios.

En los últimos meses también el papa Francisco hizo pública su postura respecto de la eutanasia, le imprimió la misma valoración que al aborto, la definió como “*un crimen contra la vida humana*” y que “*toda cooperación formal o material inmediata a tal acto es un pecado grave*” (Vaticannews, 2020, párr. 1) y lo relacionó con la “*cultura del descarte*” (Cope, 2021, párr. 1).

Sin embargo, de acuerdo con Soriano, la Iglesia solo debe promover y difundir la fe para quienes la profesan o quieren profesarla, sin interferir en las políticas del Estado:

“Imaginemos una situación hipotética: todos los legisladores son testigos de Jehová. ¿Qué haríamos en ese caso? ¿no nos pasaríamos sangre porque todos los legisladores nos quieren imponer sus creencias? La institución religiosa tiene que ser, de una vez y pasa siempre, participe de sus creencias, pero no puede valerse de ese poder que tiene, que en parte se lo brinda el Estado porque la subvenciona, para ser cómplice de un terrorismo o un genocidio de Estado, como fue el golpe cívico eclesiástico militar en la Argentina”. (C. Soriano, comunicación personal, 22 de septiembre de 2021)

Pero si bien la iglesia tiene su peso fundamental, también es una institución que funciona para sostener el statu quo. Al respecto, la sanción de la ley Alfonso limitaría el negocio que se establece respecto del final de la vida, la gran maquinaria que es necesaria para mantener a alguien con vida, en la que se contemplan recursos farmacológicos y bioquímicos, soportes vitales, corporaciones, centros de salud, entre otros.

Si bien Soriano encuentra erróneo plantear el debate de la eutanasia en términos económicos, es posible citar algunos datos: un paciente en terapia intensiva puede llegar a costar desde 50.000 a 100.000 pesos por días y una vez que se ingresa a cuidados intensivos sus posibilidades de sobrevivir se reducen a un 50%. Sobre esto, sostuvo:

“Con respecto de ese mercado que mantiene a la persona con vida, uno tiende a no ser mal pensado y a pensar que la mantiene con vida no por negocio sino porque intentan salvarle la vida. Si ese mercado se quiere oponer, allá ellos. Yo con esto también voy a combatir otro mercado que es el clandestino de la muerte”. (C. Soriano, comunicación personal, 22 de septiembre de 2021)

De este modo, también se incorpora un nuevo actor, el del mercado clandestino de la práctica eutanásica que, aunque no es posible hallar estadísticas, se confirma su realización a través de testimonios.

Por otro lado, como se mencionó anteriormente, el proyecto de ley podría generar nuevas demandas de otros sectores, como el de los cuidados paliativos que contemplaría una redistribución del presupuesto destinado a Salud, por lo que se involucra a la administración del Estado.

Además de la iniciativa de Estévez, está la de Interrupción Voluntaria de la Vida, de los senadores por de la UCR por Mendoza, Julio Cobos y Pamela Verasay, miembro de la alianza política Cambiemos, y el proyecto de Ley de Buena Muerte, de los diputados Alfredo Cornejo, Jimena Latorre y Alejandro Cacace, también de la UCR y miembros de Cambiemos. Hay un tercer boceto que aún no fue presentado y que pertenece a la diputada radical por Córdoba Brenda Austin. Si bien resulta difícil determinar en este estadio embrionario qué ocurriría si ambas iniciativas fueran rechazadas, es decir, cuáles serían las posturas de los legisladores y sus respectivos bloques y/o qué alianzas podrían tejerse, se entiende que, en este punto, todos están a favor de la práctica de la eutanasia y buscarán la aprobación de su iniciativa legislativa en el Congreso.

Con respecto a Cobos, hay dos motivos que sirvieron de impulso en la elaboración de su proyecto de ley. Durante una entrevista en julio de 2021 con el portal El Diario Ar, afirmó que una de las razones fue que vio que el tema estaba avanzando en otros países y decidió *“estudiarlo para estar preparados cuando sea el momento”* (De Masi, 2021, párr. 1). La segunda razón, al igual que la mayoría de las personas que se declaran a favor de una ley de la eutanasia, remite a una historia personal. Su madre falleció diez años después de haber sido diagnosticada con Alzheimer, y en medio se sumó otra enfermedad, el Parkinson. Según contó Cobos, su *“mamá se fue consumiendo. Sus últimos días fueron muy tristes, para ella y para toda la familia. Estaba totalmente aislada, sin conocimiento de la realidad ni de su historia. Conectada a un respirador y alimentada de manera artificial. De ella quedaba un tercio del físico que había tenido”* (De Masi, 2021, párr. 2). *“No podía ser mi vieja, no quería que sufriera más”*, agregó. Su propuesta también es impulsada por el exfuncionario mendocino Daniel Ostropolsky, que padece ELA. De acuerdo con Cobos, la idea es lograr una propuesta lo más *“ajustada”* posible, es decir, que garantice el derecho pero que además deje en claro que la práctica sea *“controlada y regulada”* (De Masi, 2021, párr. 4).

El proyecto de Ley Buena Muerte, presentado por diputados radicales, parece responder a una estrategia política. De la conferencia de prensa que Cornejo, Latorre y Cacace brindaron en Mendoza tras presentar la iniciativa en el Congreso, también estuvieron participaron Verasay y Cobos, y el abogado Daniel Ostropolsky, jurista y exmiembro del Consejo de la Magistratura, que padece ELA y reclama una ley que garantice la decisión de elegir cuándo poner fin a la vida.

No obstante, dentro de la misma alianza hay desencuentros. Luis Juez y Carmen Álvarez, candidatos a senadores por Juntos por el Cambio, se expresaron en contra de una ley de eutanasia, y remarcaron que había diferencias dentro de la misma alianza.

En tanto, el anteproyecto de Austin, al igual que la iniciativa del Frente de Todos, se inspiró en la historia de Alfonso, a quien conocieron cuando recibieron su convocatoria en simultáneo a una reunión en su casa. Durante una entrevista en marzo de 2021 con el portal El Diario Ar, manifestó: *“(La eutanasia) es un tema que nos parece relevante discutir en el marco de un compromiso que tiene que ver con la autonomía, con el respeto a la privacidad y al derecho de las personas a decidir sobre su cuerpo”* (De Masi, 2021, párr. 14). El proceso de armado de anteproyectos de la UCR y del FdT tuvo una característica especial: el diálogo entre ambas diputadas siempre estuvo presente. Al igual que lo que ocurrió durante el proceso de confección de la ley de la ILE, la eutanasia, al menos en ese momento, se prestó a un debate transversal. Las palabras de Liliana Montero, subsecretaria de Planificación y Gestión de la capital de Córdoba, y quien acompañó a Austin en el borrador de la iniciativa, encuentran coincidencia con lo que opinan varios actores: *“Si podemos decidir sobre nuestra vida, también deberíamos poder hacer con nuestra muerte. Por eso la eutanasia es un derecho esencial”* (De Masi, 2021, párr. 13).

Desde el Frente de Izquierda, la excandidata a diputada Liliana Oliveiro afirmó que su bloque está a favor de una ley de la eutanasia y de ampliar los derechos de la muerte digna.

Los Libertarios, por su parte, tienen dos organizaciones. Una es Libertad Avanza, y su excandidata a senadora María Eugenia Gordillo se expresó a favor de una ley de muerte médicamente asistida siempre y cuando el paciente tenga una enfermedad terminal, pero destacó que previamente deben resolverse otras cuestiones, como la pobreza y la inflación.

“No somos dogmáticos y respetamos de acuerdo con su religión, la postura de cada candidato. Rubén Petetta y yo estaríamos de acuerdo con una ley de eutanasia siempre y cuando sea para enfermedades terminales e irreversibles y solventados los costos por la persona que pida la misma”. (Suppo, 2021, párr. 32)

La otra es Republicanos, y Agustín Spaccesi, quien encabeza la lista de senadores, se posicionó en contra de una ley de la eutanasia:

“Consideramos que en la Argentina no es necesaria una ley de eutanasia por diversos aspectos a destacar: no creemos que el Estado trate sobre la vida o la muerte de las personas. Pero al margen de esto, en la Argentina ya contamos con una legislación de muerte

digna, que va en contra del hacinamiento terapéutico, algo innecesario y que es una bomba de humo, como sería la eutanasia, para ocultar los verdaderos temas que deben y tienen para discutir los argentinos”. (Suppo, 2021, párr. 28)

7.2.2. Cuadro de actores

A modo de sistematización, en este apartado se confecciona un cuadro de doble entrada con la información vertida en el segmento anterior. De este modo, se identifica cada actor, su nivel de interés en el tema y nivel de incidencia, su discurso, los soportes y evidencias comunicativas utilizadas y, por último, las estrategias de comunicación empleadas.

[Click acá para acceder al cuadro de actores](#)

7.2.3. Los actores se repiten: Ley IVE

Es posible destacar en los distintos discursos de quienes están en contra de una ley de la eutanasia, un elemento recurrente: la mención al aborto. Quienes rechazan la muerte médicamente asistida, encuentran que eutanasia y aborto tienen el mismo denominador común, el homicidio. Ambos debates son atravesados por preguntas acerca del propio cuerpo, los límites de la vida y de la muerte, y defienden la prolongación de la vida, incluso cuando acarrea agonía. No están de acuerdo con la objeción de conciencia, para ellos la eutanasia debe seguir prohibida. En general los actores se repiten. También, quienes están a favor de una legislación que garantice el suicidio asistido comparten argumentos a favor del aborto y propugnan por la libertad de decisión, la dignidad humana y la autonomía respecto del propio cuerpo.

7.2.3.1. Continuidades y rupturas

Los discursos a favor y en contra del derecho a una muerte médicamente asistida se encolumnan detrás de los debates que allanaron el camino de los derechos humanos y marcan una continuidad con los argumentos que respaldaron o rechazaron la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), porque comparten dos denominadores en común: la decisión sobre el propio cuerpo y la dicotomía

vida/muerte. En concreto, se reiteran algunos actores y discursos sobre las legislaciones que implican una ampliación de los derechos adquiridos. Por ejemplo, en la ley de divorcio, un amplio espectro de la sociedad civil estaba a favor, pero la institución religiosa y determinados sectores de poder conservadores la rechazaban, porque de ese modo nada en la cadena de poder se transformaba y mantenían su rol en la sociedad. Más recientemente, estos mismos dos grandes sectores aparecieron contra la ILE, debate en el que también se sumó un sector civil que protegía la vida por nacer.

Al comparar los actores que asistieron al debate de la ILE y los que participan del de la eutanasia se reportan repeticiones. Así son, por ejemplo, los partidos políticos con una tendencia más conservadora y la Iglesia Católica, que se presentan como opositores. Dentro del sistema sanitario también se replica el escenario: hay partes a favor y otras en contra, como las instituciones y asociaciones oficiales. No obstante, el argumento de “la vida del niño por nacer” que sostenían quienes se hacían llamar provida (en contra del aborto) en el caso de la eutanasia queda anulado.

Del mismo modo en que se cristalizó en la campaña por la legalización del aborto, en esta iniciativa parece establecerse una red transversal a los partidos políticos, géneros y edades. La muerte llega a todos, independientemente si se sea biológicamente capaz o no de gestar un feto.

7.2.3.2. Iglesia Católica y Derechos Humanos

En la tesis de grado *La construcción de la figura de la mujer en los discursos de las organizaciones sociales a favor y en contra del aborto: El caso de Grávida y Socorristas en Red*, los comunicólogos Arias y Álvarez Moreno retomaron el rol de la Iglesia Católica para describir su postura frente a la ILE. Ellos establecen que se trata de “una de las principales instituciones que por medio de justificaciones y estrategias resiste los cambios legales favorables a los derechos sexuales y reproductivos, sobre todo en América Latina” (Arias y Moreno, 2018:21-22). Una de esas estrategias es la objeción de conciencia, que se considera un deber de los fieles para no cumplir con las leyes contrarias a los principios religiosos, que se oponen a la Ley de Dios, con la “cultura de la vida” que demarcó Juan Pablo II en la encíclica *Evangelium Vitae*, de 1995.

“Así pues, el aborto y la eutanasia son crímenes que ninguna ley humana puede pretender legitimar. Leyes de este tipo no solo no crean ninguna obligación de conciencia, sino que, por el contrario, establecen una grave y precisa obligación de oponerse a ellas mediante la objeción de conciencia”. (Evangelium Vitae, 1995:73)

Según explicó el sociólogo Juan Vaggione en el texto *La “cultura de la vida” Desplazamientos estratégicos del activismo católico conservador frente a los derechos sexuales y reproductivos*, tanto la objeción de conciencia como la instrucción a legisladores y la judicialización de la anticoncepción de emergencia son nuevos frenos empleados por las autoridades religiosas para obstaculizar políticas públicas vinculadas a los derechos sexuales y reproductivos. Estas estrategias evidencian, en el devenir histórico de la Iglesia Católica, *“un desplazamiento hacia las posibilidades que brinda el sistema democrático”* (Vaggione, 2012:74) dado que en su forma tradicional, se centraba en evitar la separación entre la iglesia y el Estado, apelaba a la excomunión, o intercambiaba apoyo y legitimidad a favor de la clase política.

En suma, durante el debate por el proyecto de ley del aborto, de acuerdo con Arias y Moreno, los activistas católicos mostraron una tendencia a justificar su posicionamiento por medio de *“investigaciones científicas y ya no a través de justificaciones morales o religiosas”* (Arias y Moreno, 2018:22). Y aunque estos fieles religiosos nunca abandonaron la emotividad para transmitir sus consignas, apelaron al discurso de los derechos humanos para reivindicar su posición de defensa del derecho a la vida desde la concepción. En tanto, las feministas que bregaban por la ILE sostenían el derecho de disponer del propio cuerpo y decidir en libertad.

En palabras de la doctora en Ciencias Sociales, Josefina Brown, el punto de disputa entre quienes están a favor y en contra está en la apropiación del discurso de los derechos humanos por parte de actores que originalmente los había ignorado y no formaban parte de su lenguaje:

“El eje se va corriendo y ya no es o no aparece como si fuera un debate entre quienes defienden derechos y quienes defienden valores. Ahora queda mucho más claro que se trata de un desacuerdo a lo Rancière y no, de un simple malentendido; es decir, se perfila cada vez más una batalla acerca de qué se entiende por derechos humanos, por vida, por libertad. En definitiva, por qué es la blancura o la negritud y no por si es blanco o negro y eso torna el debate público y político mucho más complejo”. (Brown, 2008:5)

De acuerdo con el investigador Mariano Del Pópolo, tanto las discusiones por la ILE como por la eutanasia tienen varias líneas en común. Las dos principales: garantizar la autonomía a decidir sobre el propio cuerpo y la integridad de la persona. La idea de dignidad humana se hace presente en ambos casos y en la ILE es la que dirime la controversia.

“No garantizar a una persona que pueda decidir sobre su cuerpo, si quiere gestar o no un feto, limita la posibilidad de decisión sobre su propio cuerpo y en consecuencia limita la dignidad humana, por eso la ILE termina siendo un derecho. En el caso de la eutanasia

entran en juego valores morales que asocian el derecho natural al divino o a una tradición más naturalista o liberal que plantea que el Estado no puede finalizar la vida de una persona. Son perspectivas jurídicas atravesadas por sentimientos morales, como también lo está la idea de que la eutansia a la idea de compasión y, por ende, al principio de la dignidad humana” (M. Del Pópolo, comunicación personal, 4 de septiembre de 2021)

Los derechos humanos se caracterizan por dos atributos, son progresivos e irreversibles, lo que hace que la ILE sea considerada ya un derecho humano adquirido. La transformación comienza de manera subrepticia y desemboca en los derechos y las normas, pero al igual que todo lo que rodea al ser humano, lo jurídico también es una construcción social que está atravesada por valores y la cosmovisión de una época. Esto generó que en *“un momento fuese imposible pensar en la eutanasia como un derecho humano, y hoy sí se pueda pensar como una discusión válida” (M. Del Pópolo, comunicación personal, 4 de septiembre de 2021).*

7.2.3.3. Aborto y agenda mediática

La instalación de la cuestión de la violencia de género en la agenda mediática comenzó de manera virtual, tras darse a conocer el 11 de mayo de 2015 el femicidio de Chiara Páez, que acababa de cumplir 14 años en Rufino, una ciudad de Santa Fe. Ese mismo día, la periodista Marcela Ojeda tuiteó: *“Actrices, políticas, artistas, empresarias, referentes sociales... mujeres, todas, bah. ¿No vamos a levantar la voz? NOS ESTÁN MATANDO”*. El 3 de junio se realizó la primera movilización multitudinaria bajo la consigna #NiUnaMenos. La lucha en la dimensión discursiva fue y sigue siendo esencial, incluso hoy, tras lograr que el Estado implemente políticas públicas con el objetivo de evitar femicidios, brinde herramientas para víctimas de violencia de género, la sanción de la ILE y la puesta en marcha de la Educación Sexual Integral (ESI). El lenguaje organiza pensamientos y moldea razonamientos.

La sociedad civil, colectivos como #NiUnaMenos, movimientos feministas, intelectuales, familiares de víctimas, figuras públicas, actrices, músicas y cantantes contribuyeron a dar visibilidad a la violencia de género y con la apropiación del espacio público y la reflexión en los espacios privados presionó para que el Gobierno la incluyera en su agenda. Los casos de femicidios, denuncias de abusos sexuales y maltratos físicos y psicológicos se incrementaron y para finales de 2015, 236 mujeres y niñas habían sido asesinadas en el país.

El respaldo de la sociedad fue central, como también las celebridades que, gracias a su popularidad, podían introducir la problemática en otros ámbitos y legitimar un diálogo al respecto en, por ejemplo, un programa de chimentos, o generar un cuestionamiento sobre determinadas lógicas que imperaban en otros programas de entretenimiento que estuvieron al aire por años, como los que condujo Marcelo Tinelli.

En paralelo, los medios de comunicación acompañaron la lucha y se cristalizó en el tratamiento de las noticias, lo que dio cuenta de una transformación a niveles ideológico y discursivo: la víctima dejó de ser considerada la culpable, se dejó de cuestionar sus atributos, modos de ser o vestir o intereses, y la información comenzó a centrar en el culpable: el asesino, violador o acosador. La metamorfosis cultural también se produjo en las imágenes que ilustraban las notas y que ponían a la víctima en primer plano anclando la interpretación que querían que el lector hiciera del artículo. El culpable comenzó a tener rostro.

Por este mismo camino parece moverse el debate por el derecho a la muerte médicamente asistida. Ambos comparten un origen virtual, aunque en el caso de la campaña que procura acompañar el proyecto de ley Alfonso las condiciones sanitarias no permitieron otra dinámica.

Esta es la etapa del debate, la lucha de intereses y la construcción de consensos para generar una opinión pública que favorezca la iniciativa legislativa. Ya se produjo la identificación de la cuestión y el colectivo definió los límites y alcances de la cuestión. El relevamiento de medios expone un incremento de publicaciones relacionadas con la eutanasia en lo que va de 2021, lo que establece una tendencia a la alza, al igual que se manifiesta un incremento en el interés general de quienes utilizan el motor de búsqueda de Google. Tras afianzar el espacio en los medios de comunicación y en el espacio público, el último paso será el reconocimiento de la importancia de la cuestión por parte de los gobernantes y su inclusión en la agenda del Gobierno.

7.2.3.4. Aborto y medios de comunicación masiva

Históricamente, los artículos en los que se trataban temas relacionados con el aborto tenían espacio solo en periódicos progresistas y revistas feministas, y sus publicaciones se daban de manera efímera y sin una tematización. Sin embargo, a principios de la década de 1990 se produjeron dos acontecimientos que permitieron que el aborto ocupara un mayor espacio en los medios. Uno de ellos fue una reunión pública para entregar un “anteproyecto de ley de anticoncepción y aborto al Parlamento”, que fue cubierta por los medios gráficos *Crónica*, *Página 12* y la revista *Flash*. El otro

hecho fue la publicación con firma de dos artículos en la sección Psicología de Página 12. En 1994, en el contexto de los cambios a la Constitución Nacional y debido a que la Iglesia Católica presionaba para incluir en el proyecto de ley la cláusula del “*derecho a la vida desde la concepción*”, el tema del aborto cobró visibilidad. El diario Clarín inauguró la modalidad del debate de “las dos campanas”, y difundió la postura de la iglesia, pero también de quienes cuestionaban su cabildeo.

Para 2008, el tema del aborto continuaba siendo abordado en los principales medios desde la subjetividad de la polémica, con pocas investigaciones e información argumentada. De hecho, la única vez que el tema estuvo en una tapa de diario fue cuando *El Diario*, de Entre Ríos, publicó una nota sobre una propuesta anti aborto para la constitución provincial. Hubo otros seis artículos que se refirieron en forma indirecta al aborto: dos de *La Nación*, una sobre el uso de la píldora del día después y otra sobre abusos sexuales de curas católicos en Estados Unidos y seis de *Clarín*, dos acerca de la visita del Papa a Estados Unidos, una sobre el fallo del Tribunal Superior de Chile sobre la píldora del día después y otro sobre el programa televisivo Socias.

De acuerdo con el estudio realizado por Chaheer, Molina y Waigandt, *El aborto en la prensa gráfica argentina*, hasta finales de 2007, de las notas en las que el aborto fue tema principal, el 34% fue argumentada desde una posición religiosa restrictiva; el 18% desde una interpretación jurídica amplia; el 18% desde una interpretación jurídica restrictiva; el 10% desde una posición filosófica amplia; el 10% desde una posición filosófica restrictiva; el 7% desde una posición médica restrictiva; y el 3% desde una posición médica amplia. “*El único tipo de argumentación que no aparece en ninguna nota es la posición religiosa amplia, coincidente con los postulados que tiene sobre el aborto la organización Católicas por el Derecho a Decidir*” (Chaheer et al., 2018:30). Las cifras exponen que, para ese momento, la línea editorial de la mayoría de los diarios con mayor circulación rechazaban una ley del aborto, mientras que en Página 12 se mantuvieron posturas más amplias.

En conclusión, según el sondeo, el tema “*es abordado fundamentalmente a través de noticias (50,5%) Sin embargo, es muy alto el porcentaje de artículos en los que predomina el tratamiento subjetivo (24,5% entre opiniones y editoriales)*” (Chaheer et al., 2018:50).

No obstante, la problemática del aborto comenzó a ocupar las primeras planas de los diarios tras la multitudinaria movilización de 2015, y las reiteradas manifestaciones e intervenciones en vías públicas de diferentes colectivos y organizaciones feministas que impulsaron su tematización. El aborto no era solo una causa, sino también la consecuencia. El concepto de violencia doméstica fue reemplazada por violencia machista o violencia de género, el término asesinato pasional fue desplazado por el de femicidio, la prohibición del aborto fue finalmente comprendido como una doble

violencia sobre el cuerpo de la mujer, por un lado, por la prohibición misma y por lo que significaba la práctica clandestina y, por otro, por lo que implicaba para quien había sufrido abuso sexual.

El modo en que estos casos fueron y son retratados por los medios de comunicación también fue transformándose: dejaron de centrarse en atributos de la víctima, mediante los cuales, a veces, justificaban al victimario, y comenzaron a hacer foco en el asesino o abusador. También se modificó el tratamiento con el que se ilustraban las notas, se dejó de mostrar a las víctimas para revelar los rostros de los victimarios. En los casos en que se exhibía la figura de la víctima, se comenzaron a evitar las imágenes sexualizadas y discursos en los que se refería a hobbies, preferencias o aspectos físicos para argumentar la violación o el asesinato.

El aborto y la violencia de género fueron entendidos como políticas públicas y diversos programas abordados de manera integral contribuyeron y aún asisten a la formación de la ciudadanía.

Pareciera ser que el proceso social que acompaña al proyecto de ley de eutanasia marca una continuidad con el desarrollo de la política pública relativa a la ILE. Ambos se enmarcan en los derechos humanos y la ampliación de derechos; los debates en los dos casos giran en torno de la vida y de la muerte; se comparten actores y se reiteran discursos. Sin embargo, el camino allanado por el movimiento feminista zanjó de antemano algunas discusiones al promover el cuestionamiento y la deconstrucción de modos de referir, e incentivar la transformación social en la mirada respecto de determinadas valoraciones, conceptos y modos de decir.

7.2.6. Eutanasia en los medios de comunicación

7.2.6.1. Prensa como actor

Formía abordó en su tesis de grado *La trombofilia y su instalación en las agendas biomédica, social y política* cómo esta enfermedad se convirtió en un tema de actualidad gracias al impulso de notas, opiniones, miradas de especialistas y debates acerca del proyecto de ley. Esto sucede con cualquier cuestión que logre tener su espacio en la difusión masiva. Por esta función la prensa es también considerada un actor en la presente investigación, ya que puede promover rechazo o adhesión de acuerdo a la enunciación que utilice para presentar la noticia. Funcionan como una especie de árbitro de la escena pública, que legitima o no ciertos comportamientos a través de la construcción de la opinión pública.

Mata también precisa que *“los medios son hoy foro para la formulación de las demandas de diferentes sectores sociales ante las autoridades y para la resolución de carencias grupales e individuales, estableciendo cambios significativos en el anterior sistema de representación sectorial”* (Mata, 1985: 12). Esto se puede observar claramente en los artículos publicados en los años previos a las presentaciones de los proyectos de ley de la eutanasia.

A fines prácticos se confecciona un relevamiento de artículos periodísticos de los medios digitales de mayor alcance. Se encuentran 46 notas correspondientes a los primeros 11 meses de 2021 y nueve de años anteriores. En ellos se vincula la problemática con historias personales desgarradoras y el fundamento de la dignidad humana. La enunciación, en estos casos, intenta operar sobre la emotividad y generar empatía en el lector. La prensa construye la realidad desde una cultura espectacular, sin embargo le puede pasar a cualquier ser humano, y organizan de este modo el campo cultural; lo que no se muestra o no se dice, no existe. A medida que el tema conquista más espacios, las notas comienzan a evidenciar la ausencia de un debate mientras otros países avanzan en la ampliación de derechos.

Desde el 26 de noviembre de 2021, día en que se presentó el primer proyecto de ley, hasta el 22 de febrero de 2022 se publicaron 39 artículos y la mayor parte de ellas centrada en lo que las normativas proponen y cuáles son las leyes vigentes en Argentina. Desde enero de 2021, a través de la voz de dos actrices reconocidas, la problemática tuvo un nuevo ímpetu; el objetivo debe ser instalar el debate en la agenda mediática como un problema social.

De acuerdo Waisbord, a quien Formía alude en su trabajo, los medios de comunicación encuentran dificultades en definir las prioridades de los temas relacionados a la salud, por lo que resulta habitual que las secciones de salud que aún sobreviven en los portales digitales y diarios físicos tengan un collage de artículos, no siempre vinculados estrictamente con una noticia del ámbito estricto de lo sanitario.

En esta línea, y como una explicación devenida de la multiplicidad de intereses que se tejen detrás de lo que se publica y lo que no llega al diario, Formía afirma que el análisis del tratamiento de los temas de salud en los medios de comunicación es complejo porque *“abarca diversas variantes, pasando por las publicidades de fármacos, obras sociales y seguros de vida que invierten gran cantidad de dinero, lo que determina que, muchas veces, se instalen determinados temas y no otros”* (Formía, 2018:20). Los medios de comunicación son empresas periodísticas, con intereses detrás. Las noticias que se publican en cada medio respetan una línea editorial que es acorde a estos intereses.

En paralelo, si bien, la gran mayoría de los medios de comunicación relevados respaldan la reglamentación de la práctica eutanásica, hay voces disidentes, con artículos firmados, que defienden la idea de que eutanasia es asesinato. Es por ello que la prensa es un actor complejo y heterogéneo que no puede ser catalogado en su conjunto de manera concreta.

Para acceder al relevamiento de artículos periodísticos vinculados a la problemática de la eutanasia, hacer click [aquí](#).

7.2.6.2. Retratos

Del relevamiento de notas publicadas sobre la cuestión hasta el 21 de febrero de 2022, se observó que de 92 artículos de distintos medios de comunicación, 29 corresponden a la sección Sociedad, uno a la sección País, 2 a la sección Historias y 7 a la sección Actualidad. En estos artículos la eutanasia es abordada, sobre todo, desde las historias personales de quienes padecen o familiares de pacientes que atravesaron una situación vinculada a la muerte. Otros, presentan la situación legal en Argentina a través de algún caso en particular y brindan espacio para que se expresen las campanas a favor y en contra de los proyectos de ley.

Apenas 4 de las 92 notas están indexadas en la sección Salud, 1 se basa en estadísticas de gente que no puede acceder a los cuidados paliativos, las otras 3 presentan la situación legal en Argentina y los derechos ya adquiridos del paciente. Son artículos informativos.

Las entrevistas a figuras del mundo del espectáculo, por ejemplo, Soledad Silveyra o Caramelito, pueden encontrarse en cualquier sección, desde una llamada ATR y Revista HOLA! hasta Espectáculos. Incluso, una de las 4 notas que son presentadas de esta manera, no está catalogada en ninguna sección.



Sobre esta dinámica, el presidente de la Sociedad de Periodismo Médico y de la Sociedad de Cancerología Argentina, Mario Félix Bruno, aseguró:

“En muchos casos el título es 180 grados distinto al artículo. Hasta la inversa, terminan desinformando, porque quieren que llame la atención, y la gente con lo rápido que vive lee solo el título y nada más”. (Formía, 2018:19)

En otras palabras, esta lógica de la espectacularización de la noticia impulsada por la dimensión económica se impone por sobre el derecho a la información de calidad; una mayor tirada o más clicks garantizan al medio de comunicación más publicidad.

Es fácil reconocer que las notas publicadas en relación a la eutanasia no están tratadas desde una óptica estrictamente médica ni vinculada a la salud, tampoco se la interpreta como política pública ni se invita a debatir sobre aspectos que deberían ser reformulados. En cambio, si es factible identificar que la noticia se presenta desde la subjetividad del entrevistado o de quien la escribe. La mayoría de ellas cuentan con firma del autor. Los títulos involucran emociones universales, apelan a la emotividad del lector y buscan promover la empatía en momentos en que la pandemia de coronavirus muestra los límites de la humanidad y refuerza los lazos solidarios. Ejemplo de ello son: *“Tiene 36 años, no puede moverse ni comer y pide la eutanasia: ‘No le veo mucho sentido a estirar la agonía’”*⁴², *“‘Lo escuché y salí llorando’: un médico cordobés y la historia real que inspiró el flamante proyecto de ley de eutanasia”*⁴³, *“‘Pensé en matarlo y después matarme yo’: la lucha de una argentina en medio del peor de los dramas humanos”*⁴⁴, *“‘Sometí al horror a mi propio padre’: la pena y la reflexión de una médica que impulsa la Ley de Eutanasia en Argentina”*⁴⁵ o *“‘Debí haber muerto en 2010, pero seguí viva solo para padecer’: la dramática carta de una mujer que deseaba dejar de sufrir”*⁴⁶.

⁴² Disponible en <https://www.infobae.com/sociedad/2018/09/29/tiene-36-anos-no-puede-moverse-ni-comer-y-pide-la-eutanasia-no-le-veo-mucho-sentido-a-estirar-la-agonia/> (29 de septiembre de 2018)

⁴³ Disponible en <https://www.infobae.com/sociedad/2021/03/13/lo-escuche-y-sali-llorando-un-medico-cordobes-y-la-historia-real-que-inspiro-el-flamante-proyecto-de-ley-de-eutanasia/#:~:text=Carlos%20%22Pecas%22%20Soriano%2C%20el,ya%20lo%20hab%C3%A9%20visto%20todo> (13 de marzo de 2021)

⁴⁴ Disponible en <https://www.infobae.com/historias/2021/04/05/pense-en-matarlo-y-despues-matarme-yo-la-lucha-de-una-argentina-en-medio-del-peor-de-los-dramas-humanos/> (5 de abril de 2021)

⁴⁵ Disponible en <https://www.infobae.com/sociedad/2021/06/08/someti-al-horror-a-mi-propio-padre-la-pena-y-la-reflexion-de-una-medica-que-impulsa-la-ley-de-eutanasia-en-argentina/#:~:text=Podr%C3%A9%20haberle%20dado%20un%20alivio.Ley%20de%20Eutanasia%20en%20Argentina> (8 de junio de 2021)

⁴⁶ Disponible en <https://www.infobae.com/sociedad/2021/07/01/debi-haber-muerto-en-2010-pero-segui-viva-solo-para-padecer-la-dramatica-carta-de-una-mujer-que-deseaba-dejar-de-sufrir/> (3 de junio de 2021)



La presencia de la temática en programas radiales y televisivos es ínfima. El 2 de noviembre de 2021, Viviana Bilezker, fundadora de El Faro, participó del programa *La Cruda*, de Migue Granados, cuyo envío fue luego publicado en plataformas digitales como podcast. Lo positivo de esta experiencia es que coloca la temática de la muerte y del suicidio asistido en un espacio menos solemne y lo acerca a una generación que se informa a través de medios alternativos.

Respecto de los medios televisivos, la cuestión de la eutanasia corre con la misma suerte. Se cuentan con los dedos de la mano los programas que abordan la temática, y generalmente son de escaso alcance. Por ejemplo, entre ellos, Soriano y Bilezker participaron el 18 de octubre de 2021 del programa *Fuego Amigo*, que conducen Cata De Elía y Diego Schurman, por el canal *El Nueve*, y el 3 de noviembre de 2021, Soriano fue invitado para hablar con los conductores Constanza Orlando y Miguel Planells sobre eutanasia y el estado del proyecto de ley que busca legalizarla en canal 10 de Córdoba.

7.2.6.2. Acontecimientos que transformaron el escenario

La pandemia de coronavirus trajo aparejada dos situaciones que hacen diferente el escenario de 2018 planteado por Formía respecto de temas de salud al de 2021. Por un lado, provocó un acercamiento entre el ciudadano y la experiencia de la muerte, por lo que ciertos conceptos dejaron de ser tabú. Por otro, los medios de comunicación debieron volcarse de lleno a investigaciones relacionadas con el virus, las consecuencias generadas por la enfermedad, términos científicos, estadísticas y experiencias de vida; del mismo modo, la salud consiguió un espacio central en la agenda mediática y los especialistas certificados se posicionaron como voces de autoridad, al igual que fuentes oficiales y organismos internacionales. Si bien existieron y aún existen noticias falsas difundidas por determinados intereses, se pusieron en marcha mecanismos -a nivel nacional e internacional- para contrarrestar el nulo criterio científico de dichos artículos.

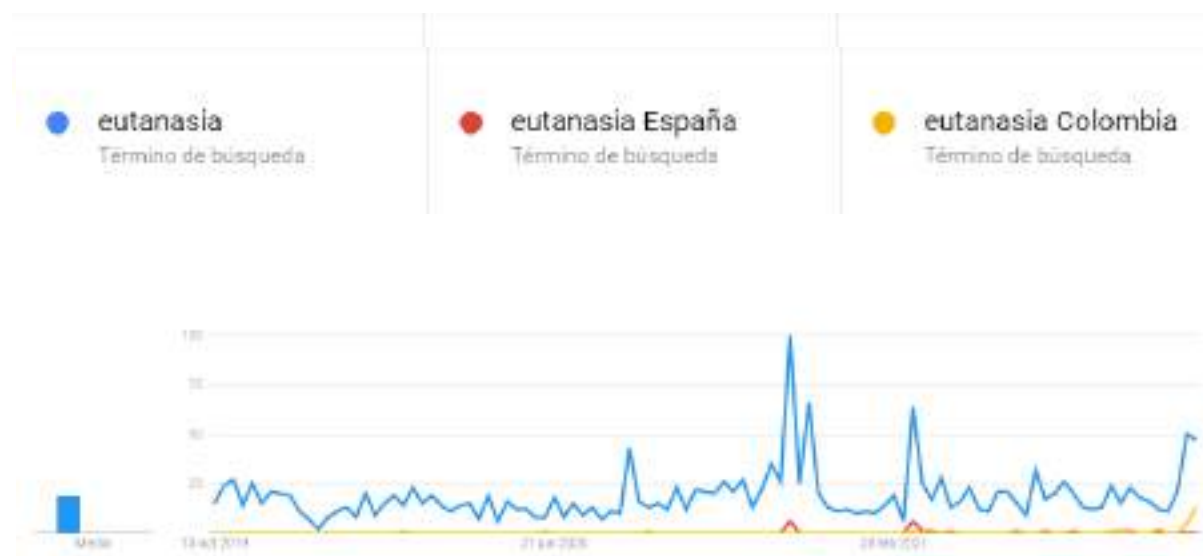
La pandemia de coronavirus volvió a poner en el centro de atención el debate por la salud, la escasez de recursos y la dignidad humana.

Existen otros dos sucesos que si bien ocurrieron en otros países tuvieron una gran trascendencia internacional y habilitaron las condiciones para que los medios de comunicación locales publicaran al menos una mención sobre la cuestión de la eutanasia. Uno es de marzo de 2021: la legalización de la eutanasia en España, que, además de ser un país históricamente católico, mantiene una gran proximidad cultural con Argentina. Otro es de octubre de 2021: el caso en Colombia de Martha Sepúlveda, una mujer con ELA, que había solicitado la eutanasia y había sido autorizada por la Corte Constitucional pero dos días antes de su muerte el comité de salud canceló el procedimiento.

Previamente, las noticias sobre la eutanasia o muerte digna publicadas por los medios de comunicación hacían referencia solo a acontecimientos de países del primer mundo, promulgación de leyes, primeras peticiones, resoluciones de los pedidos, etcétera, como hechos lejanos e impensables en la Argentina.

A través de la herramienta Google Trends, que permite analizar tendencias de búsqueda y su progresión en determinada cantidad de tiempo, se puede observar cómo estos dos hechos, la legalización de la eutanasia en España y el caso de Martha Sepúlveda, modificaron los intereses generales de los usuarios que utilizaban el motor de búsqueda de Google. Cabe aclarar que esta herramienta presenta dos limitaciones, una es que solo puede determinar las evoluciones de los conceptos y búsquedas relacionadas que se realizan en este buscador y la segunda es que las unidades se expresan en porcentajes de volúmenes de búsqueda, es decir que no arroja datos concretos. De

todas formas, sirve como orientador, ya que posee el 75,23% de la participación en el mercado de búsquedas, según una encuesta de 2020 de la consultora Bulb Social Media⁴⁷.



En el cuadro se expone la evolución de tres búsquedas realizadas desde Argentina entre octubre de 2019 y octubre de 2021. La línea de color azul corresponde a la búsqueda de la palabra “eutanasia”, la de color rojo a la búsqueda de “eutanasia España” y el amarillo a “eutanasia Colombia”. Los picos rojos corresponden a diciembre de 2020, cuando el Congreso de España aprobó la ley de la eutanasia, y en marzo de 2021, cuando entró en vigor. El pico amarillo responde, en tanto, a búsquedas realizadas la misma semana en que Martha Sepúlveda conoció la fecha en que se iba a realizar el suicidio asistido, pero el comité médico lo canceló. Estos datos permiten corroborar que la relevancia internacional de determinadas noticias modifican los intereses de la agenda mediática y también es factible que generen alguna presión sobre la agenda política.

Asimismo, también es posible identificar cuáles fueron las provincias en las que se generaron mayores cantidades de búsquedas: entre las de mayor interés están La Rioja, San Luis, Formosa, Salta y Chaco.

⁴⁷ La consultora Bulb Social Media realizó un sondeo en 2020 sobre el mercado de búsqueda. Disponible en <https://netbulbsocialmedia.com/noticias/estadisticas-seo-2020/>



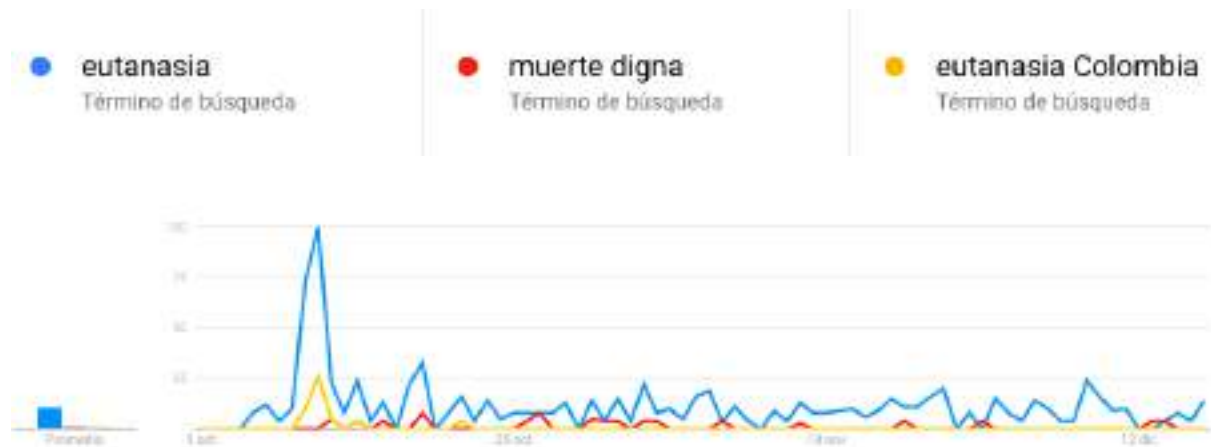
En paralelo, entre 2019 y 2021 también se manifestó un aumento en otras búsquedas relacionadas, como “¿qué es la eutanasia?”, su definición o el estado del proyecto de ley de la eutanasia en Argentina, lo que da cuenta, además, de un gran desconocimiento de los internautas sobre los derechos del paciente.

1	que es eutanasia	+90%
2	ley de eutanasia en argentina	+90%
3	eutanasia definicion	+80%
4	que es la eutanasia	+70%
5	ley de eutanasia	+40%

Estos datos son acompañados por un incremento en los artículos periodísticos avocados al derecho a la muerte médicamente asistida y, sobre todo, a historias de vida de personas que padecen o padecieron dolores incurables o familiares de pacientes en el final de sus vidas.

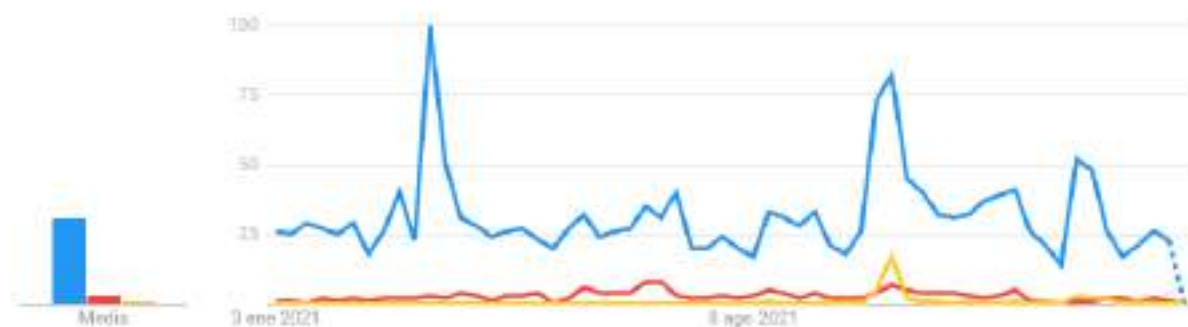
No obstante, un relevamiento hecho del 1 de octubre al 19 de diciembre de 2021, es decir, que contempla el período de presentaciones de proyectos de ley al Parlamento, no exhibe una variación

significativa en los intereses de quienes utilizan Google. En el gráfico siguiente se establecen las variables “eutanasia” y “eutanasia Colombia”, que ya habían sido puestas en relación en la imagen anterior y sirven de referencia en la evolución del grado de interés, y se agrega el término “muerte digna”.



Del mismo modo se observa que el término “muerte digna” tampoco experimenta un mayor porcentaje de búsquedas tras la presentación de las iniciativas legislativas.

Para el siguiente cuadro se pone en relación el período comprendido entre el 1 de enero de 2021 y el 22 de febrero de 2022, por lo que se contemplan las etapas analizadas en los gráficos previos y casi tres meses posteriores a la presentación del último proyecto de ley.





La tendencia del interés de búsqueda de los conceptos de eutanasia, muerte digna y eutanasia Colombia decrecen sustancialmente en los meses posteriores a los ingresos de iniciativas legislativas en el Congreso. Estos resultados se contradicen con los esperados tras constatar la prolífica producción de artículos periodísticos que se documentaron durante diciembre de 2021 y enero y febrero de 2022.

7.2.6.3. Portales digitales

Los conceptos de eutanasia y muerte asistida comenzaron a cobrar relevancia en Argentina a partir de marzo de 2019, cuando la historia de Alfonso Oliva comenzó a circular en medios de comunicación y redes sociales tras su deceso. Sin embargo, no fue hasta principios de 2021 que los portales digitales otorgaron un mayor espacio a esta cuestión, tras su despenalización en España e impulsando el avance de los proyectos de ley locales. Los vaivenes políticos, las elecciones presidenciales de 2019 y legislativas de 2021 y, en medio, la paralización del mundo por la pandemia de coronavirus, fueron factores que contribuyeron a la ralentización de su tratamiento.

En la agencia de noticias Télam, por ejemplo, al 22 de febrero de 2022, se publicaron en el repositorio⁴⁸ de noticias 98 artículos con la palabra “*eutanasia*”. El primero data del 16 de septiembre de 2014 y 12 corresponden a los primeros 10 meses del 2021. Del total, dos pertenecen a la sección Espectáculos -estrenos de una obra de teatro y una película-, cuatro se relacionan a los derechos de los animales y 81 artículos se vinculan estrictamente a la eutanasia. Pero, de ellos, una sola noticia pertenece a algo ocurrido en Argentina: “*Descartan posible eutanasia a un joven de 22 años con parálisis cerebral en Misiones*”, publicada el 28 de agosto de 2020. Todas las noticias son meramente informativas, contienen datos duros y hechos concretos.

⁴⁸ Disponible en cablera.telam.com.ar

El mayor volumen de notas relacionadas a la eutanasia se encuentra publicado en Infobae. De acuerdo con el relevamiento realizado, se encontraron 21 artículos, de los cuales dos están firmados por el rabino Szlajen y establecen una postura opuesta a una eventual ley de la eutanasia. Además, se registraron notas de opinión a favor, historias de vida de personas con enfermedades incurables y/o del entorno de esa persona, artículos estrictamente informativos y entrevistas a quienes impulsan proyectos de ley para reglamentar la práctica. Infobae da espacio a esta cuestión desde 2018, sin embargo a partir de marzo de 2021 la producción de este tipo de notas ha sido mayor, y las que respaldan un proyecto de ley son más que las que se oponen.

Los diarios La Nación y Clarín, por su parte, prestan escasa atención al debate que se construye en Argentina, mientras que replican los artículos que refieren al tema que son publicados por agencias de noticias internacionales, como France Press o Europa Press. Clarín publicó una nota de opinión que da cuenta de la situación legal de la eutanasia en el mundo. Otra estrategia fue introducir el tema a través de una entrevista realizada a la actriz y conductora Soledad Silveyra, quien opinó sobre el derecho a decidir sobre el propio cuerpo y marcó el título del reportaje. En el portal Tiempo Argentino, donde hay escasos artículos al respecto, también se introdujo el tema a través de una nota de la actriz Valeria Bertuccelli. En La Nación se publicaron dos artículos de opinión en los que se invita a pensar en la eutanasia como un acto de amor y se asegura que es un debate que el país adeuda.

El portal Redacción publicó un artículo informativo sobre lo que plantea el proyecto de Ley Alfonso y otro en el que se entrevistan a referentes que están a favor y en contra del derecho a la muerte médicamente asistida. De todos los medios relevados, es el único que propone una nota que incita al debate dentro del seno familiar o en espacios de socialización.

Tanto el diario Religión Digital como la web ACI Prensa (agencia de noticias católica, con sede en Perú) publicaron notas con una postura contraria a lo que propone la iniciativa legislativa.

Con los ingresos de los proyectos de ley en el Congreso, la lógica de publicación de los medios de comunicación tuvo una mutación. Los artículos destinados a historias de vida mermaron significativamente, al tiempo que los medios de comunicación optaron por notas descriptivas e informativas sobre los pormenores de cada proyecto de ley presentado.

Desde la presentación de la primera iniciativa, el 26 de noviembre de 2021, hasta el 20 de diciembre de 2021, se publicaron 28 artículos.

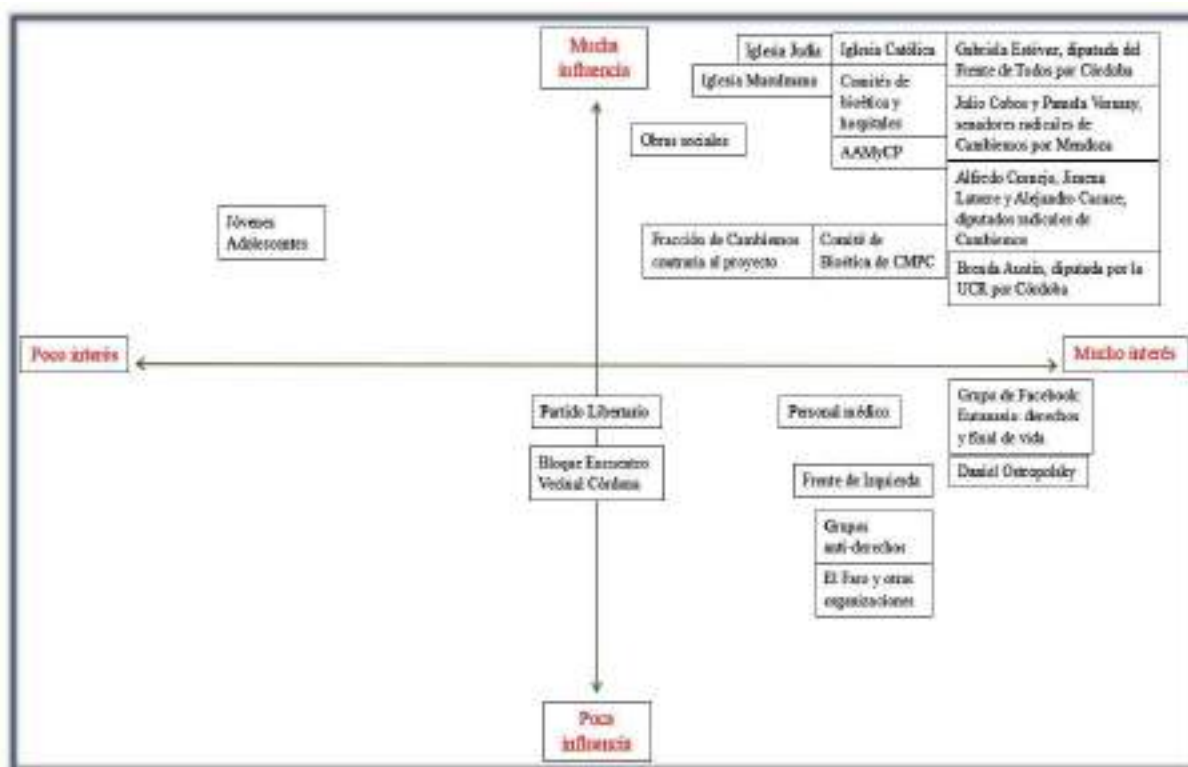
7.3. Tercer momento: mapeando intenciones

7.3.1. Mapeo de actores

En base a las entrevistas realizadas y documentos analizados, se vuelcan las conclusiones en el siguiente cuadro de interés e influencia, donde se ponen en relación los actores y el poder de incidencia que tiene cada uno sobre una eventual ley que regule la práctica eutanásica.

Por un lado, se identifica un gran interés del grupo que contempla a jóvenes y adolescentes, pero poca organización y, por lo tanto, poca influencia. Ellos son conscientes de su derecho si hay un Estado que difunde la información y garantiza el acceso, y si hay organizaciones que hacen valer esos derechos. Para ello son necesarias capacitaciones, talleres, conversatorios, mesas de debate, entre otras acciones. Para revertir la poca influencia que tienen, deben involucrarse con organizaciones civiles que los amparen, ya que pueden marcar presencia en la vía pública. Es muy importante que una estrategia pensada para este sector se enfoque en mantenerlos informados y que genere en jóvenes la necesidad de recurrir a espacios de consultas y debates; una actividad de este tipo podría establecer lazos que se retroalimentan y actualizan constantemente en base a iniciativas compartidas.

Por otro lado, entre quienes tienen poca influencia se encuentran organizaciones con poco alcance, como el Bloque Encuentro Vecinal, que es una fuerza provincial, y el partido Libertario, nuevo en el campo político. Sus posturas muestran similitudes, ambos rechazan las iniciativas legislativas, por lo que ambas fuerzas podrían respaldarse mutuamente si pensaran estratégicamente.



49

Hay dos cuadrantes en los que se concentra el resto de los actores.

Uno de ellos reúne actores que gozan de mucha influencia y tienen mucho interés en el tema. Se trata, en primera instancia, de los legisladores que presentaron las iniciativas legislativas, las instituciones religiosas, los dos comités de bioética que se pronunciaron y la asociación de profesionales de cuidados paliativos. Las obras sociales también tienen una presencia fuerte en la problemática, y si bien tienen mucha influencia en el escenario político, no parecen mostrar públicamente mucho interés. En este segmento se hacen visibles ciertas estrategias que podrían trazarse para promover un frente de respaldo más sólido al menos entre quienes presentaron los proyectos de ley, pero, para ello, debería construirse una red transversal de adhesiones, como ocurrió en el debate por la IVE, lo que supone la omisión de las diferencias filosóficas que mantienen los frentes políticos que intervienen.

El último cuadrante sobrepoblado es el que congrega actores que tienen mucho interés en el tema pero poca influencia. Entre ellos, el más importante es el grupo de Facebook “*Eutanasia: Derechos y final de vida*”. Es imperioso que se elaboren guías de acción para potenciar la fortalezas de esta organización y generar oportunidades con el fin de intervenir en los indecisos. También se contempla en este sector al personal médico concebido en su totalidad como el grupo de trabajadores de la salud,

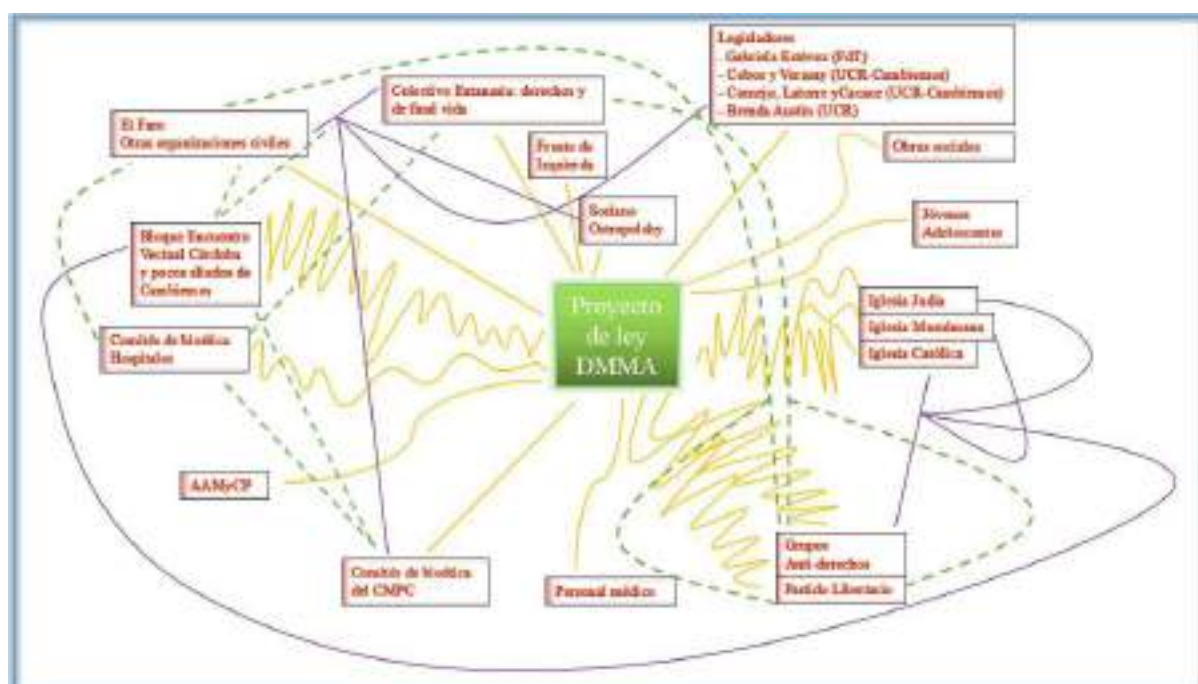
⁴⁹ Cuadro de elaboración propia

aunque presenta tantas fracciones en su interior que no es sencillo aglutinarlos. Por este motivo, uno de los artículos de los proyectos de ley remite a la cláusula de conciencia, que atiende a cada trabajador en particular.

7.3.2. Mapa de relaciones de poderes

En el siguiente cuadro se esquematiza con líneas de color amarillo las relaciones que se establecen entre los actores y el proyecto de Ley Alfonso. Las rectas establecen una relación fuerte y fluida. Mientras más curvas presentan las líneas, más tensa y conflictiva es la relación entre ambos.

También se grafica el vínculo entre actores. Las líneas de color violeta representan una relación fluida, mientras que las verdes dan cuenta de relaciones tensas y conflictivas. En el mapa hay actores cuyas relaciones no pudieron ser establecidas, porque, de hacerlo, se caería en una generalización.



50

El escenario de acción de la cuestión de la eutanasia se puede insertar en los territorios de derechos humanos, de la salud y de lo cultural, porque atraviesa dimensiones ideológicas y simbólicas, y en el de lo económico.

⁵⁰ Cuadro de elaboración propia

En su poco tiempo en actividad, el colectivo *Eutanasia: derechos y final de vida* supo capitalizar las inquietudes de quienes creían que el derecho a decidir cuándo, dónde y cómo morir debía ser legal, asesorar a quienes estaban atravesando un momento complicado, a través de una alianza no oficial con la asociación El Faro, y generar debates y un espacio para la difusión de contenido sobre derechos del paciente. Este grupo, que se presenta como la campaña nacional por el Derecho a la Muerte Médicamente Asistida (DMMA), puede maximizar su potencial si establece un equipo operativo y orgánico. También es esencial reafirmar lazos con asociaciones civiles, como el vínculo que mantienen con El Faro. Es necesario implementar una estrategia que contemple la construcción colectiva y la inclusión de eventuales aliados en las iniciativas, ya que de este modo el poder de incidencia política es mayor.

Los comités de bioética, instituciones y personal médico también son actores fundamentales en este entramado, porque son, justamente, quienes deberán habilitar o practicar la eutanasia. Las posiciones del personal médico son diversas y responden a experiencias propias o laborales o creencias. Dos comités de hospitales se pronunciaron en contra y un consejo médico a favor. Sin embargo, la mayoría se mantiene en silencio. En base a lo observado en la página web de AAMyCP se puede deducir que hay un replanteo. Las estrategias deben estar orientadas a generar un cambio de perspectiva entre sus socios. No obstante, también otra lectura afirma que la encuesta de la AAMyCP es una estrategia para plantear una campaña en contra del proyecto de ley, por lo que se merecen una especial atención sus próximos movimientos.

Asimismo, en este punto también cabe resaltar la posición de los legisladores, actores centrales en el terreno de los derechos, porque es con ellos que se debaten los proyectos y se negocia su presentación en comisiones. También es importante promover alianzas. Los proyectos tienen mayor peso y presión, además, si tienen respaldo internacional. Hay dos coaliciones políticas involucradas, una de las más convocantes es Frente de Todos y la otra es el bloque Cambiemos, que contempla a miembros de la UCR, que presentaron dos de las tres iniciativas, mientras que otra todavía está en proceso de redacción. Estos dos últimos bloques construyeron alianzas en varias oportunidades. Si bien las tres bancadas tienen un objetivo similar, es indudable que se necesitará más de una conversación al margen del debate parlamentario en el caso de que el proyecto de Ley Alfonso tenga su espacio en el Congreso.

Los sectores anti-derechos se encolumnan generalmente detrás de la simbología del “pañuelo celeste” y se integran por partidos políticos conservadores, instituciones religiosas y grupos pro-vida, entre otros. En este punto, debería ser primordial abordarlos buscando un cambio de opinión, lo que supone un enorme desafío. En caso de no prosperar, siempre puede ser una buena opción una acción

confrontativa, que deje en evidencia operaciones y campañas de desprestigio, que generalmente es el modus operandi de este tipo de grupos.

Argumentos de los sectores anti-derechos son compartidos también con la Iglesia Católica, cuyo discurso apela a la fe y se posiciona en las antípodas del discurso científico. De acuerdo con lo explicado por Del Pópolo, tanto en los discursos religiosos como en los de sectores anti-derechos entra en juego la relación entre los derechos “*natural y divino*”, es decir, “*la idea de que Dios solo puede ponerle final a una vida, o una tradición más naturalista o liberal, que plantea que el Estado no puede decidir el final de la vida de una persona*” (M. Del Pópolo, *comunicación personal*, 4 de septiembre de 2021). En definitiva, se trata de una idea de moral que gira en torno de la importancia de la vida, pero una vida que está escindida de la idea de la dignidad humana.

Por otra parte, es imprescindible mantener satisfechas a las obras sociales y prepagas, ya que son empresas que cuentan con gran poder de influencia debido al vínculo que mantienen con la industria farmacéutica, por ser fuente de empleo y tercerizar, a su vez, a otras empresas. El sector comercial siempre mostró reticencia al cambio. A modo de ejemplo, cuando se estableció la gratuidad en la entrega e implementación de métodos anticonceptivos algunas de estas empresas se opusieron y alcanzaron a ocupar titulares de importantes medios. Sin embargo, hasta noviembre de 2021 no demostraron gran interés en el debate por la eutanasia, ya que, por el momento, su objetivo de obtener ganancias no se ve afectado. Sin embargo, tienen un lugar estratégico y pueden ubicarse más cerca de un sector u otro, dependiendo de la circunstancia. Por este motivo, deben ser mantenidos “satisfechos” y motivados a que se desempeñen como fuentes de información y respalden la movilización de demandas de los grupos orientados a la promoción de este derecho o que al menos no interfiera.

En paralelo, resulta necesario subrayar el rol de los medios de comunicación, actor encargado de vehicular y cristalizar las demandas, además de difundir y promover respaldo de un sector u otro, con la simple mención u omisión de los grupos e iniciativas, por lo que es fundamental si el objetivo es colocar un tema en la agenda pública. Los medios de comunicación legitiman discursos, son aglutinadores de acontecimientos y opiniones, recolectan información de las redes sociales y masifican lo que consideran noticioso. La importancia de los medios de comunicación reside en que siguen siendo capaces de organizar las conversaciones en torno de la actualidad y del campo cultural. Son disparadores de conversaciones, contribuyen a la socialización; alimentan el sentido común y moldean la opinión pública. Según Mata, los medios permiten mostrar lo que hay detrás de las intenciones hegemónicas, la contracara, las necesidades, expectativas, fantasías y deseos de los sectores subalternos; en este caso, los medios tienen la capacidad de dejar en evidencia distintas posturas y generar el espacio para visibilizar denuncias. En esta línea, los medios de comunicación

son una herramienta imprescindible para la cuestión y, por lo tanto, las relaciones con los periodistas deben gestarse, alimentarse y cuidarse.

7.3.3. Mapa de territorio

Desde la irrupción de la pandemia de coronavirus y las restricciones sanitarias empleadas por el Gobierno en marzo de 2020, los espacios de difusión de información, intercambio y debate por excelencia son las redes sociales. No obstante, es necesario marcar una diferencia en el modo en que son empleadas Twitter, Instagram y Facebook.

Twitter funciona principalmente como una plataforma de difusión. Es utilizada, por ejemplo, por políticos cuando quieren alcanzar algún objetivo, anunciar que fue presentado un proyecto de ley, empezar a generar adhesión o intentar moldear la opinión pública. En este último caso, figuras reconocidas eligen esta red para declarar públicamente su postura sobre una cuestión particular y generar repercusiones al respecto.

Los medios de comunicación acuden a Twitter cuando buscan declaraciones públicas de instituciones, políticos y personas reconocidas. Un ejemplo de ello es el uso que Soriano⁵¹ hace de la red social, aunque sin generar, por ahora, el impacto deseado.



En general, en Twitter se difunde información, artículos periodísticos y noticias de último momento -incluso antes de que fueran publicadas en los medios de comunicación-. Muchas veces la noticia se origina en un tuit, como ocurrió con la primera marcha de #NiUnaMenos en 2015, sin embargo este tipo de uso suele ser la excepción. Si bien se generan debates en torno de las noticias más retuiteadas, no funciona de ese modo con lo relativo a la eutanasia, el tratamiento del tema parece no haber

⁵¹ Carlos Soriano, cuenta de Twitter <https://twitter.com/pecassoriano>



alcanzado allí la fuerza suficiente. De todos modos hay una serie de cuentas de Twitter que representan organizaciones de distintos países de América Latina a favor de la eutanasia legal, que generan una cadena de difusión sobre las últimas noticias legislativas a nivel regional y organizan charlas virtuales. Entre ellas se destacan @eutanasialegal⁵², de Argentina, perteneciente al grupo de Facebook *Eutanasia: derechos y final de vida*; @DMD_MX, de México⁵³; @empatiaUruguay, de Uruguay⁵⁴; @DescLABcol⁵⁵, de Colombia.

La dinámica es similar en Instagram, la red social de las imágenes y los videos de un minuto de duración. En esta red social, los usuarios que difunden cosas relativas a la reglamentación de la práctica eutanásica lo hacen de dos modos: con definiciones de conceptos básicos en fotos, como es el caso de las cuentas argentinas @hablemosdemorir⁵⁶ o @eutanasialegal⁵⁷, perteneciente al grupo de Facebook *Eutanasia: derechos y final de vida*, o con flyers con invitaciones a eventos, como también generalmente hacen @desclab⁵⁸, de Colombia; @dmd.org.mx⁵⁹, de México, o @empatiauruguay⁶⁰, de Uruguay. Sin embargo, la interacción allí es incluso más escasa que en Twitter,

⁵² <https://twitter.com/eutanasialegal>

⁵³ https://twitter.com/DMD_MX

⁵⁴ <https://twitter.com/EmpatiaUruguay>

⁵⁵ <https://twitter.com/DescLABcol>

⁵⁶ <https://www.instagram.com/hablemosdemorir/>

⁵⁷ <https://www.instagram.com/eutanasialegal/>

⁵⁸ <https://www.instagram.com/desclab/>

⁵⁹ <https://www.instagram.com/dmd.org.mx/>

⁶⁰ <https://www.instagram.com/empatiauruguay/>



Es posible observar que los usuarios respaldan la publicación con un “*me gusta*”, sin embargo, en ninguna de las dos publicaciones que aquí sirven de ilustración hay debates generados en los comentarios.



Tanto Twitter como Instagram parecen funcionar como plataformas difusoras satélites de Facebook, replicando los puntos centrales de lo que allí dentro se comparte y debate, e intentando generar un mayor alcance.

La lógica de Facebook es distinta a las dos redes anteriores. Los usuarios no tienen límites de caracteres para expresarse, por lo que suelen volcar reflexiones en sus muros sobre temas profundos, lo que invita al debate. Los grupos que se crean dentro de esta red social funcionan como microcomunidades, donde los usuarios se apoyan, explican conceptos, expresan opiniones sin miedo a

ser puestos en cuestionamiento. Gran parte de esta liberación es impulsada por la posibilidad de anonimato de quienes escriben. En Facebook se generan los intercambios más fructíferos. Por este motivo, el mapeo de territorio se va a limitar al interior de dos grupos de Facebook que mantienen filosofías antagónicas respecto del DMMA.

Uno es *No a la eutanasia*⁶¹, que fue creado el 2 de junio de 2018 y al 22 de febrero de 2022 cuenta con 339 miembros. Si bien la ubicación de quien creó el grupo es Madrid, entre los integrantes es posible encontrar usuarios cuya residencia es en Argentina.



Este grupo no cuenta con mucha actividad de debate.

Actividad

- 1 publicación nueva hoy
12 en el último mes
- 339 miembros en total
+ 2 en la última semana
- Fecha de creación: hace 3 años

De las últimas 10 publicaciones que hay en el muro del grupo, tres de ellas tienen comentarios. Sin embargo, lejos de respaldar los artículos que se comparten, rechazan la fuente y la información allí vertida:

⁶¹ Grupo de Facebook *No a la eutanasia*. Disponible en <https://www.facebook.com/groups/1883184428641625>

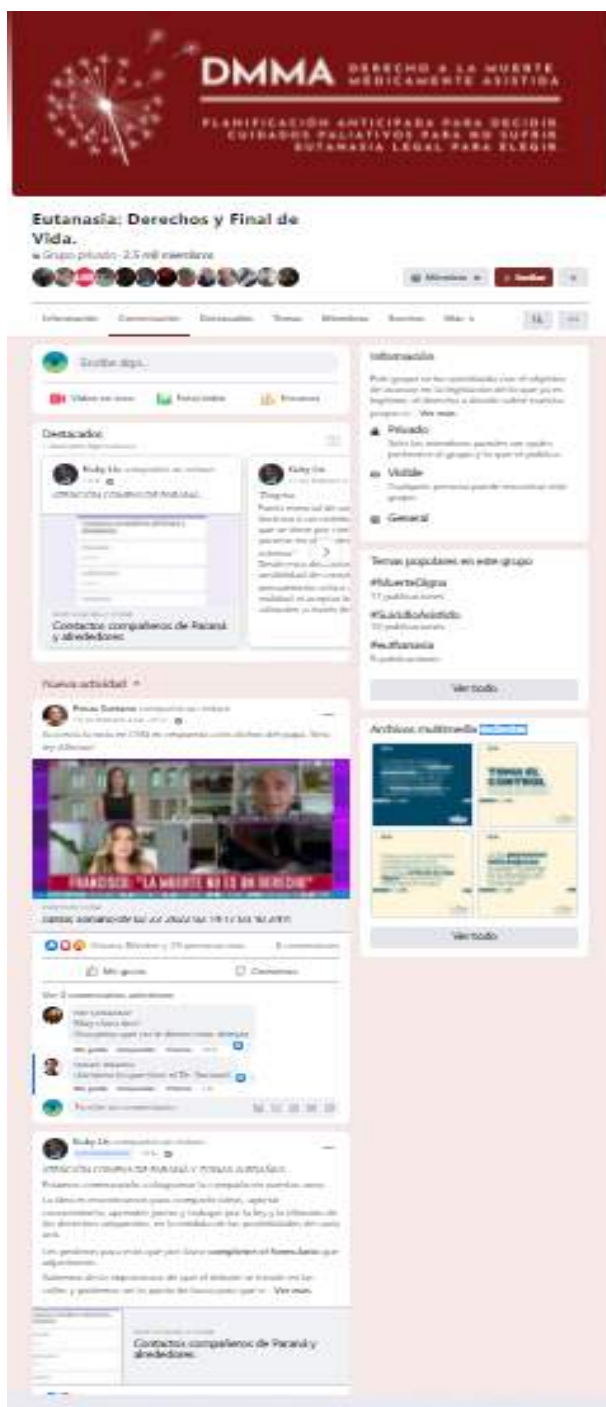


Una de las comentaristas es Dann Millán, que cuestionó la escasa rigurosidad periodística de un artículo de una organización cristiana, publicado por otra integrante del grupo:

“¿Por qué nada de lo que postean cuenta con aparato crítico? En su mayoría son opiniones que, en el mejor de los casos, refieren a videos o blogspot en donde se opina respecto al tema”

Otra miembro directamente rechazó la publicación de otra usuaria que comparte un artículo sobre el referendo sobre la eutanasia rechazado por la Corte Constitucional de Italia. “No estoy de acuerdo”, publicó Yolanda Díaz González.

El segundo grupo analizado como espacio de debate es *Eutanasia: derechos y final de vida*, creado el 19 de febrero de 2020 y que reúne a más de 2.400 miembros. Los integrantes del grupo mantienen una actividad de interacción constante que promueve el debate constructivo.



Actividad

2 publicaciones nuevas hoy
62 en el último mes

2,458 miembros en total
+ 14 en la última semana

Fecha de creación: hace 2 años

En el grupo se publican artículos periodísticos, entrevistas, material documental en materia legislativa, ética y médica. El objetivo es promover la concientización de los derechos del paciente a través de la difusión de información y promover el debate de cara al tratamiento de los proyectos de ley.

Los participantes pertenecen a distintas ciudades del país, por lo que el grupo se plantea en términos federales. Además, las administradoras aceptan solicitudes de ingresos de personas que viven en otros países, con el objetivo de enriquecer los debates y poner en relación experiencias, estadísticas y regulaciones. Entre los usuarios hay quienes prefieren permanecer en condición anónima, utilizan nombres falsos y fotos de paisajes o

dibujos animados, en ciertos casos ni siquiera ilustran su perfil. Esto parece jugarles en el orden de la confesión. Se sienten libres y cuentan sus historias. Hay experiencias de jóvenes que parecen enfermedades incurables y encuentran en el grupo una compañía para desahogarse y alivianar la lucha. Otros usuarios compartieron intenciones suicidas y rápidamente se activaron las alarmas entre los integrantes. Si bien el grupo no funciona como ONG o asociación civil que brinda acompañamiento terapéutico, cuando ocurre una situación así, los profesionales de la salud que forman parte se contactan inmediatamente.

Las edades, ocupaciones y niveles educativos varían. Sin embargo, es posible identificar cómo en un principio la franja etaria que dominaba el grupo superaba los 50 años; una de las hipótesis sostiene que se debe a que el origen del grupo es un desprendimiento de otro, *La Revolución de las Viejas*, creado por Gabriela Cerruti antes de asumir como vocera del gobierno de Alberto Fernández. De la lectura de las publicaciones del muro, también se deduce que gran parte de quienes están comprendidos entre los 20 y 30 años ingresan al grupo para realizar algún trabajo académico al respecto. Un denominador común entre quienes forman parte de esta comunidad es que transitaron, al menos, una experiencia cercana a la muerte.

Sistematización del análisis en el siguiente mapa de territorio:



62

⁶² Cuadro de elaboración propia

8. REFLEXIONES FINALES

El análisis del contexto en el cual se insertan los tres proyectos de ley de la reglamentación de la práctica eutanásica en Argentina permite ensayar algunas respuestas a las preguntas planteadas en la introducción del presente trabajo.

Las luchas sociales por conquistas de los derechos humanos no son nuevas. Sin embargo, en Argentina, desde 2015 el fenómeno de #NiUnaMenos puso sobre la mesa dos variables: violencia de género y decisión sobre el propio cuerpo, y con ello un proceso de deconstrucción respecto de conocimientos profundamente vinculados a la doctrina religiosa que la sociedad había naturalizado sin cuestionamientos. En paralelo, la campaña nacional por la Ley de la Interrupción Voluntaria del Embarazo habilitó un análisis de la problemática en términos de salud pública, con el objetivo de difundir una mirada integral respecto de la causa.

Con el camino allanado por el trabajo de organizaciones civiles, colectivos, observatorios, instituciones educativas, entre más, la sociedad ahora se predispone de otra manera frente a eventuales debates que contemplan la decisión individual y el propio cuerpo.

Otro factor también enfrentó a la sociedad con la muerte: la pandemia de coronavirus. De pronto, la sociedad hablaba de morir, de la soledad, del dolor físico, del dolor psicológico, y se vio obligada a cuestionar ciertos tabúes, a comprenderse como mortal, a contemplar la vida de otra manera y a pensar en su propio destino también como parte de la vida. Este proceso logró ser materializado en algunos países como España o Nueva Zelanda, mientras que en otros, como Italia, Chile, Uruguay y Argentina, grupos civiles abogan por una ley que garantice una muerte con dignidad.

Este proceso es incipiente y hay mucho por hacer:

La investigación dejó en evidencia que hay poca difusión de información clara respecto de los derechos del paciente y, en particular, de los derechos de final de vida. No hay políticas integrales que aborden la falta de información para pacientes o familiares de pacientes ni capacitaciones para el personal médico, ni que garanticen el acompañamiento terapéutico de familiares en estas situaciones.

Si bien existe un Programa Nacional de Cuidados Paliativos vigente en el país, en la práctica su aplicación presenta una serie de falencias. No hay políticas de difusión de información respecto de los derechos que se garantizan, los cuidados a los que puede acceder el paciente ni la forma de solicitarlo. Estos datos deberían ser democratizados con un acceso sencillo.

Los medios de comunicación comenzaron a brindar espacio para introducir el tema de la muerte médicamente asistida con mayor impulso en los primeros meses de 2021, de la mano de las administradoras del grupo de Facebook *Eutanasia: derechos y final de vida*, quienes empezaron a visibilizar la problemática y a debatir -en ese entonces- acerca de posibles proyectos de ley. Las noticias fueron en su mayor porcentaje difundidas por medios gráficos y en menor medida en señales de televisión, mientras que las emisoras radiales eran nulas. Los artículos apelaron en un principio a la empatía social, centrándose en historias de vida de pacientes o familiares de pacientes, con la intención de poner en primer plano los dolores físicos y existenciales que se padecían en determinadas situaciones y las condiciones indignas en las que vivían los pacientes.

Tras la presentación de las iniciativas legislativas, la enunciación y el contenido de los artículos viraron a la cuestión más técnica de cada uno de los documentos, sus diferencias, los cuestionamientos de las organizaciones y voces de instituciones religiosas que se oponían a una ley de la eutanasia.

Entre diciembre de 2021 y febrero de 2022 hubo un mayor caudal de notas periodísticas en medios gráficos, señales televisivas y empezó a emerger el tema en los programas de radio. Lo llamativo es que ese incremento en la producción de material no fue acompañado con un aumento en el interés digital, es más, la tendencia en la búsqueda de los términos de eutanasia y muerte digna en Google disminuyó sustancialmente, en comparación con etapas anteriores. Este es un dato clave para emplear en la confección de un plan de difusión que despierte el interés y al mismo tiempo informe.

Otro dato interesante que se desprende del análisis es el comportamiento que los usuarios adoptan en redes sociales en torno al tema de la eutanasia. Es posible identificar un problema: el grupo de Facebook continúa creciendo, pero no encuentra forma de atravesar los límites que impone esa red social. Mientras que en Facebook la participación y el debate de los internautas son continuos, se promueven mesas redondas y se piensan elementos identificatorios para el grupo y opciones de movilización, las cuentas de Twitter e Instagram funcionan como replicadores de artículos periodísticos y alguna que otra declaración pública. En grupo de Facebook es proveedor de historias personales y creador de artículos periodísticos, mientras que las otras dos redes sociales parecen tener la tarea de compartir. Se debe romper con esta lógica de funcionamiento e independizar las cuentas de cada plataforma para que se pueda abordar la temática desde su propia dinámica y presionen sobre medios de comunicación y el poder legislativo.

En base a las repercusiones que tuvieron las entrevistas de Solita Silveyra, en las que hizo pública su adhesión a una reglamentación de la práctica eutanásica, una de las alternativas planteadas para

empezar a despertar el interés de usuarios en otras redes sociales y generar un mayor alcance se centra en los embajadores de la causa. Es necesario, para ello, generar una propuesta de campaña de comunicación que establezca lazos de empatía y solidaridad, y un posible camino a ese resultado es a través de replicadores del ámbito del Espectáculo o del Deporte, dos secciones que apuntan a entretener y distender. Entre las funciones, deberían oficiar de nexo entre historias personales con sectores de la sociedad que se sienten ajenos a la problemática y, sobre todo, interpelar a la juventud que tiene mucho potencial para movilizar y visibilizar iniciativas, como lo demostró con la campaña por la Ley del Aborto. Por otro lado, también se debe abordar la falta de información fiable sobre la temática. Una forma puede ser a través de folletos diferenciados, que brinden información accesible y de fácil entendimiento a pacientes y familiares, y otro que funcione como punteo normativo para el personal médico.

En tiempos de pandemia de coronavirus, distanciamiento social obligatorio y nuevas variantes del virus es importante poder suplir la ausencia física en territorio con campañas digitales o intervenciones gráficas en la vía pública hasta que los riesgos que supone realizar convocatorias presenciales hayan disminuido al máximo.

Una base informativa consolidada, una sociedad permeable a los conceptos que se vinculan con los proyectos de ley y los debates que ellos suscitan, y el concepto de eutanasia inmerso en el rumor social, atendiendo a un proceso de naturalización así como empezó a ser experimentada la muerte a partir de la irrupción de la covid-19, son elementos que plantean un escenario favorable a la promoción de adhesiones y respaldo para generar presión en los legisladores al momento de los debates parlamentarios.

9. PROPUESTA DEL PLAN DE COMUNICACIÓN

9.1. Justificación del plan de comunicación

A nivel nacional, la elaboración de un plan de concientización sobre los derechos adquiridos del paciente y el contenido del proyecto de Ley Alfonso se inscribe en un terreno que cobró visibilidad durante la campaña nacional por la ley del aborto. Esta dimensión marcada por el cruce de los derechos humanos y la salud pública también fue puesta en debate desde la irrupción de la pandemia de coronavirus, lo que forzó una tematización de problemáticas relacionadas con la salud pública en medios de comunicación.

En 2021 la escasez de recursos, la saturación de los sistemas sanitarios en distintos países y un inimaginado número de muertes como consecuencia de la pandemia, allanaron el camino para una discusión a fondo respecto de conceptos como la vida, la muerte, el límite del sufrimiento, dónde empieza y termina la dignidad humana y la autonomía del propio cuerpo.

En base al análisis realizado en el corpus de la presente tesina, es posible identificar ciertos puntos fundamentales en relación con las redes sociales, los discursos y la difusión de información.

Respecto de las redes sociales, el grupo de Facebook [*Eutanasia: derechos y final de vida*](#) -creado en febrero de 2020 y luego extendido a las redes de [Twitter](#) e [Instagram](#) y el [canal de YouTube](#)-, es el más representativo de los grupos que impulsan los debates por la reglamentación de la práctica eutanasica. El grupo desarrolla articulaciones con otros actores que impulsan el proyecto de Ley Alfonso con el objetivo de generar una opinión pública favorable a la iniciativa, sin embargo carece de sistematicidad. El equipo de comunicación está integrado por las administradoras del grupo y tres integrantes del grupo que diagraman flyers y comparten información desde las redes sociales. Los miembros del colectivo son voluntarios, no hay retribución económica por el trabajo.

Actualmente, las coordinadoras del grupo desarrollan mesas redondas y conferencias por plataformas virtuales y capacitaciones en red con asociaciones civiles, instituciones públicas, educativas y sanitarias.

En relación a este grupo de Facebook, que se posiciona como motor de visibilización de las demandas a favor del proyecto de Ley Alfonso, y sus cuentas de Twitter e Instagram, hay -a primera vista- dos

aspectos que deben reforzarse para lograr que se este movimiento se constituya como colectivo referente de la lucha:

- El primer punto se focaliza en la imagen del grupo, si bien las tres redes sociales comparten ahora una misma ilustración, los nombres con los que se identifican son diferentes. Es aconsejable unificar los nombres, definir uno que sea corto, fácil de recordar y que contemple el concepto de la demanda, como Eutanasia Legal Argentina o DMMAarg, por ejemplo.
- El segundo ítem tiene que ver con encontrar un camino para que cada una de las tres redes tenga una dinámica comunicativa independiente de la otra, pero complementaria, y que se retroalimenten entre ellas. Para alcanzar este objetivo, es necesario derribar las barreras que aíslan el grupo de Facebook de los otros dos perfiles de Twitter e Instagram, para que estos últimos dejen de ser subsidiarios del primero. Una alternativa es encontrar modos de visibilizar el conflicto: por ejemplo, pensar las publicaciones de Instagram en clave de reels de 30 segundos, con información de simple comprensión y directa, y que los protagonistas de cada video sean figuras públicas, pacientes o familiares de personas que se encuentran en la etapa final de vida. En tanto, la estrategia que se asuma en Twitter debe, abordar el problema del alcance del perfil, es decir, debe generar una base de replicadores, usuarios militantes que se comprometan a retuitear las publicaciones de la cuenta acompañadas de consignas con # con el objetivo de alcanzar trending topics, y embajadores de los mundos del deporte y del espectáculo que tengan presente la demanda en cualquier espacio en el que se encuentren y hagan propagandas de las redes sociales.

Con la reconstrucción de los antecedentes de políticas públicas y derechos humanos a nivel nacional, las legislaciones vigentes relacionadas a la muerte médicamente asistida a nivel internacional, las entrevistas realizadas y el estudio de las herramientas comunicacionales utilizadas, artículos científicos y material estadístico, el relevamiento de notas relativas publicadas en medios digitales de Argentina, el análisis de los discursos allí exhibidos y los mapeos de actores y relaciones que se tejen en torno del proyecto de Ley Alfonso, se observa que el debate sobre la muerte propia fue hasta hace dos años un tabú para la sociedad, y la prohibición de estas temáticas se cristaliza en los discursos.

Por este motivo, es necesario realizar tres acciones dirigidas a la dimensión discursiva:

- Una es promover la desvinculación de los términos de eutanasia, homicidio y cultura del descarte sostenidos por grupos religiosos detractores de proyectos de ley, a través de la deconstrucción de los conceptos. Se pueden realizar trivias, concursos o sorteos a través de las redes sociales, con el objetivo de invitar a la reflexión sobre cada palabra con un incentivo.

- La segunda se relaciona con otro mito a derribar. La lógica que buscan establecer los detractores de las iniciativas legislativas que construyen la discusión en términos de cuidados paliativos vs. eutanasia, cuando lo que se propone desde los proyectos es la complementariedad de cuidados paliativos y eutanasia. Este argumento es defendido mayormente por médicos intensivistas.
- Otra acción tiene que centrarse en el acceso a la información y la concientización de los derechos de la sociedad en general. Tanto las estadísticas como la difusión de los relatos en primera persona pueden generar una sensibilización con la temática que ayude a visibilizar la crueldad del proceso al que son sometidos los pacientes, que consideran indignas las condiciones en las que se desarrolla su vida.

Del análisis también se concluye que el Estado no cumple en garantizar el Derecho a la Información y los derechos adquiridos del paciente, como lo que proponen las políticas públicas de cuidados paliativos. Estos son ampliamente desconocidos por el conjunto de la sociedad. Es por esto que es imperativo generar una mayor difusión de la información de programas de salud pública y de lo que se plantea desde el proyecto de Ley Alfonso. Uno de los caminos es abordarlo a través de los perfiles de redes sociales, designando una función particular para cada uno de ellos, con el objetivo de atraer a distintos públicos y potenciales adhesiones.

Se presentan dos líneas de acción para abordar los puntos críticos identificados y que contribuyen a posicionar como referente al colectivo:

- La primera, centrada en la promoción de una mayor cantidad de debates en torno de conceptos y falsos mitos, con estrategias ideadas según franjas etarias, que despierten el interés de los internautas y se sientan invitados a participar. Una estrategia de visibilización y sensibilización se vincula a la elección de embajadores de la causa, especialmente figuras públicas del universo del espectáculo y deportivo, que generen revuelo y alcancen con mayor amplitud a los medios de comunicación masiva.

Para concretar dichos objetivos generales se desarrollan dos proyectos: Uno destinado a reactivar las redes sociales, con, por ejemplo, “¿Sabías que...?”, encuestas interactivas y votaciones, reels con celebridades, entre otras iniciativas. Este diseño inaugura un nuevo escenario de posibilidades acerca de la dinámica de difusión de contenido y formato desde lo virtual. Se piensan contenidos de extensión reducida e información concreta.

- La segunda está dirigida a ampliar la base de alianzas con ONGs, instituciones y organismos que se enfocan en la temática para diversificar las voces y ampliar el mensaje, y generar así una red sólida que comparta las publicaciones del colectivo. Este diseño es de carácter participativo. También se amplía a programaciones de webinars en conjunto y espacios académicos.

9.2. Objetivos de la planificación

- Posicionar al colectivo como referente en el panorama actual del debate promovido a partir del proyecto de Ley Alfonso.
- Lograr una activa y atractiva difusión desde el colectivo para sumar adhesiones, a través de explicación de conceptos, encuestas, concursos y relatos.
- Desarrollar alianzas con ONGs, instituciones y organismos que se enfoquen en la temática para diversificar las voces y amplificar el mensaje.

El fin es transformar formas simbólicas a través de la información y fortalecer las capacidades subjetivas y colectivas de la ciudadanía en tanto se entienda como sujeto de derecho. Se procura actuar desde una perspectiva comunicacional que permita abordar la complejidad de los procesos sociales: desnaturalizarlos y romper con el sentido común que circula en el rumor social, ubicándose desde el lugar de articulador de diálogos entre distintos actores.

9.3. Estrategias de comunicación

Las estrategias estarán dirigidas a persuadir, incidir y conmover. Con esta línea de acción planteada, el objetivo es generar conciencia en la sociedad sobre la temática debatida.

Proyecto 1: Decidir Nuestros Derechos

- Nombre del proyecto: **Decidir Nuestros Derechos**
- Fundamentación: la única manera en que la ciudadanía puede hacer uso o rechazar las posibilidades que el derecho le ofrece es a través del conocimiento de las propias leyes. En este sentido, este primer proyecto se enfoca en hacer palpables las disposiciones relacionadas con el final de vida de las personas, ante un gran desconocimiento que opera en la sociedad civil.
- Objetivos del proyecto: lograr una activa y atractiva dinámica de difusión desde el colectivo para generar conciencia sobre la etapa final de vida y sumar adhesiones, a través de conceptos concretamente explicados, información respecto a políticas públicas y derechos adquiridos, con encuestas, concursos y relatos en primera persona, y embajadores de la causa que colaboren con la producción de material de difusión.
- Meta: que al menos un 60% de los usuarios de redes sociales que siguen alguna de las cuentas del colectivo u otras organizaciones asociadas pueda identificar DMMA de asesinato o suicidio y conozca que existen derechos del paciente y proyectos de ley que buscan una ampliación de los derechos adquiridos con la regulación de la práctica eutanásica.
- Los interlocutores/destinatarios involucrados en este proyecto son los siguientes:
 - 1. Internautas y sus entornos
- Actividades:
 - 1. Diseñar dos posteos para publicar todos los miércoles en Instagram, una con la consigna #Sabíasqué que será difundida a las 10 y otra a las 21 con un reel de 30 segundos en la que el embajador de la causa cuente una experiencia personal o haga una pregunta para iniciar un debate.
 - 2. Diseñar dos publicaciones para difundir todos los sábados en Twitter: una en formato de flyer con una invitación de una actividad, ya sea organizada por el colectivo como por organizaciones aliadas, que será publicada al mediodía, y otra para ser publicada a

las 21 en formato de encuesta/sorteo con una pregunta que contemple la definición de una noción básica vinculada a la problemática o fragmentos de leyes vinculadas a los cuidados paliativos o la Ley de Muerte Digna, y cuyo premio para el ganador dependa de la organización a la que se le difundió la actividad al mediodía

3. En el diseño de las publicaciones debe estar presente el logo del colectivo y las formas de contacto.

- Resultados esperados:

1. En Instagram, alcanzar en 1 (uno) mes 8 (ocho) nuevas publicaciones en el perfil, cuatro de ellas con la participación de cuatro embajadores, dos pertenecientes al mundo del espectáculo y dos al deportivo.
2. En Instagram, al finalizar el primer mes de publicaciones, contar al menos con 100 nuevos seguidores.
3. En Twitter, alcanzar en 1 (uno) mes al menos 400 nuevas interacciones sobre los ocho contenidos publicados.
4. En Twitter, que el último sorteo del año sea una consulta estrictamente vinculada al proyecto de Ley Alfonso y que al menos un 70% de las respuestas sean correctas.

- Viabilidad y factibilidad:

1. Se debe ampliar el equipo de comunicación. Debe estar liderado por un comunicador social capaz de planificar actividades y coordinar los trabajos de 2 (dos) community manager: uno para encargarse de Twitter y otro de Instagram. También es necesario un diseñador gráfico, un redactor y un compaginador de audio y video.
2. Para este proyecto es imprescindible la participación de los usuarios de redes sociales y mantener un equipo paralelo de personas encargadas de replicar el contenido en sus redes sociales personales.

- Responsables:

1. Colectivo
2. Director del equipo de comunicación del colectivo

Proyecto 2: Hablar la Muerte

- Nombre del Proyecto: **Hablar la muerte**
- Fundamentación: para que la problemática de la reglamentación de la eutanasia conquiste nuevos terrenos es fundamental que el colectivo sea capaz de tender nuevas alianzas que permitan generar espacios de incidencia, a través de cruces de perspectivas para y desde mesas de debate y de la difusión de actividades del proyecto Decidir Nuestros Derechos.
- Meta: que a dos meses de haber puesto en marcha el presente proyecto, el radio del alcance de la imagen del colectivo sea un 60% mayor que previo al inicio de Hablar la Muerte.
- Objetivos del proyecto: generar entre el colectivo y otras organizaciones espacios de reflexión con fines educativos y un lenguaje coloquial, y que ambas se retribuyan como plataformas de difusión de actividades y publicaciones del colectivo.
- Actividades:
 1. Conseguir al menos 5 (cinco) alianzas con organizaciones en 2 (dos) semanas.
 2. Realizar un cronograma temático por mes, con 1 (uno) encuentro cada 15 (quince) días, encabezado por distintos profesionales de la salud y expertos de otras disciplinas académicas, con el fin de abordar el tema de la muerte y la eutanasia. El formato debe ser híbrido, con posibilidad de asistir personalmente y virtualmente, para que tenga alcance federal. Difundir el programa y fijarlo como publicación en Twitter e Instagram.
 3. Lograr que las 5 (cinco) nuevas organizaciones compartan las 16 (dieciséis) publicaciones del colectivo programadas para cada mes -8 (ocho) en Twitter y 8 (ocho) en Instagram-.
- Los interlocutores/destinatarios involucrados en este proyecto son los siguientes:
 1. Colectivo
 2. ONGs

- Resultados esperados:

1. Alcanzar 25 (veinticinco) inscripciones en las primeras dos mesas de debate programadas con organizaciones aliadas.
2. Alcanzar al menos 500 (quinientas) menciones del cronograma temático entre los seguidores de Twitter e Instagram en 1 (uno) mes.
3. Generar lazos con los seguidores de las redes sociales de DMMArg y ampliar la cantidad de usuarios que siguen las publicaciones del colectivo.

- Viabilidad y factibilidad:

1. Se reitera el punto 1 (uno) del Proyecto 1: Decidir Nuestros Derechos. Y se agrega la recomendación de sumar una persona que tenga habilidades para promover alianzas.
2. Antes de cada mesa de debate es necesaria una reunión entre el colectivo, la organización involucrada y los disertantes para marcar la línea de acción.
3. Garantizar el inicio de un ciclo temático cada 4 (cuatro) encuentros.

- Responsables:

1. Colectivo
2. ONGs aliados
3. Disertante/s

10. BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DOCUMENTALES

10.1. Bibliografía

Algranati, Santiago [et al.] (2012). Mapear actores, relaciones y territorios. Una herramienta para el análisis del escenario social. En Cuadernos de cátedra No. 3 Taller de Planificación de Procesos Comunicacionales. Universidad de La Plata.

Althusser, Louis. (1988). *Ideología y aparatos ideológicos del Estado. Freud y Lacan* (Buenos Aires: Nueva Visión).

Alvarez, Mariana Yael. (2020). “*El rol de Enfermería en la eutanasia y el suicidio medicamente asistido*” [Tesis de grado, Universidad Nacional de Luján, Facultad de Medicina].

<https://ri.unlu.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/rediunlu/862/52%20-%20ALVAREZ%2c%20MARIANA%20Yael%20-%20TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Angenot, Marc. (2010). El discurso social en “*El discurso social. Los límites históricos de lo pensable y lo decible*” (Buenos Aires: Siglo veintiuno).

<https://linguisticaydiscursividadsocialunr.files.wordpress.com/2015/04/angenot-2012-el-discurso-social-caps-1-2-3.pdf>

Arias, A. y Álvarez Moreno, M. (2018) *La construcción de la figura de la mujer en los discursos de las organizaciones sociales a favor y en contra del aborto : el caso de Grávida y Socorristas en Red* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales].

<http://repositorio.sociales.uba.ar/items/show/1608>

Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria y la Subsecretaría de Calidad, Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud de la Nación, Legisalud. Manual sobre los Derechos de los/as Pacientes para el Equipo de Salud, octubre de 2020.

[Manual sobre los Derechos de los/as Pacientes para el Equipo de Salud](#)

Bachelard, Gastón. (1979). La noción del obstáculo epistemológico en “*La formación del espíritu científico*” (México: Siglo XXI)

Balatti, M. y Díaz, N. (2008) *Buena vida, buena muerte* [Tesis de grado, Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Periodismo y Comunicación Social]. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/1950>

Bourdieu, Pierre. (1993). Espíritus de Estado. Génesis y Estructura del campo burocrático. *Actes de la recherche en sciences sociales*, N° 96-97, pp. 49-62.

<http://sociologiageneral1.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/213/2014/03/genesis.pdf>

Bourdieu, Pierre (2007). “Estructuras, habitus, prácticas” en *El sentido práctico* (Buenos Aires: Siglo XXI)

Bourdieu, Pierre [et al.] (1975). “La ruptura” y “La construcción del objeto” en *el oficio del sociólogo* (Buenos Aires: Siglo XXI)

Bourquin, Glenda. (2019). “Eutanasia o Distanasia como alternativas para pacientes terminales en las Unidades de Terapia Intensiva” [Tesis de posgrado, Universidad Nacional del Litoral, Facultad de Ciencias Médicas].

<https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar:8443/bitstream/handle/11185/5715/TFI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Brown, Josefina Leonor. (2008). La cuestión del aborto en Argentina. Una mirada a partir de la prensa periódica (1).

<https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/688>

Cacciaguerra, Ricardo. (2016). “La muerte digna en la era de la tecnociencia en la Unidad de Terapia Intensiva” [Tesis de posgrado, Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas].

http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/cacciaguerra_ricardo16-05-16.pdf

Carballeda, Alfredo. (2009). “La intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto”, en *Los cuerpos fragmentados*. (Buenos Aires: Paidós)

Chaher, Sandra [et al.]. (2018). El aborto en la prensa gráfica argentina. Disponible en

https://www.flacsoandes.edu.ec/sites/default/files/agora/files/1241222329.el_aborto_en_la_prensa_argentina_0.pdf

Díaz T., V. (2009). Departamento de Neurología y Neurocirugía: Muerte cerebral o muerte

encefálica. La muerte es una sola. (Santiago de Chile: Revista del Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Felitti, K. (2010). “Estrategias de comunicación del activismo católico conservador frente al aborto y el matrimonio igualitario en la Argentina”, en Revista Sociedad y Religión, N° 34/35, Vol. XXI (Buenos Aires: CEIL-CONICET)

Formía, Giuliana Micaela. (2018). “*La trombofilia y su instalación en las agendas biomédica, social y política*” [Tesis de grado, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales].

<http://repositorio.sociales.uba.ar/items/show/1456>

Gramsci, Antonio. (1999). *Cuadernos de la cárcel* (México D.F: Ediciones Era / Benemérita Universidad Autónoma de Puebla).

https://ses.unam.mx/docencia/2018I/Gramsci1975_CuadernosDeLaCarcel.pdf

Gramsci, Antonio. (1980). “El príncipe” en *Notas sobre Maquiavelo, sobre la política y sobre el Estado Moderno* (Madrid: Nueva Visión)

<https://kmarx.files.wordpress.com/2012/04/gramsci-notas-sobre-maquiavelo-polc3adtica-y-estado-moderno.pdf>

Hall, Stuart. (1994). “Codificar y decodificar”, en Entel, A. (comps.) *Teorías de la comunicación*, (Buenos Aires: Fundación universidad a distancia “Hernandarias”)

Hall, Stuart. (1998). “El problema de la ideología: marxismo sin garantías”, en Revista Doxa, (Buenos Aires) Año IX, No. 18.

Hall, Stuart y Jefferson Tony. (2014). Subculturas, culturas y clase en “*Rituales de resistencia Subculturas juveniles en la Gran Bretaña de postguerra*” (Madrid: Traficantes de sueños)

https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/TS-HIS14_rituales.pdf

Mallimaci, F. [et al.]. (2019) Sociedad y Religión en Movimiento. Segunda Encuesta Nacional sobre Creencias y Actitudes Religiosas en la Argentina. Informe de Investigación, n° 25. (Buenos Aires: CEIL-CONICET)

<https://www.conicet.gov.ar/creencias-valores-y-actitudes-en-la-sociedad-argentina/>

Marx, Karl. (2013). *El 18 Brumario de Luis Bonaparte* (Madrid: Fundación Federico Engels)

https://www.fundacionfedericoengels.net/images/PDF/El_18_Brumario_de_Luis_Bonaparte.pdf

Martini, Sella. (2000). *Periodismo, noticia y noticiabilidad* (Buenos Aires: Grupo Editorial Norma)

Mata, María Cristina. (1985). “Nociones para pensar la comunicación y la cultura masiva” en *Módulo 2, Curso de Especialización Educación para la comunicación* (Buenos Aires: La Crujía)

Matus, Carlo. (2007). “El actor en situación” en *Teoría social del juego social* (Buenos Aires: Ediciones Universidad Nacional de Lanús)

Mendoza-Villa, JM. (2019). La eutanasia en el mundo occidental. *Bioética Plural III*. (Medellín: Editorial CES).

Mendoza-Villa JM y Herrera-Morales LA. (2016). Reflexiones acerca de la eutanasia en Colombia. *Rev Colomb Anesthesiol*.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2016.06.008>

Moody, Jr. Raymond. (1977)). *Vida después de la vida* (Madrid: Edaf)

Muzzolón, Gisela. (2013). “*Investigación de los conocimientos sobre el derecho a tener una Muerte Digna*”. [Tesis de grado, Universidad Abierta Interamericana, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud].

<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC114098.pdf>

Necuzzi, Constanza. (2014). Conectar Igualdad, la política de inclusión tecnológica del Estado argentino. Reflexiones sobre la escolarización en el siglo XXI. *Las humanidades digitales desde Argentina*. I Jornadas Nacionales de Humanidades Digitales, 273-282.

<https://www.aacademica.org/jornadasaahd/86>

OPS/OMS (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión*. Edición de 2008, Volumen 2, Manual de Instrucciones, Publicación Científica No. 554, Washington, D.C.

Ortiz-Gonçalves, Belén. (2017). “*Eutanasia: Nivel de información en la población de la Comunidad de Madrid*” [Tesis de posgrado, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina].

<https://eprints.ucm.es/id/eprint/44708/>

Oszlak, Oscar y O'Donnell, Guillermo. 1976. "Lecturas sobre el Estado y las políticas públicas: Retomando el debate de ayer para fortalecer el actual", Trabajo presentado a la Reunión 1976 de la Latin American Association, marzo de 1976.

https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/3332/1/Doc_t04.pdf

Pastrana, Tania [et al.] (2021) *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020*. 2ª ed. (Houston: IAHPC Press)

<https://cuidadospaliativos.org/recursos/publicaciones/atlas-de-cuidados-paliativos-de-latinoamerica/>

Ponte Silva, Alejandro. (2018). "*La eutanasia y la muerte digna en Argentina*" [Tesis de grado, Universidad Siglo 21, Facultad de Abogacía].

<https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/handle/ues21/15422>

Pozo Solís, Antonio. (2007). "Mapeo de actores sociales" (Lima: Mimeo) [Archivo PDF].

<https://dpp2012.files.wordpress.com/2012/08/05-pozo-solc3ads.pdf>

Przygoda, P. (1999). La eutanasia y el suicidio asistido en la argentina y en otros países. *MEDICINA* (Buenos Aires), 59(2), 195-200.

https://medicinabuenosaires.com/demo/revistas/vol59-99/2/v59_n2_195_200.pdf

Uranga, W. (2005). *La comunicación es acción: comunicar desde y en las prácticas sociales*. [Archivo PDF].

<https://docplayer.es/24053944-La-comunicacion-es-accion-comunicar-desde-y-en-las-practicas-sociales.html>

Uranga, Washington [et al.] 2016. *La incidencia como camino para la construcción de ciudadanía: una propuesta para trabajar desde la comunicación* (Buenos Aires: Patria Grande)

Uranga, Washington [et al.] 1994. Diagnóstico y Planificación de la Comunicación, en *Estrategias de comunicación política* (Buenos Aires: La Crujía)

Uranga, W. (2007). *Mirar desde la comunicación. Una manera de analizar las prácticas sociales*. [Archivo PDF].

<http://www.comunicacion4.com.ar/archivos/URANGA-MirarDesdeLaComunicacion.pdf>

Vaggione, J. (2012) “La cultura de la vida”. Desplazamientos estratégicos del activismo católico conservador frente a los derechos sexuales y reproductivos”. *Religião e sociedade* Rio de Janeiro, vol. 32 p. 57 - 80.

Vallejo, J. “¿Cuáles son los requisitos para acceder a la eutanasia en Colombia?” en *Ecos del Combeima* (Bogotá) 10 de septiembre de 2018.

<https://www.ecosdelcombeima.com/actualidad/nota-132718-cuales-son-los-requisitos-para-acceder-la-eutanasia-en-colombia>

Verón, Eliseo. (1993). *La semiosis social*. (Barcelona: Editorial Gedisa)

http://fba.unlp.edu.ar/lenguajemm/?wpfb_dl=6

Volóshinov, Valentín. (1992). “El estudio de las ideologías y la filosofía del lenguaje” y “Problema de la relación entre las bases y las superestructuras” en *El signo ideológico y la filosofía del lenguaje*. (Madrid: Alianza)

10.2. Artículos periodísticos, informes, páginas web y recursos audiovisuales

20 Minutos 2020 (Madrid) 11 de febrero.

<https://www.20minutos.es/noticia/4146470/0/la-eutanasia-es-legal-en-luxemburgo-belgica-holanda-canada-y-colombia-el-suicidio-en-suiza-y-en-parte-de-ee-uu/>

Barillas, M “New Zealand voters to decide in September referendum if doctors can kill sick patients” en *LifeSite* (Auckland) 29 de enero de 2020.

<https://www.lifesitenews.com/news/new-zealand-voters-to-decide-in-september-referendum-if-doctors-can-kill-sick-patients/>

BBC News 2021 (Londres) 18 de marzo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-56423589>

Breuer, M. y Soriano, C. (2 de septiembre de 2020) Conversatorio “Hablemos de eutanasia”

-nuevo proyecto legislativo-. En M. Vignolo (Moderador) Simpósio de medicina. Comité de Bioética y Comisión de Educación Médica Continua del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba, Córdoba, Argentina. <https://www.youtube.com/watch?v=aH0jc-G1DKQ> [Acceso el 20 de septiembre de 2021]

Cope 2021 (Madrid) 1 de septiembre.
https://www.cope.es/programas/herrera-en-cope/el-papa-con-herrera/noticias/papa-francisco-lamenta-igualizacion-eutanasia-espana-que-sirve-descarta-20210901_1473672

De Benito, Emilio 2021 “España aprueba la ley de eutanasia y se convierte en el quinto país del mundo en regularla” en El País (Madrid) 18 de marzo de 2021.
<https://elpais.com/sociedad/2021-03-18/espana-aprueba-la-ley-de-eutanasia-y-se-convierte-en-el-quinto-pais-del-mundo-en-regularla.html>

De Massi, V. “Eutanasia: avanza un anteproyecto de ley para legalizar el derecho a morir (Buenos Aires) 13 de marzo de 2021.
https://www.eldiarioar.com/sociedad/anteproyecto-ley-eutanasia-legal_1_7305358.html

De Massi, V. “Eutanasia: el senador Julio Cobos trabaja en un anteproyecto de ley” (Buenos Aires) 3 de junio de 2021.
https://www.eldiarioar.com/sociedad/eutanasia-senador-cobos-anteproyecto-ley_1_8000850.html

Derecho a la Muerte Médicamente Asistida (DMMA). Perfil de usuario en Instagram.
<https://www.instagram.com/eutanasialegal> [Acceso el 17 de febrero de 2022]

Derecho a la Muerte Médicamente Asistida (DMMA). Perfil de usuario en Twitter.
<https://twitter.com/eutanasialegal> [Acceso el 17 de febrero de 2022]

El País 2021 (Montevideo) 7 de junio.
<https://www.elpais.com.uy/informacion/salud/colegio-medico-opone-ley-habilita-eutanasia.html>

Encuentro Vecinal Córdoba 2011 (Córdoba)
<https://evcba.com.ar/> [Acceso el 20 de septiembre de 2021]

Facebook. Grupo Eutanasia: derechos y final de vida
<https://www.facebook.com/groups/eutanasialegal> [Acceso el 17 de febrero de 2022]

Ferrer, I. “La ley holandesa de eutanasia suma un respaldo del 87% al cumplir 20 años” en El País (La Haya) 23 de junio de 2021.
<https://elpais.com/sociedad/2021-06-24/la-ley-holandesa-de-eutanasia-suma-un-respaldo-del-87-al-cumplir-20-anos.html#:~:text=La%20norma%20fue%20la%20primera,de%20las%20muertes%20del%20pa%C3%ADs>

Flier, D. “Eutanasia legal: la Argentina empieza a debatir el derecho a morir” en *Redacción* (Buenos Aires) 6 de abril de 2021.

<https://www.redaccion.com.ar/eutanasia-legal-la-argentina-empieza-a-debatir-el-derecho-a-morir/>

Flier, D. “Legalización de la eutanasia: los argumentos a favor y en contra de un debate inminente (y necesario)” en *Redacción* (Buenos Aires) 7 de junio de 2021.

<https://www.redaccion.com.ar/legalizacion-de-la-eutanasia-los-argumentos-a-favor-y-en-contra-de-un-debate-inminente-y-necesario/>

Fundación Favaloro. Juramento Hipocrático. Disponible en:

<https://www.fundacionfavaloro.org/juramento-hipocratico-obligaciones-determina/> [Acceso el 8 de noviembre de 2021]

Gobierno de Canadá. Segundo Reporte Anual de Asistencia Médica para Morir, del Gobierno de Canadá, informe 2020.

<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying/annual-report-2020.html>

Gobierno de Luxemburgo. Comisión Nacional de Control y Evaluación, informe 2019-2020.

<https://sante.public.lu/fr/actualites/2021/03/euthanasie/euthanasie-rapport-2019-2020.pdf> [Acceso el 13 de enero de 2022]

Infobae 2019 (Buenos Aires) 6 de diciembre

<https://www.infobae.com/salud/2019/12/07/solo-el-4-de-los-pacientes-que-requieren-cuidados-paliativos-acceden-a-ellos/>

Infosalus 2021 (Madrid) 8 de junio.

<https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-expertos-reclaman-discusion-tranquila-sensata-eutanasia-demanda-social-minoria-20180608185022.html>

Lafferriere, N [et al.] (4 de noviembre de 2021) Mesa “Eutanasia y suicidio asistido: ¿un derecho o populismo moral?”, en IV Congreso mundial de Diálogo Intercultural e Interreligioso “Una senda hacia la Paz”, Buenos Aires, Argentina. <https://www.youtube.com/watch?v=SN8YV4UAmMY> [Acceso el 8 de noviembre de 2021]

Lamm, E. “La dignidad humana”, en el diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS), Ministerio de Salud (Buenos Aires). Marzo de 2017.

<https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-dignidad-humana>

Martin, I. “La eutanasia ya no se debate en Bélgica, 19 años después de su aprobación” en Clarín (Buenos Aires) 16 de mayo de 2021.
https://www.clarin.com/mundo/eutanasia-debate-belgica--19-anos-despues-aprobacion_0_jo_D47ICZ.html

Mosterín, J. “La buena muerte” en *El País* (Madrid) 11 de abril de 2005.
https://elpais.com/diario/2005/04/12/opinion/1113256807_850215.html

Oquendo, C. “Colombia practica su segunda eutanasia en un paciente no terminal” *El País* (Colombia) 7 de enero de 2022.
<https://elpais.com/sociedad/2022-01-08/victor-escobar-se-convierte-en-el-primer-colombiano-en-recibir-la-eutanasia-sin-ser-enfermo-terminal.html>

Sousa Dias, G. “‘Lo escuché y salí llorando’: un médico cordobés y la historia real que inspiró el flamante proyecto de ley de eutanasia” en *Infobae* (Buenos Aires) 13 de marzo de 2021.
<https://www.infobae.com/sociedad/2021/03/13/lo-escuche-y-sali-llorando-un-medico-cordobes-y-la-historia-real-que-inspiro-el-flamante-proyecto-de-ley-de-eutanasia/>

Suppo, V. “Las tres temáticas relacionadas con la salud planteada por La Voz a los postulantes a senadores y diputados generaron posturas enfrentadas, diferencias en listas iguales y fuerzas políticas que evitaron participar” en *La Voz* (Buenos Aires) 9 de noviembre de 2021.
<https://www.lavoz.com.ar/politica/eutanasia-interrupcion-del-embarazo-y-marihuana-tres-temas-que-dividen-a-los-candidatos/>

Télam 2021 (Buenos Aires) 18 de marzo.
<https://www.telam.com.ar/notas/202103/547851-espana-eutanasia-suicidio-asistido.html>

Vaticano 2020 (Vaticano) 22 de septiembre.
<https://press.vatican.va/content/salastampa/es/bollettino/pubblico/2020/09/22/carta.html>
<https://www.vaticannews.va/es/vaticano/news/2020-09/carta-doctrina-fe-vida-eutanasia-samaritanus-bonus-sintesis.html>

10.3. Legislación

Cobos, J., y Verasay, P. (Noviembre 29, 2021). Proyecto de Ley S-2577, Interrupción Voluntaria de la Vida. Por medio de la cual se establece un marco jurídico para la práctica de la eutanasia. <https://www.senado.gob.ar/parlamentario/comisiones/verExp/2577.21/S/PL>
[Acceso el 19 de diciembre de 2021]

Código Civil y Comercial de la Nación Argentina, 26.994, 1 de octubre de 2014 (Argentina)
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm>
[Acceso el 18 de septiembre de 2021]

Cornejo, A., [et al]. (Noviembre 25, 2021) Proyecto de Ley 4597, del Buena Muerte. Por medio de la cual se establece un marco jurídico para la práctica de la eutanasia. [Iniciativa completa](#).

Declaración de Ginebra, Ginebra, septiembre de 1948, de la Asociación Médica Mundial, disponible en:
<https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-ginebra/> [Acceso el 14 de septiembre de 2021]

Declaración de Lisboa sobre los Derechos de los Pacientes, Oslo, octubre de 2015, de la Asociación Médica Mundial, disponible en:
<https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-lisboa-de-la-amm-sobre-los-derechos-del-paciente/> [Acceso el 14 de septiembre de 2021]

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, Nueva York, 19 de octubre de 2005, Serie de Tratados de las Naciones Unidas, disponible en:
http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html [Acceso el 14 de septiembre de 2021]

Estévez, G., [et al]. (Diciembre 06, 2021). Proyecto de Ley 4734, Alfonso. Por medio de la cual se establece un marco jurídico para la práctica de la eutanasia. [Iniciativa completa](#).

España. Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia. 24 de marzo. BOE-A-2021-4628
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-4628>

La Ley 2021 (Lima) 22 de enero.
<https://laley.pe/art/10540/eutanasia-en-el-peru-el-derecho-a-morir-en-condiciones-dignas-podria-ser-una-realidad>

Ley 26.529 de 2009. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. 19 de noviembre de 2009. BORA No. 31.785.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

Ley 26.742. Modificación de los artículos 2, 5, 6, 7, 10, 11 y 11 bis de la Ley 26.529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud. 24 de mayo de 2012. BORA No. 32.404.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm>

Ley 26.812. Sustituye el artículo 15 de la Ley 26.529 relativa a los datos que deben constatar en la historia clínica del paciente. 8 de enero de 2013. BORA No. 32.566.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/205000-209999/207587/norma.htm>

Resolución 1253 de 2016 [Ministerio de Salud de la Nación Argentina]. Por la cual se crea el Programa Nacional de Cuidados Paliativos en el ámbito del Instituto Nacional del Cáncer. 30 de agosto de 2016.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1253-2016-265043/texto>

Resolución 1049 de 2021 [Ministerio de Salud de la Nación Argentina]. Por la cual se establece el manual de los Derechos de los/as Pacientes para el Equipo de Salud. 20 de abril de 2021.
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/243295/20210421>

11. ANEXO

11.1. Entrevistas

11.1.1. Elisa “Kuky” Lisnofsky

Psicóloga social, especializada en psicogerontología.

Creadora del grupo de Facebook *Eutanasia: derechos y final de vida*, de más de 2.400 miembros.

Entrevistada de manera virtual, a través de la plataforma Zoom, el domingo 29 de agosto de 2021.

- Entrevistadora (E): ¿Cuál fue el motivo que la llevó a plantearse una campaña de conscientización respecto de los derechos adquiridos y el proyecto de ley de la eutanasia?

- Elisa Lisnofsky (EL): Surge de una experiencia personal mía muy dolorosa que es la muerte de mi hija mayor. Comenzó con un cáncer de ovarios muy agresivo cuando tenía 47 años, y el 10 de junio se cumplieron dos años de su fallecimiento. Estuvo cinco años peleando contra este cáncer. De mis cuatro hijos, ella era la más sana de todos, la que nunca se enfermaba.

Al principio se pensó que era un fibroma por el tamaño, pero al final se descubrió que era cáncer de ovarios grado 4, el máximo. El pronóstico era de poco tiempo, pero este impulso vital que ella tenía, más todo el sostén que pudimos construir de manera familiar y comunitariamente, hizo que esto tuviera el tiempo que tuvo.

Claudia vivía en Montevideo y estaba asistida por los cuidados paliativos, allá funcionan bien en los hospitales, y también la atendían en el domicilio de la familia, fue un sostén muy importante. Hubo momentos en que hubo un retroceso de la enfermedad y creíamos que iba a salir, pero después volvía con mayor fuerza.

Fue una historia muy larga, muy desgastante en todo sentido y muy dolorosa, mezclada con todas las demás cosas de la vida que hacían que ella quisiera seguir viviendo. Se hizo todo lo que la ciencia

podía brindar y lo alternativo, y cuando no hubo más nada que se pudo hacer recurrimos a un medicamento experimental que venía de afuera y que salía muy caro. Se hizo una campaña, se juntaron los fondos y conseguimos el olaparib, que se supone que detiene el avance de las células cancerígenas. Esto ya fue sobre el final, ella no podía tolerar nada, vomitaba todo, así que lo pudimos comprar pero no lo pudo usar.

El fin de vida de ella fue muy terrible, y fue muy injusto por todo lo que pasó. Ya no quedaba nada más que su lucidez, porque de lo que fue, que era una chica absolutamente saludable y vigorosa, solo quedaban huesitos y piel, un cuerpo torturado que pasó por cuatro operaciones, ano contranatura y todo lo que sucede en estos casos cuando la cosa se alarga.

Sobre el final de vida, ella le preguntó a la paliativista cuándo, según su criterio, era basta. Ya no quería saber nada, era la antesala de la muerte. Seguía viviendo, pero de una forma tan precaria y tan penosa que no tenía ningún sentido. Nosotros apoyamos su decisión, que no era la de eutanasia porque en Uruguay también es ilegal, sino la sedación paliativa, que es una de las cuestiones de la muerte digna que evita el encarnizamiento terapéutico. Es la sedación profunda y se supone que el paciente ya no sufre nada, aunque nunca se sabrá si la cosa es o no así, pero de cualquier modo, una vez que se produce este procedimiento es muy corto el tiempo de vida, es lo que el cuerpo aguante, pero más o menos de dos a cinco días. Su pedido no fue respetado, ni siquiera con el apoyo de toda la familia, y siempre había algo más para hacer. Ahora sé que eso era encarnizamiento u obstinación terapéutica, pero en ese momento no lo sabía. Ahí me propuse que cuando me volviera a Argentina iba a luchar para que hubiera una ley de eutanasia, para que fuera ley la posibilidad de morir con dignidad.

- E: ¿Cómo empezó a darle forma a esa promesa?

- EL: El 19 de febrero pasado se cumplió un año de la creación de este grupo. No sabía cómo resolver esta cuestión de empezar, de hacer la junta y tampoco estaba en condiciones inmediatamente para hacerlo, pero se largó en esa fecha. Empezó como un posteo en Facebook con una simple pregunta que decía “¿Qué opinan sobre la legalización de la eutanasia?” en un grupo muy grande que se llama “La revolución de las viejas”, que tiene más de 30.000 integrantes y que fue creado por la diputada Gabriela Cerruti. Hice la pregunta ahí porque era un grupo muy importante, y no pude creer la cantidad de adhesiones que vi, se me caían las lágrimas. De esta publicación, salió la idea de armar un grupo aparte. En un principio nos llamamos “Eutanasia: revolución de las viejas”, pero nos situamos en el campo de los Derechos Humanos y pautamos que no tenía nada que ver con la edad, ni con el género, ni tampoco con la afiliación a partidos políticos. Lo pensamos como heterogéneo, inclusivo y

apartidario, por lo tanto pasamos a llamarnos “Eutanasia: derechos y final de vida”. Esta fue la primera movida importante.

Cuando el grupo comenzó, éramos 14 o 15, porque la adhesión no implica el compromiso, la cosa pasa por otro lado. Hoy estamos llegando a los 1.800 en muy poco tiempo, un poco más de un año. Esto significa muchísimo en términos de tanteo de lo que pasa en la sociedad.

Así como yo, que si hubiera sabido antes todo lo que sé ahora, el final de vida de mi hija habría sido distinto, lo primero que detectamos en el resto fue el gran desconocimiento que había y sigue habiendo respecto de los derechos adquiridos, lo que ya tenemos, como la Ley de Muerte Digna (26.742, de 2012), que es una ampliación de la Ley de Nuestros Derechos como Pacientes (26.529, de 2011) Estamos a 10 años de la promulgación de esta ley, que es una ley muy progresista. Argentina es uno de los países más avanzados en la ampliación de derechos, y estos de salud son muy interesantes en términos de cambiar el paradigma médico hegemónico: el principal protagonista es el paciente y su voz; en este cambio de paradigma, se pone en juego la correlación de fuerzas, el cambio de mandos respecto del poder, ¿quién sabe más acerca de su propio cuerpo y de lo que quiere para sí mismo que la persona que está muriendo? Pero si uno no conoce estos derechos queda a merced del sistema médico, en el que el médico tiene todo el poder sobre esta cuestión.

No respetar los derechos adquiridos, que están en la Constitución, es una mala praxis médica. Estos derechos están invisibilizados. Casi nadie de la población conoce estos derechos, pero no es casual que no se conozcan porque son invisibilizados por el sistema, y por lo tanto no son respetados y uno no tiene la posibilidad de hacerlos respetar porque no los conoce. Vamos a ir a pedirle a la ley algo que ya tenemos.

Salvo una de las integrantes del grupo que está desde el comienzo y que es presidenta de la organización El Faro que trabaja con personas en el final de la vida, por lo que tenía formación, nosotros nos fuimos formando. Al principio la gente me preguntaba si no me iba a hacer daño meterme en una cosa así, y puedo decir que no, que me acompañó de la mejor forma posible en este proceso porque fue de una gran contención y, sobre todo, en lo que tiene que ver con la situación de aprendizaje. Me la paso aprendiendo y sigo aprendiendo muchísimo con el grupo y con las compañeras administradoras.

- E: ¿Cómo se conforma el equipo de administradoras del grupo?

- EL: Yo soy psicóloga social y psicogerontóloga. Viviana Bilezker es la presidenta de El Faro, psicóloga y especialista en bioética. Maria Arévalo es docente y bailarina. En este primer tramo sumamos dos integrantes más, pero una se fue por cuestiones laborales y otra pidió una licencia porque está trabajando en la campaña electoral de su fuerza. En este último tiempo incorporamos a dos nuevas integrantes, Laura Pezzano, que es médica clínica y parte del Comité de Bioética del Hospital Italiano, y Bárbara Guzmán, que es trabajadora social y tiene muchos proyectos, está muy involucrada con la muerte digna. Ahora somos un grupo de cinco administradoras que consensuamos todo lo que hacemos, es un trabajo de hormiga, lleva mucho tiempo y aprendizaje.

Como la horizontalidad completa no existe, es muy importante hacer un seguimiento del grupo, cuidar este tema tan delicado, que no sea tratado burdamente, hostilmente, que no aparezcan las diferencias políticas de modo agresivo. En este trabajo, si aparece una publicación en términos guerreros contra la religión o contra la derecha, nosotros vamos al privado y trabajamos con esa persona. Se puede quedar o ir, pero no se debe correr del diálogo, se deben lograr consensos claros, cuál es el objetivo, cuál es la tarea, qué nos une. Lo que nos diferencia son puntos ciegos y no podemos salir a la calle con puntos ciegos, nosotros tenemos que tener un consenso ideológico que nos permita ser portavoces de lo que queremos y eso lo entendemos como horizontalidad, y por eso hay que seguirle el tranco al grupo todo el tiempo.

- E: ¿Cómo conciben el término eutanasia y cuáles son los límites que plantean?

- EL: Eutanasia proviene del griego que es buena muerte. Tiene muy mala prensa la palabra eutanasia, porque culturalmente por toda la matriz que viene de la iglesia, de las creencias, no se habla de la muerte y es lo más cotidiano y natural del mundo, sin embargo está tapado. Y en realidad nosotros pensamos que hay que poner el foco en la vida y en esta cuestión que tiene que ver con la coherencia biográfica, con la libertad y con la autonomía sobre la propia vida, sobre el propio cuerpo.

En este momento estamos hablando de muerte voluntaria, que incluye tanto eutanasia como muerte médicamente asistida, que comparten los principios éticos de autonomía y libertad sobre la propia vida y la propia muerte, pero son dos intervenciones diferentes. En el caso de la eutanasia es el médico quien aplica la sustancia letal y la muerte es prácticamente inmediata. En el caso del suicidio o muerte médicamente asistida, el médico provee la sustancia y es el paciente o alguien de su entorno quién la aplica. En este momento ambas son ilegales. Al igual que pasó con el aborto, la eutanasia se realiza en el país, pero tenés que tener plata para hacerlo, y los médicos que lo hacen por humanistas corren un gran riesgo y pueden tener una causa de homicidio.

Tanto la eutanasia como la muerte médicamente asistida comparten los principios filosóficos y éticos, pero son dos procedimientos diferentes. Ambas están contempladas en la Ley Alfonso, que es la que está más avanzada, así como está en la ley de España.

- E: ¿Qué pasa con casos de salud mental?

- EL: Esta es una de las cuestiones más polémicas en las leyes, porque en realidad muchos casos de salud mental llevan a horribles intentos de suicidio y son casos que pueden ser salvados con un buen tratamiento. Una cosa que es muy importante es que las leyes contemplan controles muy estrictos. El médico tratante recibe el pedido de eutanasia o suicidio asistido y lo evalúa. A su vez otro médico ajeno al primero hace su propia evaluación. Estas evaluaciones pasan a un equipo interdisciplinario conformado por psiquiatras, bioeticistas, psicólogos, médicos, abogados, que si están en una ley es porque comparten una postura favorable a la muerte digna, pero cada caso es evaluado en forma individual. En los países en los que es legal la eutanasia no son muchas las solicitudes de muertes voluntarias que son aceptadas, para controlar excesos o situaciones que son factibles de ser tratadas. El tema de la salud mental es un tema muy reiterado en el grupo, que para nosotros es una microsociedad por la cantidad grande de integrantes que tiene y se puede detectar lo que está pasando. Estos emergentes los tomamos para armar conversatorios.

- E: ¿Cuáles son los temas más recurrentes?

- EL: Los dos emergentes más fuertes que aparecen tienen que ver con la salud mental y el final de vida de los viejos, además de otros casos como tinnitus (hiperacusia), que tiene uno de los chicos del grupo. Solo se conoce el accidente que tuvo, pero no la causa, y como hay escasa investigación de la enfermedad que tiene no hay tratamiento la ciencia no puede dar cuenta de uno, y lleva una vida que le resulta insoportable porque le duele el ruido. Este compañero perdió toda la funcionalidad de su vida, no pudo seguir siendo deportista ni tener trabajo, ni mantener la vida social que tenía antes del accidente. Pasó a estar aislado por los ruidos, y para él es una vida que no merece ser vivida.

En otros casos aparecen los problemas de salud mental crónica, quienes han padecido enfermedades psiquiátricas desde muy jóvenes y fueron marginados, no pudieron armar una vida normal ni tener trabajo.

Estos tipos de casos son evaluados para ver si no están siendo bien tratados o simplemente no tiene ningún sentido seguir viviendo y, de ese modo, se evitarían horribles intentos de suicidio. Intentar suicidarse y no lograrlo es espantoso en sí mismo, y además lo hacen de la forma más cruel que uno puede imaginarse, como cuando hablábamos del aborto clandestino.

- E: Antes contaba que como grupo ustedes ponían el foco en la vida y en el amor al hablar de eutanasia, ¿cómo se transforma la muerte en vida y amor?

- EL: En realidad, respetar la coherencia biográfica de la libertad, de la autonomía sobre la propia salud, sobre el propio fin de vida, tiene que ver con una visión humanística, no mecanicista, no medicamentosa, no judicial. Esta cuestión de mirar este momento de la muerte, poder hablar de la muerte, poder decidir cómo y cuándo morir, y que para eso están las directivas anticipadas, que son ley y son un documento en el que cualquier persona mayor de 18 años a cualquier edad debería redactar.

En las directivas anticipadas, vos, en primera persona, describís cómo querés que sea tu fin de vida, amorosamente, y no cómo el sistema establece. Como toda ampliación de derecho es un cambio cultural. Hay que poder empezar a hablar de la muerte, porque es parte de la vida, tiene que ver con lo humano y con todas las especies vivas. La cultura, las creencias, los mitos, la han metido debajo de la alfombra, entonces nos cuesta un montón hablar de la muerte, comprender la muerte, hacer el duelo, morir como quisiéramos vivir, nos inhibe para un momento tan trascendental para hacer lo propio primero, porque es muy difícil pensar en la propia muerte porque se ha configurado en la cultura como el gran miedo, morir, que se te mueran los seres queridos.

La iglesia tiene su peso fundamental, la iglesia funciona normalmente para sostener el statu quo. Hay un gran negocio del fin de vida que tiene que ver con todos los recursos farmacológicos, bioquímicos, de la ciencia, los soportes vitales, con todas esas cosas que se utilizan en gran medida para el final de la vida y hacer mover el mercado que rodea la salud, y lo mueve mucho. Entonces la determinación del orden socioeconómico es muy fuerte. La iglesia, las creencias en general, son funcionales a su sostenimiento.

Como decíamos en la legalización del aborto y de los otros derechos adquiridos, un derecho no obliga a nadie, lo que sí obliga es la ausencia de derechos, obliga a sostener el statu quo. Vos podés elegir morir como quieras, desde tu creencia, desde tu formación, desde tu miedo si querés, pero solo tenés la posibilidad si tenés a mano el derecho de morir como quieras.

En el grado de determinación ante cualquier fenómeno social que tiene que ver con los derechos, lo primero que se tiene que pensar es en el factor económico. A diferencia del aborto, la eutanasia tiene a su favor que no hay un tercero en discordia.

Estos son derechos para todos, para la comunidad. Es no querer que nadie más pase por lo que yo tuve que pasar, es salirse del ombligo.

- E: ¿Logró convertirse el colectivo a favor de la eutanasia en un grupo más transversal tras desvincularse de “La revolución de las viejas”?

- EL: Sí. Tuvo que ver con nuestra definición. Nosotros nos situamos ideológicamente y ahí comprendimos que no podíamos tener dependencia con ese grupo, porque nada tenía que ver con el género, ni con la edad, y ese grupo también tiene una fuerte impronta partidista. Esta amplitud nos permitió tener, por ejemplo, un grupo de monjas por el derecho a decidir y muchas personas que tienen la fe católica pero adhieren a la eutanasia. Y adhieren desde su propia experiencia. Y hay mucha gente joven, estudiantes con curiosidad.

A medida que fuimos creciendo se fueron incorporando personajes de una jerarquía profesional e internacional, tenemos mucha gente de México, de Colombia y estamos pensando armar con ellos un próximo conversatorio. Del último participó Marcos Breuer, un filósofo que vive en Grecia y que sabe un montón sobre el tema.

- E: Además de los casos de salud mental, mencionó como otro debate recurrente el de la vejez, ¿por qué?

- EL: Los relatos, que darían cuenta de la necesidad de la ley, tienen que ver en su mayoría con cuestiones de salud mental, que tiene que ver con la cabeza, pero el desgaste psicofísico del tratamiento psiquiátrico destruye físicamente también, y con la vejez, que no es un tema conflictivo, tiene más que ver con la naturalización de que los viejos se mueren de viejos y, antes que nada, tiene que ver con la descalificación.

Antes de que pasara lo de mi hija, fallecieron mis dos viejos, de 97 y 93 años. En el peor momento de la enfermedad de Claudia, falleció mi compañero. Mi papá estaba lúcido, tenía 97 años y era una cascarita, era un tipo muy gracioso, el sentido del humor era su principal herramienta, pero tuvo una decrepitud muy importante y nosotros, mi hermano y yo, no queríamos que se muriera. Mi papá me

decía: “ya viví mucho, no quiero vivir más”, y yo le cambiaba de tema, hasta que se enfermó de una neumonía y el médico lo mandó a internación. Él dijo terminantemente que se quería quedar en casa y con mi hermano tratamos de calmarlo y le decíamos que en casa se iba a morir, pero él decía que igual se iba a morir. Nosotros no pudimos escuchar eso. Terminó en una cama de terapia intensiva después de muchos días, despojado de todas sus cosas. Él decía: “me robaron mis dientes, me robaron mis cosas”. Fue una muerte totalmente deshumanizada. Murió solo en esa sala horrible de terapia intensiva, algo que todavía me duele. En su momento sentí mucha culpa, pero era lo que podíamos hacer en ese momento, somos sujetos de esta cultura y tenemos que pensarlo así; tenemos que deconstruirnos. Mi vieja se murió un mes después. Un día me preguntó: “¿para qué vivo yo?”, y le contesté: “vos vivís para mí, yo te necesito”; mirá qué cambiados los tantos.

Uno da motivo para sobrevivir indignamente, es horrible como idea que tenemos metida adentro, es un mal amor. El amor hubiera sido ayudarla a que transite eso lo mejor posible, preguntarle: “¿vos te querés morir, mami? esperá y vamos a ver qué podemos hacer”. Amor hubiese sido escuchar. Y también esto tiene que ver con el cambio de paradigma médico hegemónico. Ignacio Mario, abogado bioeticista y uno de los autores de la ley de Muerte Digna, dice que los médicos se tienen que transformar de interrogadores a escuchadores, que la voz autorizada no está en ellos, está en el paciente.

- E: ¿En qué estado está actualmente el proyecto de ley?

- EL: El proyecto de ley es de la diputada Gabriela Estévez, de Córdoba, y Peca Soriano, el médico que atendió a Alfonso, es el coautor del proyecto de la Ley Alfonso "Derecho a la prestación de ayuda para morir dignamente". Abarca la eutanasia y el suicidio médico asistido, y está basado en la ley española. Estamos esperando que entre a las cámaras, ya está lista. Hay actualmente tres proyectos de ley que corresponden a tres fuerzas políticas diferentes, y esta es la que está más avanzada.

No es ninguna utopía que la ley salga. En Latinoamérica ya tenemos a Colombia como el único país donde es legal en este momento, pero Chile está a punto de sacarla, Uruguay ya metió su proyecto y Perú acaba de presentarlo.

- E: ¿Qué actividades de concientización realizaron desde el grupo hasta el momento?

- EL: Principalmente las historias de vida, relatos contados en primera persona. Nosotros trabajamos mucho con las historias, para su publicación en el grupo, en la edición de la historia que escribe la

persona. Y además hacemos entrevistas sobre el proyecto de ley y notas en particular de cada historia. La idea es que el debate salga a la calle, por eso optamos por empezar difundiendo historias, porque resuenan desde la propia experiencia. Las historias contadas se pueden multiplicar por miles y al resonar desde lo propio es mucho más posibilitador que un artículo sobre el tema, en términos de poner el debate y de animarse a hablar del tema, ponerlo en la familia, en la comunidad, en los lugares de pertenencia, en los lugares de militancia, en las universidades.

También organizamos conversatorios con especialistas, y largamos con el tema de derechos adquiridos un trabajo por zonas. Hicimos varias convocatorias, porque es un grupo muy federal, hay gente de todas partes del país. La idea es armar pequeños equipos por zona, primero capacitarnos internamente, que cada una de estas personas que se involucre en este laburo por zonas esté capacitada sobre cuáles son los derechos que ya tenemos y exigirle al Estado que los haga cumplir y que los difunda ampliamente. El Estado tiene que hacerse cargo de que las leyes sean cumplidas, entonces hay que ir a las autoridades de salud, a las autoridades de los hospitales, de los centros asistenciales, hay que moverse respecto del tema de los colegios médicos, porque en realidad cuando yo hablo de desconocimiento no hablo solamente de la población en general, estoy hablando de los agentes de salud también. Yo fui con mis directivas anticipadas a mi médica clínica, que es muy formada, pero tuve que explicarle lo que era porque no sabía. Tendría que haber una materia en las carreras. Además los médicos están entrenados para salvar vidas, tienen una cuestión belicista, es la guerra contra la muerte, están entrenados para salvar vidas. La cultura, la escuela, las instituciones forman sujetos aptos para mantener el sistema y estos médicos se sienten dueños de la vida y de la muerte, son como semidioses para la sociedad; mi mamá me decía: "es la palabra del médico". Cada uno de nosotros tenemos metidos dentro de esta cultura. A mí me cuesta todavía un montón dar entrevistas. Es toda una deconstrucción porque hemos mamado desde muy chiquitos una cultura que niega a la muerte, que la ponen en un lugar místico, que se van al cielo.

- E: ¿Cuáles son las condiciones que ahora posibilitan el debate sobre la muerte?

- EL: Como país hemos avanzado muy rápidamente en la ampliación de derechos para la comunidad. Te diría que ha sido casi vertiginoso. Cuando salió la ley de matrimonio igualitario no podía creer semejante cachetada a la iglesia. Son luchas de muchísimos años, de trabajo, de gente que se compromete, que se junta, que hace marchas, que concientiza, y nos falta un montón, porque una vez que sale la ley hay que seguir trabajando. Por ejemplo, en el trabajo por zonas lo primero que planteamos es la capacitación. Benjamín Hairabedian se encargó de armar el formulario para las inscripciones. Pero también tenemos problemas en el área de comunicación. La presentación de las historias las arma Bibiana Monteghirfo. Tenemos armada la página, el instagram y el Twitter. Todo

esto está inmovilizado porque esta compañera que era conflictiva y se fue del equipo era quien subía a las redes.

11.1.2. Entrevista a Mariano del Pópolo

Licenciado en Relaciones Internacionales

Becario doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet)|
Investigador del Instituto de Estudios de América Latina y el Caribe (IEALC)-Universidad de Buenos Aires (UBA)

Ayudante de cátedra del Seminario de Cultura para la Paz, Pérez Esquivel

Entrevistado de manera telefónica, a través de la aplicación de mensajería instantánea WhatsApp, el 4 de septiembre de 2021.

- Entrevistadora (E): ¿Es posible plantear una ley de la eutanasia en el marco de los derechos humanos y qué implicaría?

- Mariano del Pópolo (MdP): La cuestión de la eutanasia está atravesada por tensiones. Por un lado, uno de los principios que ordena los derechos humanos que tiene que ver con el derecho a la vida, es el elemento basal más importante, el de garantizar la vida. Y otro de los principios fundamentales tiene que ver con la dignidad de la vida, lo que se llama la dignidad humana. Entonces, desde algunas perspectivas puede pensarse que la idea de la legalización de la eutanasia puede poner en tensión el derecho a la vida. Sin embargo, ubicándose en otro lugar, uno puede plantear que, primero que nada, los derechos humanos son una construcción social, son una conquista de los pueblos, y basados en algunos principios del derecho y de la filosofía del derecho, como por ejemplo el principio de la necesidad y, sobre todo, de la dignidad humana, que la eutanasia garantizaría una muerte menos cruenta.

- E: ¿El principio de dignidad humana es el elemento clave para entender el debate en torno a la eutanasia?

- MdP: Sí, teniendo en cuenta que la finalidad de la eutanasia es legalizar la muerte en un contexto excepcional en el cual se sabe que la muerte de una persona va a ocurrir en el corto plazo y que esa muerte puede ser cruenta. En este contexto es que entra la idea de la dignidad humana, y que es fundamental para entender por qué desde una perspectiva de Derechos Humanos puede argumentarse a favor, es decir que la eutanasia puede ayudar a cumplir o garantizar el principio de la dignidad humana. Sí indudablemente en el corto plazo la vida de una persona va a terminar, que en todo caso sea con el menor sufrimiento posible.

Pero el debate también está muy atravesado por el principio de la necesidad y por la cuestión de la excepción. Los Derechos Humanos buscan garantizar la vida, por eso hablo de la excepción. Pero en términos de necesidad y de excepción, que son principios que se contemplan dentro de la filosofía del Derecho, se puede entender que legalizar la eutanasia garantiza el principio de dignidad humana.

Es posible plantear la legalización de la eutanasia en el marco de los Derechos Humanos siempre y cuando esa ley implique garantizar el principio de la dignidad humana, reducir el sufrimiento puede entenderse como parte de ese proceso.

- E: ¿Cómo se podría dirimir esa tensión que se plantea entre los principios de la vida y la dignidad humana?

- MdP: Es la paradoja del debate sobre la eutanasia en el marco de los Derechos Humanos. No garantizar la eutanasia, aunque signifique alargar la vida, va en contra del principio de la dignidad humana, y escindir la vida de la dignidad humana va en contra de los postulados básicos de los Derechos Humanos. Por eso me parece que en definitiva se dirime en favor de la dignidad humana.

- E: ¿Es posible hacer un paralelismo entre la interrupción legal del embarazo (ILE) y una eventual ley de la eutanasia? ¿Qué valores e intereses se ponen en juego?

- MdP: A priori uno puede pensar que son discusiones que tienen algunas líneas en común como, por ejemplo, la idea de, en términos muy generales, garantizar la autonomía sobre decidir del cuerpo y de la integridad de una o de uno. Después tiene otras complejidades porque en la discusión sobre ILE se supone, desde el lugar de aquellas o aquellos que están en contra de la ILE, que además entra en juego la vida de otra persona que sería el feto que eventualmente llega a ser una persona. Sin embargo, hay

algo que es indudable y es que ambas discusiones tienen que ver con la autonomía de las personas a decidir sobre sus cuerpos y que eso es un derecho. Hoy en día, podemos decir que en nuestras sociedades, en buena parte de las sociedades occidentales, un gran porcentaje de la población lo considera un derecho, en Argentina se aprobó una ley y por lo tanto ya es un derecho. Como los Derechos Humanos son progresivos y son irreversibles hoy en día podemos considerar a la ILE como un derecho humano ya adquirido por la población y, por lo tanto, es indiscutible que representa una conquista.

En ese sentido, claro que entran en juego valores e intereses que tienen que ver con algunos sectores que hacen una interpretación vinculada a esto atravesados por una visión religiosa y, también, por otra parte, por una idea moral que particularmente tiene que ver con la vida como lo más importante, como el principio fundamental de los Derechos Humanos, pero escindida de la idea de la dignidad humana. En ambos casos la dignidad humana se hace presente en la discusión y es en definitiva la que dirime la controversia. En la ILE ocurre lo mismo, no garantizar a una persona que pueda decidir sobre su cuerpo, si quiere gestar o no un feto, limita la posibilidad de una persona a decidir sobre su propio cuerpo y en consecuencia limita la dignidad humana. Por eso la ILE termina siendo un derecho.

En el caso de la eutanasia también entran en juego valores morales, la idea que asocia al derecho natural con cierto derecho divino, la idea de que dios solo puede ser quien ponga final a una vida, por ejemplo, o incluso una tradición más naturalista o liberal, que plantea que el Estado no puede decidir ponerle un final a la vida de una persona, pero que en definitiva son perspectivas jurídicas que están atravesadas por sentimientos morales, como también está atravesado por sentimientos morales la idea de que la eutanasia está estrechamente vinculada al principio de la dignidad humana. En definitiva, la idea de eutanasia está estrechamente vinculada al sentimiento moral de la compasión, no se puede dissociar de valores e intereses. Y en definitiva el derecho y la norma y lo jurídico son construcciones sociales que están atravesadas también por valores de una época determinada, por nociones, por ideas, por una cosmovisión, por un sentido común propio de una época, por eso en un momento era imposible pensar en la eutanasia como un derecho humano, y hoy sí es posible pensarlo como una discusión válida. La norma está atravesada por las ideas que rigen una época y hoy la eutanasia se asocia con la idea de la compasión como sentimiento moral que está estrechamente vinculada a la idea de la dignidad humana.

- E: ¿Qué balance hace de la sociedad argentina y los derechos humanos?

- MdP: Es muy complejo describir ese balance porque justamente la sociedad argentina como todas las sociedades está atravesada por distintas visiones e ideas. Primero, los Derechos Humanos son una

construcción social y también pueden ser considerados una conquista de los pueblos, en el sentido de que emergen después de hechos que atentan contra la dignidad humana y contra la vida y, por tanto, emergen para garantizarlos.

En Argentina indudablemente la idea de los Derechos Humanos está muy atravesada por las discusiones sobre la necesidad de juzgar delitos que se cometieron durante la dictadura militar, que constituyen delitos contra la humanidad en el marco de un genocidio. Entonces, eso que a partir del 2004 toma muchísimo impulso en Argentina ha logrado un grado de legitimidad en los discursos, en el sentido común argentino, es decir tanto en la sociedad como en la política, que se ha convertido en una política de Estado, que constituye algo muy positivo porque de alguna manera pone a la idea de los Derechos Humanos en un lugar de jerarquía en la sociedad argentina. Pero decimos que son una construcción social y, por lo tanto, están atravesados por las relaciones de fuerza, de poder, que se dirimen en una sociedad y por las ideas que están en disputa allí. En Argentina lógicamente hay ideas en tensión sobre los Derechos Humanos. Esta idea de que son un principio importante en la vida política y social de la Argentina en tanto país que vivió una situación en la cual hubo una violación masiva y sistemática de los Derechos Humanos que constituyó crímenes contra la humanidad y por lo tanto eso ordena la vida de los Argentinos porque no se puede repetir, a veces es puesto en tensión. Creo que, sin embargo, es un principio muy fuerte de la vida diaria de la política argentina y que esa idea de los Derechos Humanos atraviesa muchas discusiones políticas, como la idea de la progresividad de los derechos o su ampliación, por ejemplo, es un discurso muy constante, es un lugar común en la política argentina y está muy vinculado a los discursos sobre los Derechos Humanos, pero es cierto que muchas veces estos discursos hay conflictos. Un ejemplo claro de cuando estos discursos son puestos en tensión en la política argentina es cuando se quiere bajar la edad de punibilidad de los menores, que en definitiva se trata de una política que sería claramente regresiva para la niñez y los adolescentes.

Desde los crímenes que se convirtieron en la última dictadura, la sociedad argentina, a partir de las luchas de los pueblos, de los organismos de Derechos Humanos, de la organización de un campo político y social en defensa de los Derechos Humanos, logró jerarquizar la idea de los Derechos Humanos y que se conviertan en un lugar común muy importante de la política argentina, pero, como todo, no está exento de tensiones o discursos regresivos que buscan destronar ese lugar que ocupan. Probablemente durante muchos años esto siga siendo así.

- E: ¿Considera que la sociedad argentina logró sentir como propios los derechos humanos o todavía no fueron dadas las condiciones para su apropiación por parte de la sociedad?

- MdP: Muchos derechos humanos son sentidos como propios. La idea de que si se cometen determinados actos que son lo suficientemente graves como para constituir crímenes contra la humanidad tienen que ser juzgados, es algo que ya no se discute en el pueblo argentino y no tengo dudas de que lo siente como propio. Es algo que se vio durante el Gobierno de Macri, cuando en un momento hubo una movilización social enorme por el 2x1, y ni siquiera se había puesto en tensión la política de juzgar a los militares o civiles que habían cometido crímenes durante la dictadura, sino una pequeña parte de eso.

Indudablemente hay derechos humanos que son garantizados y que son sentidos como propios, pero esta es una parte de los Derechos Humanos. También son relevantes los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. La idea de que toda persona tiene derecho a una vivienda digna, a un empleo digno, a vivir en condiciones sociales y económicas como para garantizar su subsistencia es un derecho que tal vez no siempre es sentido como propio. La cuestión de la vivienda es un claro ejemplo. El derecho a tener una vivienda digna es algo que en Argentina no todos lo sienten como un derecho humano y hay muchos discursos en la política sobre el tema. Aquellos que de alguna manera cuestionan que el Estado tenga políticas públicas, políticas sociales y activas en materia de vivienda, e incluso hay algunos sectores que plantean el sueño de la casa propia, como si la idea de tener una casa propia fuera un sueño y no un derecho que el Estado tiene la obligación de garantizar de acuerdo a las obligaciones que tomó para con la sociedad en el momento en que firmó determinados tratados y pactos. Me parece que los Derechos Humanos, como decía, tienen un lugar muy importante en la sociedad argentina. Hay derechos que son sentidos como propios y que es difícil pensar que en el corto o largo plazo no sean sentidos como propios, pero también es cierto que quedan muchos derechos aún por conquistar que todavía, a pesar de que están consagrados como Derechos Humanos y que el Estado argentino se comprometió a garantizar, no están siendo cumplidos y falta mucho para que eso pase. Esos no están siendo sentidos como propios por el pueblo argentino. Por eso los Derechos Humanos son un campo de disputa, de lucha, y son producto de las luchas y conquistas de los pueblos, porque se garantizan cuando los pueblos construyen relaciones de fuerzas, de poder suficientes como para que sean una realidad.

11.1.3. Entrevista a Carlos “Pecas” Soriano

Magíster en Bioética, por la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Médico experto en Bioética y especialista en Medicina de Emergencias (CMPC) y Maestría en Salud Pública (UNC). Miembro de la Comisión de Bioética del CMPC. Coautor de la ley Alfonso.

Entrevistado de manera telefónica, el 22 de septiembre de 2021.

- Entrevistadora (E): En el conversatorio que ofrecieron a principios de septiembre junto a Marcos Breuer, él contaba que en España se estima que unas 400.000 personas mueren al año. Y que de ellas, unas 200.000 lo hacían con dolor, mientras que 50.000 no tenían acceso a cuidados paliativos en su último tiempo. ¿Cuenta Argentina con estadísticas de este tipo?

- Carlos Soriano (CS): No, en Argentina no se hicieron. Es muy sencillo, igual que la muerte digna. El encarnizamiento terapéutico es ponerle más y más droga al paciente que no lo va a terminar curando y sí va a seguir prolongando su agonía, haciendo de esto una muerte indigna. El tratamiento fútil es aquel que no va a cumplir con los objetivos buscados, simplemente va a buscar aliviar síntomas, como bajar la fiebre, nutrir un poco más al paciente, pero no va a terminar curándolo. Si yo tengo un estado vegetativo permanente, que no tiene corteza cerebral, que no tiene ninguna posibilidad de escuchar, ni ser escuchado, ni tener comunicación con el medio externo, y que está hace años en esa posición sufriendo múltiples infecciones, ese paciente no tiene posibilidades de retornar a su estado normal. Los estados vegetativos permanentes no tienen toda la corteza cerebral que es la que nos hace estar hablando, tener dolor, alegría, que te hace no ser una planta y que nos mantiene en muchas condiciones aptas para la vida, por ejemplo, para tragar o poder mantener el esfínter cerrado. Están alimentados por sondas nasoyeyunal o gastrostomía. El tratamiento fútil es el que no logra los objetivos finales para los cuales fue realizado, no va a lograr un objetivo sustentable en el tiempo, sino que va a lograr mejorar algunos síntomas, pero no va a lograr curar esa corteza cerebral que ya está muerta. Por lo tanto, el encarnizamiento terapéutico no precisa de la mala intención del personal médico o de la familia, porque a la familia le cuesta, a veces, comprender que el ser querido ya no está más ahí y que hay cosas para hacer pero ya no hay nada más que tratar, y cuesta dejarlo ir.

Con la mejor de las intenciones, cualquier ser humano puede humillar o degradar a otro, y llámese un familiar muy querido o un médico de cabecera, que no se está dando cuenta de que se está

encarnizando terapéuticamente porque no ha estudiado, o no ha reflexionado en valores, o no ha tenido en cuenta la dignidad del paciente. Cuando estoy en una clase, con mis alumnos por ejemplo, y pregunto: “¿cuál es la dignidad que vale?”, todos responden que es la del paciente. Eso que es tan fácil de contestar, en la práctica es difícilísimo de realizar, porque entran los familiares que quieren que se haga todo, porque el médico está preparado para salvar vidas, ha sido entrenado para eso y entonces no sabe muy bien cuando detenerse, y empieza con algo que Callahan llama la estrategia del límite, cuando acelerás la terapia intensiva, la parafernalia, colocás un tubo por acá, otro por allá, ponés goteos para mejorar el corazón o la ventilación, y resulta que cuando te das cuenta, tenés la Ferrari de la tecnología médica acelerada a 2.000 por hora, entonces no sabés muy bien cuándo detenerse. Es difícil entonces que alguien venga a hacer una estadística o que alguien mida cuándo alguien se está encarnizando con alguien; nunca podremos saber cuánto encarnizamiento terapéutico hay en el país o en el mundo. El dolor físico es una parte de la indignidad en la muerte, porque está el otro dolor psíquico, el dolor existencial, que no se puede medir. Alfonso no tenía dolores físicos, pero sí un gran dolor existencial porque no podía ni siquiera comer. Estaba sentado en silla de ruedas y lo único que podía mover eran los ojos, se comunicaba pestañeando, y estaba 15 minutos para decir hola. Tenía un tubo conectado al estómago por el cual se alimentaba, no tenía posibilidad de tragar, y una de las tres cosas que más extrañaba era comer, y él no se estaba muriendo de hambre.

Para hablar de eutanasia, se habla solo de eutanasia activa directa, porque la misma ley 26.742, que habilita a quitar la nutrición e hidratación al paciente, en su artículo 11 dice “sin que por ello eso signifique en actos eutanásicos”, así que no se utiliza más el término eutanasia pasiva, porque sino el artículo 11 implicaría una contradicción. Esta ley es la de Muerte Digna, que permite aceptar o rechazar tratamiento. Lo que importa es la voluntad.

- E: ¿Por qué considera que la iniciativa de Ley Alfonso debería ser política pública?

- CS: El proyecto de ley Alfonso, todos los argumentos pueden ser englobados dentro de Derechos Humanos. La muerte es la parte final de la vida, pero es una parte de la vida. El Estado es responsable de garantizar las libertades individuales. Uno debe poder elegir cómo vivir y cómo morir. Vivimos en una paradoja, cuando un perro está sufriendo, lo llevamos para que le practiquen eutanasia, termina teniendo más derecho un perro que un ser humano. Es un argumento difícil de contrarrestar. Siempre y cuando uno no hiera a terceros, todo lo que sea ampliar derechos son Derechos Humanos, los accesos a la salud, a una vida digna y a una muerte digna como parte de esa vida digna.

- E: ¿Qué implicaría para el sistema de Salud y para el Estado, en términos económicos, de poderío?

- CS: En términos humanos es un gran avance en cuanto a la dignidad y a la autonomía. Y vamos a ponerlo en términos de justicia sanitaria. Está mal argumentar desde lo económico, pero ya que me lo preguntás te lo contesto, se llama justicia distributiva en Bioética. ¿Cómo lo argumento? Es muy sencillo, el paciente deja de usar los recursos del Estado si está internado o deja de usar los recursos públicos si una obra social tiene que llevarle la medicación.

- E: Como mencionó Breuer en el conversatorio, el proyecto de ley supone una redistribución del presupuesto de Salud, ¿comparte la idea?

- CS: No considero que deba haber una redistribución. Se debe redistribuir el presupuesto de salud para otras cosas, para darle más prioridad a la atención primaria de la salud. Te voy a poner un ejemplo claro de la pandemia, en vez de fabricar tantas terapias intensivas, tendríamos que haber puesto reglas más claras del juego, fabricar barbijos para todo el mundo, facilitar la conectividad para que todo el mundo tenga inclusión. Todo sistema de salud tiene que ser financiable, equitativo y sustentable. Entonces, qué mejor que gastar bien en salud y eso significa gastar en prevención. Un paciente en terapia intensiva puede llegar a costar desde 50 a 100.000 pesos por días, y yo con eso hago vacunas, genero cuidados, compro barbijos, se establecen controles, etcétera. Los países más avanzados en el mundo, con una buena información y buena cuarentena, que no es lo mismo que larga, tuvieron poquísimos muertos porque se dedicaron a prevenir antes de que el paciente entre a terapia intensiva, ya que una vez que está allá tiene un 50% de mortalidad. Sería la misma lógica que construir una fábrica de pañuelos si uno tiene una epidemia de resfriados. Tengo que ver de dónde viene el virus de la influenza, combatirlo para que la gente no se agarre el virus.

- E: ¿Podría poner en tensión otras áreas del Estado con el mercado que mantiene a la persona conectada?

- CS: Desde el punto de vista económico, la ley solo trae beneficios porque lo único que tiene que abordar es una comisión de seguimiento para que la ley sea segura. En ese mercado que mantiene a la persona con vida, uno tiende a no ser malpensado, tiende a pensar que lo mantienen con vida no por negocio sino porque intentan salvarle la vida. Obviamente que hay de todo, no voy a ser tan ingenuo de pensar que no hay gente que mantiene a otro con vida solo para facturar más. Igualmente yo trato de pensar bien, que lo están manteniendo con vida porque realmente están luchando por la vida del otro, pero lo que vos decís existe también. Sí ese mercado se quiere oponer, allá ellos, pero yo con

esto también voy a combatir otro mercado que es el clandestino. Una chica de Buenos Aires le pagó a un Colombiano para que viniera a hacerle la eutanasia, eso se realiza de forma clandestina. La chica sigue viva. Le pagó, el tipo vino y no le pudo canalizar la vena y entonces le devolvió parte de la plata, la chica tuvo que llevarse un montón de pinchazos, vino de Colombia de forma clandestina, no sabés lo que está sufriendo.

- E: Ahora que lo menciona, ¿es posible establecer un paralelismo entre la situación de clandestinidad que existía previo a sancionarse la ley de la interrupción legal del embarazo y el escenario que actualmente define a las prácticas eutanásicas?

- CS: Tiene cierto paralelismo. Si bien es cierto que no es tan importante como la del aborto porque la del aborto es mucho más frecuente, no anda la gente queriendo matarse. Hace tres meses se sancionó la ley en España y tiene solo tres casos de eutanasia. Pero ya con que yo le esté facilitando la cosa en el país a tres personas en tres años, ya la ley era necesaria. Y esto es como el divorcio, puede venir uno a decir: “pueden aumentar los divorcios”, y no es eso verdad.

- E: La Asociación Argentina de Médicos y Cuidados Paliativos (AAMyCP) en 2018 se pronunció en contra de una eventual ley de la eutanasia durante una conferencia en Madrid, de cara al inminente debate que se desarrollaría en España, pero ahora, desde marzo, en su página web la organización puso a disposición una encuesta para que sus socios respondan qué opinan sobre la eutanasia y muerte asistida, y si están de acuerdo con una ley que las ampare. ¿Cuál es la lectura que hace de esta reconsideración?

- CS: Nosotros hemos tenido dos grandes grupos que se han opuesto a esta ley. Uno no tan increíble como es la Iglesia, que por cuestiones de creencias es casi hasta diría una oposición injustificable, porque uno no puede oponerse a un derecho por una creencia. Sí puede ser objetor de conciencia y decir que por su creencia no puede realizar la eutanasia, pero no puede ser un obstáculo hacia un tercero porque tenga una determinada creencia. Como legislador no se tiene derecho, como tampoco lo tiene un sacerdote o un cristiano tiene derecho de obstruir el derecho de otro cristiano. En cuanto a los derechos paliativos parten de la falacia de que esa gente pide la eutanasia por no tener una buena calidad y cantidad de cuidados paliativos, por no conocerlos, etcétera. Ellos esgrimen en una falacia argumentativa que si conocieran los cuidados paliativos no pedirían la eutanasia, y no es así. En Bélgica donde hay una muy buena organización y sociedad de cuidados paliativos está legalizada la eutanasia y ambos pueden convivir. Otro punto más, la misma ley argentina prevé que el paciente debe conocer las prestaciones que le brindan los cuidados paliativos y haber tenido al menos una vez

una cita con un paliativista para ver si no pueden ser zanjados sus dolores físicos o psíquicos, por lo tanto no es eutanasia versus cuidados paliativos. Lo que pasa es que dentro de los paliativistas hay gente que confunde lo creencial y le pone excusas científicas para llevar a cabo sus creencias. Con la excusa de que esa gente va a pedir la eutanasia porque no conoce los cuidados paliativos, lo que esconde, en realidad, son sus creencias religiosas. Y también es otra falacia porque en España, donde se ha legislado hace poco, el 85% de los españoles estaba a favor de la ley de eutanasia y sin embargo España es un país eminentemente católico. Esto no debe mezclarse ni con la religión ni con los cuidados paliativos. Es eutanasia más cuidados paliativos. La eutanasia debe ser el escalón final, porque ningún método de la medicina pudo actuar y el paciente tiene un dolor, ya sea psíquico o físico, o un dolor existencial que es irreversible.

De hecho, hace un rato acabó de llamar el presidente del Consejo de Médicos de Córdoba para avisar que finalmente iba a apoyar el proyecto de ley.

- E: En su opinión, ¿la pandemia del coronavirus impulsó de algún modo un proceso de transformación en la concepción que las sociedades tienen respecto de la muerte?

- CS: Sí, claro que la modificó. En general en Occidente, y esto está muy bien en un libro de Philippe Ariés que se llama “Ensayo sobre la muerte en Occidente”, hay una negación cultural a hablar de la muerte para cualquier occidental, es un tema tabú. Hasta hace un tiempo los temas tabú acá eran el Eros y el Tánatos. El Eros ya dejó de ser tabú con la ley de matrimonio igualitario, la ley de divorcio, la ley de identidad de género, muchas leyes determinaron que el Eros dejara de ser tabú. No ha pasado lo mismo con el Tánatos. Los cambios morales en una sociedad se producen de a poco, salvo que haya una guerra o una pandemia, por ejemplo. Con esta pandemia de coronavirus se produjo un gran cambio moral, cada persona tenía un amigo, o un familiar, o alguien que se había muerto, y la gente vio más cercana la posibilidad de morirse. Antes un pibe de 30 o 40 años no podía hablar de muerte y en ese momento se le había muerto el padre, la madre, la hermana, entonces comenzó a hablar de muerte. En cierta manera fue algo más natural hablar de la muerte.

- E: Además de este sector de la AAMyCP que se opone al proyecto de ley, ¿es posible identificar otros actores que la rechacen?

- CS: El otro gran sector es la Iglesia. Se oponen con argumentos falaces como que la vida te la dio Dios y Dios solo te la puede quitar, pero si la vida me la dio Dios, es mía, no me la dio en consignación, y que me deje hacer lo que yo quiera con la vida. Hay un contrasentido, la Iglesia no pena a aquella persona que se quiera suicidar, sin embargo se opone a aquella persona que está

discapacitada para poder suicidarse. La vida es sagrada, dicen como otro argumento, y la vida es sagrada pero la gente tiene un final. Otro argumento es que la vida es un absoluto, pero los absolutos no tienen fin, por lo tanto la vida al tener fin, no es un absoluto. Y por último, nadie obliga a los católicos a eutanasiar, por lo tanto la Iglesia debería mantener la libertad de acción para sus fieles.

- E: ¿Cuál es la postura de los docentes académicos respecto de la modificación de los planes de estudio de carreras vinculadas a la salud?

CS: No sé cuál es la postura de los docentes, pero nuestra propuesta es desde la Bioética. No puede ser que una universidad de ciencias de la salud, cuyo objeto de estudio es el ser humano y nuestra razón de ser sea el ser humano, no tenga más estudios en valores. La Bioética se ocupa justamente de hacer una reflexión crítica sobre la salud y la vida humana a la luz de los principios y los valores morales. No se puede estudiar bioética en una materia electiva al final de la carrera, sino que se debe hacer como hacen los uruguayos que estudian bioética de manera transversal. Justamente por eso se ha deshumanizado tanto la medicina, porque vemos un corazón que viene a consultar, o una panza enferma, y lo que tenemos es un sujeto doliente, un enfermo que viene falto de firmeza a consultar y que realmente tiene pérdida de su autonomía, está en una situación de vulnerabilidad, ha sido vulnerado ya por su enfermedad. Nosotros tenemos la obligación moral y ética de conocer cuáles son sus valores para poder tratarlo mejor. Nuestra propuesta es que la enseñanza de la Bioética sea transversal a la carrera, como establece el plan de estudio de Uruguay.

- E: Durante el conversatorio, Breuer explicó cuál solía ser, en general, el perfil de quienes solicitaban la eutanasia, y dijo que se trataba de “un paciente que ha tenido una carrera profesional brillante, con ingresos medios y altos, que ha estado vinculado y sigue vinculado a una familia”. Lo primero que se me vino a la mente cuando escuché la descripción fue que, incluso en estos casos de países del primer mundo, parece reproducirse una desigualdad en el acceso a la información entre quienes tienen un buen pasar económico y un alto nivel educativo y quienes no, y que condiciona su calidad de vida ¿Cuál es su visión al respecto? y ¿cuáles son las alternativas que se podrían plantear en Argentina para contrarrestar esta falencia?

- CS: Esa falencia, la diferencia entre quienes tienen un alto nivel educativo y buen pasar económico y quienes no, tiene que ver con algo mucho más complejo que sería mucho más largo de explicarte. Pero sí, condiciona. André Malraux decía que la cultura es el conjunto de todas las formas de arte, amor y pensamiento que le han permitido al hombre ser menos esclavo, y vos fijate que es más o menos como el poema de Los Nadies, de Eduardo Galeano, hay gente que no tiene derechos porque

realmente ni siquiera ha leído en algún lugar que existe una ley 26.529 que es la ley de derechos de los pacientes. Entonces cuando vas a un hospital a reclamar tu historia y te dicen que la historia es del hospital, uno no sabe que en la ley dice que es del paciente, desde ahí ya partimos de una desigualdad que es inmoral, diría. Por lo tanto, sí, primero que yo pienso que en los países más avanzados del mundo, aunque estos países sean capitalistas, los sistemas sanitarios son socialistas. El Reino Unido y Canadá son dos ejemplos cuyos sistemas reinantes de gobierno son capitalistas, pero los sistemas sanitarios son socialistas. Esto implica el concepto de salud integral, porque la salud no es simplemente ocuparse de aquel paciente que ingresa al sistema de salud con una vesícula obstruida o con una obstrucción intestinal o con una úlcera, sino que es proveer una vida digna, agua potable, hacer que no se enferme de las enfermedades que no tenga que enfermar y que pueda ser subsanado bajo la prevención y las vacunas, hacer que puedan ser provistos durante la pandemia de barbijos para todos los que deseen en forma gratuita o garantizar el acceso universal a la vacuna. Mientras acá ya tenemos a más del 50% de la población vacunada, en África no llega ni al 3% de la población, entonces la inequidad de salud es parte de todo el sistema desigual neoliberal que hay en el mundo.

- E: ¿Cuál considera que son y deberían ser los roles de la institución religiosa y de la institución educativa?

- CS: La institución religiosa se debe meter solamente en las creencias, en promover y difundir la fe para quienes la profesan o quieren profesarla, brindarle un buen acceso sin que por ello tenga que interferir en las leyes del Estado, porque cuando un Estado legisla, legisla para todos los seres humanos, no solo para los fieles de esa religión. Imaginemos una situación hipotética pero que podría llegar a ser real en algún momento: todos los legisladores son testigos de Jehová. ¿Qué haríamos en ese caso? ¿no nos pasaríamos sangre porque todos los legisladores nos quieren imponer sus creencias? La institución religiosa tiene que ser, de una vez y pasa siempre, partícipe de sus creencias, servir para que aquel que crea pueda tener una vida más decorosa, digna o lo que fuera, pero no puede valerse de ese poder que tiene, que en parte se lo brinda el Estado porque subvenciona estas iglesias, para ser cómplice de un terrorismo o un genocidio de Estado, como fue el golpe cívico eclesiástico militar en la Argentina. Entonces la institución religiosa no debe ser una obstructora de derechos como lo fue hasta ahora, debe ceñirse a lo que fue llamada en este mundo, a difundir la fe cristiana, pero aquellos que no crean en esa fe cristiana no se les debe imponer como un dogma, y eso es lo que lamentablemente vienen haciendo. En cuanto a la institución educativa, la educación nos va a hacer libres, pero ¿qué tipo de educación? cuando algunos decían que nos estaban adoctrinando, pero ¿cuántos hemos adoctrinado nosotros a los alumnos diciendo que Sarmiento era un buen pibe y que no era un misógino, exterminador de indios, y que Colón había descubierto América y que los españoles eran buenos? Acá en un momento determinado había 2.000 millones de habitantes en el

planeta y 1.500 millones eran aborígenes, entonces ¿de quiénes son las tierras? Nos han enseñado una historia que no es la real, la historia de los vencedores, la historia de los opresores, la historia de los que ganaron esta batalla, no nos han contado todavía realmente toda la historia completa. Cuando sepamos la historia completa ya no vamos a festejar más el 11 de septiembre, no vamos a festejar más el 12 de octubre, etcétera. La reforma educativa urge y tenés el ejemplo de la ESI (Educación Sexual Integral), que fue resistida por ciertos grupos de la Iglesia, siendo que es necesaria para prevenir embarazos no deseados y para llevar a la persona a una vida plena en el goce de sus realizaciones ya sea sexuales o reproductivas.

- E: De cara a la presentación del proyecto de ley, ¿existe alguna proyección sobre los posibles votos a favor o en contra a los que se puede enfrentar

- CS: Al parecer esta ley va a tener mucho apoyo, porque primero hay tres proyectos de ley dando vueltas, de distintos partidos. También creo que esta va a tener más apoyo que la ley de ILE porque no hay un tercero en discordia, vos podés hacer o deshacer con tu cuerpo a gusto y piacere porque sos dueño de tu cuerpo, por supuesto con algunas seguridades jurídicas que brinda la ley y siempre y cuando se reúnan algunos requisitos y no hieras a terceros. Creo que va a ser aceptado en general por la sociedad. Si no pasa que es clandestino y lo realiza cualquiera y para hacer un negocio.

- E: En el conversatorio, Breuer planteó “¿No es que nos estamos enredando en una cuestión terminológica, porque mientras asociamos cuestiones negativas a la palabra eutanasia vinculamos con sedación aspectos positivos?” ¿coincide?

- CS: Sí. Para mí la sedación paliativa terminal no es ni más ni menos que edulcorar la palabra eutanasia, porque yo no conozco ningún paciente al cual le hayan hecho sedación paliativa terminal que haya salido vivo de ahí, por lo tanto eso de que los paliativistas me digan que la intención no es que el paciente muera, no es tal, es una falacia, están encubriendo, edulcorando una eutanasia lenta. ¿Cuál es la diferencia? El paciente en vez de morirse en una hora, va a morir en 15 días con una sedación paliativa terminal.

11.1.4. Viviana Bilezker

Psicoterapeuta, humanista y docente. Facilitadora para la toma de decisiones por consenso, formada en Cuidados Paliativos.

Es una de los cuatro fundadores de la asociación civil El Faro, creada en 2008 y dedicada a investigar y acompañar en el proceso de morir.

Entrevistada de manera virtual, a través de WhatsApp, el lunes 19 de octubre de 2021.

- Entrevistadora (E): ¿Cuáles son las líneas de acción de El Faro?

- Viviana Blitzkrieg (VB): La asociación se dedica a difundir información acerca de los derechos del paciente sobre el final de vida. Realizamos ciclos de charlas sobre diferentes temas de manera presencial y virtual. También organizamos “death café”, donde se promueve un libre intercambio entre personas que co-crean el contenido y el ánimo de cada encuentro, no se plantea como un grupo terapéutico. Las actividades mermaron por la pandemia de coronavirus. En nuestra página además tenemos la sección de publicaciones con información relevante sobre los derechos de final de vida y directivas anticipadas. Por otro lado, impartimos docencia. Desde 2012 capacitamos en el Arte de Acompañar y hace algunos años incorporamos el método Feil para comunicación con personas con demencia. Nuestra tercera línea de acción es a través de la asistencia integral a pacientes de manera virtual, en la asociación o en sus hogares.

- E: ¿Cuál es la postura que mantiene El Faro respecto de la eutanasia?

- VB: El Faro está teniendo una apertura hacia explorar estos temas y acompañar los procesos sociales, legales, médicos y jurídicos que son pertinentes al fin de vida. Lo que nosotros planteamos es que en el caso de despenalizarse y legalizarse la eutanasia, como agentes sanitario que acompañamos a personas en el fin de vida, nos vamos a disponer a incluir esta posibilidad en el acompañamiento, con la consabida objeción de conciencia, y si algún acompañante no quisiera acompañar una situación podrá negarse. Recordá que nosotros tenemos un documento de directivas anticipadas creado por El Faro, y consideramos que en el caso de existir esta posibilidad y de que una persona la pueda dejar por escrito en sus directivas anticipadas, por supuesto que la vamos a incluir.

- E: ¿La asociación tiene alianzas con otras organizaciones?

- VB: Alianzas formales no tenemos. Somos parte de la Red Acompañar que nuclea organizaciones e instituciones de voluntariado en Paliativos y Mayores para ofrecer asistencia. No conozco otras organizaciones que se presenten como enfocadas en los derechos del paciente. Es más bien una consecuencia de la actividad. Por ejemplo, todos los comités de bioética que existen en los hospitales, están orientados a defender o proteger los derechos de los pacientes, pero no hacen tarea de difusión o de capacitación. Todas las organizaciones, por ejemplo la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (AAMyCP) a veces difunde los derechos de las personas, pero formalmente esta asociación está en contra, probablemente, de la eutanasia, porque es la posición formal de todas las asociaciones de Cuidados Paliativos. No conozco, por ahí hay alguna organización que estrictamente se dedique a eso.

- E: La AAMyCP publicó una encuesta para conocer la opinión de sus socios y personal médico acerca de la eutanasia, ¿se puede interpretar como una reconsideración de la organización sobre su postura?

- VB: Lo que vos comentás de la AAMyCP es así: oficialmente ellos tienen una postura en contra, porque en general en el mundo las asociaciones de paliativos, de hecho España tiene la misma línea, es contra. Las preguntas están armadas de manera tal que vos terminás oponiéndote a la eutanasia. La encuesta tenía agenda oculta para plantear la oposición a la eutanasia.

- E: ¿Por qué consideran que no hay trabajo sobre la difusión de los derechos del paciente?

- VB: Creo que es un tema cultural en principio, no estamos habituados como sociedad a informarnos acerca de los derechos que nos asisten. Por otro lado, las leyes son recientes y siempre hay un tiempo que demora desde la sanción de una ley hasta que la ley baja, por decirlo de alguna manera, a la sociedad, y creo que habría que hacer muchas campañas de difusión de los derechos en todo sentido, y en particular de los derechos de fin de vida y de acceso a determinados agentes de salud.

11.2. Desgrabaciones

11.2.1. Conversatorio “Hablemos de eutanasia”

-nuevo proyecto legislativo-

Fecha y hora: 2 de septiembre, 15.

Lugar: virtual por la plataforma Zoom.

Accesible: <https://www.youtube.com/watch?v=aH0jc-G1DKQ>

Organiza el Comité de Bioética y Comisión de Educación Médica Continua del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba (CMPC)

Coordinador: Mario Vignolo. Médico cirujano, especialista en medicina forense.

Disertantes:

- Marcos Breuer. Licenciado en Filosofía, de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) Doctorado en Filosofía, por la Universidad de Düsseldorf, Alemania. Docente invitado en la Maestría de Bioética de la Facultad de Medicina de la UNC. Investigador filosófica de Gestión Cultural. Autor del libro “Eutanasia y autonomía”.
- Carlos Alberto Soriano. Magíster en Bioética, por la UNC. Médico especialista en Medicina de Emergencias (CMPC) y Maestría en Salud Pública (UNC) Miembro de la Comisión de Bioética del CMPC. Coautor de la ley Alfonso.

Transcripción

- Intervención de Carlos Alberto Soriano (CS)

Recorrido por los puntos fundamentales de la ley Alfonso, también llamada “Prestación de ayuda para morir dignamente”.

Los primeros artículos establecen definiciones.

- Prestación de ayuda para morir dignamente: acción derivada en proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple con los requisitos previstos en la ley y que ha manifestado su deseo de morir dignamente.

- Modos en que se puede producir la prestación:

1. Eutanasia propiamente dicha: administración directa al paciente de una sustancia por parte del o la profesional de la medicina competente.

2. Suicidio asistido: prescripción o suministro al paciente por parte del profesional de la medicina competente de una sustancia de manera que el paciente se la pueda autoadministrar.

- Padecimientos contemplados:

1. Enfermedad grave e incurable: la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.

2. Padecimiento grave, crónico e incapacitante: situación que hace referencia a una persona afectada por limitaciones que inciden directamente sobre su autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no pueda valerse por sí misma, así como sobre su capacidad de expresión y relación, y que lleva asociado sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo fuerte probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación.

- Instancias de seguridad en el procedimiento

1. Médico responsable: profesional de la medicina que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial.

2. Médico consultor: profesional de la medicina con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece a la misma institución del médico responsable.

3. Consejería: equipo de apoyo conformado por profesionales de la psicología y psiquiatría, con el propósito de ayudar al médico responsable a confirmar la situación del paciente, su inequívoca voluntad de morir dignamente y su plena capacidad para tomar la decisión.

4. Consentimiento informado: declaración de la voluntad expresada por el paciente en pleno uso de sus facultades, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar la prestación para morir dignamente.

- Objeción de conciencia: derecho individual de los profesionales de la salud a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta ley por ser incompatibles con sus propias condiciones. Es la misma objeción que contempla la ley de Interrupción Legal del Embarazo y cuenta con las mismas obligaciones de aquel objetor de conciencia, es decir que un objetor debe responsabilizarse de que un no objetor asista a determinado paciente, tal cual lo establece el fallo FAL de 2012.

A diferencia de la ley de España, que establece que cualquier profesional de la salud puede ayudar a un paciente a morir dignamente, la ley Alfonso solo habilita a un médico a prestar dicha ayuda.

El artículo 5 de la ley detalla los requisitos que debe cumplir la persona solicitante: tener nacionalidad argentina o residencia permanente por un período no inferior a un año. Ser mayor de edad y plenamente capaz al momento de concretar la solicitud. Si el paciente es declarado incapaz, solo se le dará curso a la prestación de ayuda para morir dignamente mediante interpósita persona previo mandato constituido especialmente a tal fin, de acuerdo a lo establecido en el artículo 8 de la misma ley, que se refiere a las directrices anticipadas. El paciente debe sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante.

El artículo 6 refiere el procedimiento de cuidado debido antes de llevar a cabo la prestación. Establece que el médico responsable deberá informar detalladamente al paciente sobre su situación médica (diagnóstico, pronóstico, alternativas terapéuticas y de la medicina paliativa), verificar con los medios científicos a su alcance la condición. Se debe derivar al paciente a una segunda opinión y luego se debe derivar a la consejería.

El artículo 7 especifica las condiciones de la solicitud, que debe ser diligenciada y firmada por el paciente, y debe tener dos testigos que no deben ser familiares, ni personas con intención de que fallezca, ni su médico de cabecera. Además de dejar constancia de su voluntad de morir dignamente a través de la prestación, debe precisar que conoce los cuidados paliativos que la medicina actual ofrece y que renuncia a ellos por no encontrar un alivio suficiente a su sufrimiento.

El artículo 8 refiere a las directivas anticipadas, que consiste en el mandato por el cual el paciente designa a una o más personas, con autoridad, en privado y en estricto orden preferencia, para que informen al médico responsable acerca de su voluntad de acceder a la prestación de ayuda para morir dignamente.

- Intervención de Marcos Breuer (MB)

¿Por qué Argentina necesita una ley de asistencia médica a la muerte voluntaria?

La respuesta no difiere mayormente de las respuestas de otras sociedades que ya legalizaron la muerte voluntaria y el suicidio asistido. Existe un grupo cada vez más numeroso de personas gravemente enfermas, aquejadas por dolores insoportables y sin perspectiva de mejoría que exige el reconocimiento, que entienden, es su derecho a poner punto final a su propia existencia en el momento en que lo crean oportuno, debido a que la vida se les ha vuelto una carga inútil, desprovista de sentido o indigna, según las distintas expresiones que vierten. Contemplar en la legislación esta libertad esencial del ciudadano es una necesidad que no puede ser desoída en una sociedad moderna y pluralista. En este sentido, una ley de asistencia médica a la muerte voluntaria solo puede entenderse como un indudable progreso en la legislación de nuestro país, toda vez que implica una ampliación de la esfera de libertades personales con la correspondiente regulación del ejercicio de ese derecho individual. Por el contrario, no adoptar esta ley implica seguir creyendo que existe una concepción tradicional de lo que es la vida y la muerte, que todos aceptan o deberían aceptar, o mirar para otro lado y hacer de cuenta que no pasa nada, con la esperanza de que las cosas vayan a resolverse solas con el correr del tiempo. Pero ni uno ni otro atajo conducen a la solución del problema de fondo porque, por un lado, cada vez son más los que quieren tomar las riendas de su vida según sus propios criterios y valores, y porque, por otro, no legislar en esta materia supone que las cosas sigan moviéndose en un espacio gris, donde lo permitido y lo prohibido adquieren límites peligrosamente vagos. Todo ciudadano prudente sabe que es mil veces preferible legalizar una práctica social, por más que esté en contra de su ejercicio, a dejarla florecer en la clandestinidad, porque en los ámbitos que escapan a la ley y los controles terminan dándose actos arbitrarios y abusos condenables desde todo punto de vista.

Es interesante notar cómo en los dos últimos años, en los que la pandemia de coronavirus ha acaparado nuestra atención como ciudadanos y profesionales, los desarrollos demográficos están a la base de la problemática y por esta asistencia no han desviado su curso. Por el contrario, en las sociedades de ingresos medios y altos se continúa constatando una extensión paulatina de la expectativa de vida y envejecimiento de la población, además de una prolongación y un aumento de la complejidad de lo que llamamos la paz final de la vida. Paralelamente un sector cada vez más grande de la población adopta puntos de vista liberales o progresistas, que desafían las concepciones heredadas e instan a ampliar el radio de decisión y acción de los pacientes.

Son estos desarrollos demográficos, médicos y culturales los que sumados entre sí explican las últimas novedades legislativas a nivel mundial. Seguramente el caso que ha tocado más de cerca a la

sociedad argentina es la de la flamante ley de eutanasia de España, por la proximidad histórica y cultural con ese país. Esta ley se promulgó en diciembre de 2020 y entró en pleno vigor en septiembre. También el caso de Colombia, cuyo Ejecutivo, en ausencia de una ley parlamentaria, terminó reglamentando hace unos meses el ejercicio de la eutanasia con la resolución 971 del Ministerio de Salud, que reemplaza lo que sería necesario y que es una ley surgida del Parlamento. Otro país con laso estrecho es Italia, donde se está debatiendo en estos días la posibilidad de realizar un referendo que lleve a la legalización la práctica de la muerte voluntaria tras la despenalización del suicidio asistido ocurrido con la sentencia 242 de la Corte Constitucional en 2019. Se recogieron 750.000 firmas y para comenzar el proceso que va a llevar al referendo eran necesarias solamente 500.000.

La primera ley de asistencia a la muerte voluntaria fue la de Oregon, que entró en vigor en 1997 y marcó un punto de inflexión al romper con un pasado paternalista y con la instauración de un nuevo marco legal que sigue siendo de inspiración aún hoy. Sin embargo, la evolución de las sociedades ocurre a un ritmo más acelerado del que lleva el desarrollo legal. Hay tres aspectos que deben ser tenidos en cuenta a la hora de proponer una ley de eutanasia en pleno siglo XXI.

La voluntariedad del acto, la enfermedad terminal y el padecimiento de dolores insoportables, siguen siendo los pilares de la asistencia desde 1990, pero se ha modificado su alcance:

1- La voluntariedad del acto es la piedra basal, pero ahora confirmada esa decisión ya no se considera necesario que el paciente siga en un estado mental de lucidez.

2- Una interpretación demasiado estrecha de la condición de enfermedad grave e incurable había llevado a asociarlo con la fase final de la vida del paciente que en el mejor de los casos podía extenderse seis meses, pero la experiencia mostró que este criterio debe ser interpretado en una medida más amplia, ya que muchas veces los pacientes que se encuentran aquejados por una enfermedad grave e incurable no están en las últimas semanas o meses de vida.

3- El dolor insoportable es el último de estos aspectos esenciales para solicitar cualquier asistencia. No obstante, en sus orígenes se asociaba estrechamente al malestar físico constante, intenso e intratable, sufrimiento orgánico. Si bien esta condición es indiscutible en algunos casos, como pacientes que padecen algún tipo de cáncer, no es claro en otras. En estas últimas décadas nuestra concepción del dolor se ha profundizado hasta incluir el “sufrimiento existencial”, que trae aparejada enfermedad grave e incurable. Por ejemplo, el verse condenado a pasar los últimos años o meses de su vida sin poder siquiera deglutir los alimentos es una fuente de dolor que todos coincidimos en caracterizar insoportable e incluso degradante de la condición humana.

Un argumento que esgrimen muchas personas que se desempeñan en el ámbito de la medicina paliativa o que ven en esta un enorme potencial para incrementar el bienestar del paciente grave e incurable podría exponerse de esta manera:

“No es necesario contar con una ley de eutanasia. Si queremos morir bien, todo lo que precisamos es potenciar el desarrollo de la medicina paliativa y poner a disposición de todos los enfermos una excelente paliación de acceso universal. Solo desea acelerar el arribo de la muerte aquel que se halle en una situación desesperante por no encontrarse en las manos de un equipo competente de médicos, enfermeros y terapeutas, consagrados en cuerpo y alma a los cuidados paliativos”.

Estoy totalmente de acuerdo con el desarrollo de la medicina paliativa y concuerdo con que la paliación debería adquirir la dignidad profesional que aún hoy no posee. Asimismo, estoy a favor de que estas palabras que expreso ahora no queden en una mera declaración de buenas intenciones, sino que se traduzcan en medidas concretas, aunque sean nuevas fuentes de conflicto, como por ejemplo reformar aún más radicalmente los planes de estudio de la carrera de medicina y enfermería para formar así futuros profesionales con conocimientos suficientes en paliación, modificar las estructuras hospitalarias y clínicas con las que ya contamos, de modo de ganar más espacio institucional para el desempeño de los cuidados paliativos y reencauzar los fondos previstos en el presupuesto de la Salud, lo que muchas veces significa no solo en la sociedad argentina sino también en las más ricas del mundo quitarle recursos a la medicina curativas para utilizarla en otras áreas, como la paliación o la prevención. En el caso de Alemania y de Francia se gasta el 10% del PBI en el área de salud. Querer incrementar unos puntos ese gasto supone un esfuerzo terrible, y dada la circunstancia actual es fantasioso, utópico, entonces muchas veces incrementar lo que va a medicina paliativa significa redistribuir lo que iba para otras áreas de la medicina.

Incluso en el mejor mundo imaginable, que cuente con una excelente medicina paliativa, gratuita y fácilmente accesible para todos, incluso allí no se va a eliminar el deseo de algunos pacientes con enfermedades graves e incurables de acelerar el proceso de su muerte para poner final a una situación que consideran, incluso con los cuidados paliativos, insoportable. Mal que nos pese reconocerlo, la medicina paliativa no es una panacea. Mucho más urgente se vuelve contar con una ley de eutanasia, de asistencia a la muerte voluntaria, cuando dejamos el reino de los experimentos mentales y volvemos a la dura realidad del ejercicio de la medicina aquí y ahora. Cuando se discutía la ley en España, se manejaban cifras: tiene un poco menos de 42 millones de habitantes, cada año mueren unas 400.000 personas. Y de ellas, se estima que 200.000 morían con dolor. Y de esas 200.000, una cuarta parte, 50.000, mueren sin ningún tipo de acceso a la medicina paliativa. En este sentido, a mí entender, la prueba irrefutable es la que nos brindan las sociedades que cuentan con una oferta de medicina paliativa que, si bien no perfecta, sí bastante satisfactoria. Y justamente alguna de estas sociedades ha legalizado la asistencia médico a la muerte voluntaria. Claro que siempre existe un

margen para mejorar las cosas, pero si veo cuál es la situación de Bélgica o Canadá y la comparo con la realidad de otros países del mundo entonces no me quedan dudas de que allí se ofrece un conjunto de cuidados paliativos que en otros lados solo puede ser soñado. Además son ejemplos de dos países que cuentan con leyes de eutanasia. Siempre, en todos los casos, va a haber un porcentaje de pacientes que no responden a cuidados paliativos.

Para mí, la clave está en ver que una cosa no implica la exclusión de la otra. Ambas, paliación y eutanasia, deben ser vistas como complementarias y no como antagónicas. Idealmente el paciente que ya no puede ser curado ha de poder optar por los cuidados paliativos el tiempo que quiera o por la ayuda a poner fin a sus días del mejor modo posible.

Es necesaria la eutanasia incluso cuando existe la sedación paliativa, es decir, la sedación profunda y continua hasta la muerte del paciente con interrupción de tratamientos, nutrición, hidratación, etcétera. ¿No es acaso incoherente oponerse a la eutanasia para después terminar practicando la sedación terminal a discreción del médico? ¿No es que nos estamos enredando en una cuestión terminológica, porque mientras asociamos cuestiones negativas a la palabra eutanasia vinculamos con sedación aspectos positivos? ¿o será que el factor temporal nos hace cambiar erróneamente nuestra valoración de la acción? Si es esto último, debo advertirles de una falacia. Si yo creo que un acto X es moralmente erróneo, no va a perder el acto condenable por el simple hecho de que se haga poco a poco y no de un tirón. Es incorrecto seguir manteniendo la prohibición de la eutanasia y el suicidio asistido al tiempo que se reclama la plena capacidad de utilizar los recursos de la sedación terminal. Los médicos paliativistas, como asimismo los intensivistas, sabrán cuándo no les queda otra alternativa que recurrir a la sedación profunda y continua hasta la muy probable muerte del paciente. Desde el momento en que no hay elemento de peso para distinguir la práctica de la sedación terminal de la práctica eutanasia, entonces lo que vale para una, vale para la otra. Y acá entra la cuestión de la voluntariedad, en lo posible es necesario informar adecuadamente al paciente por más debilitado que se encuentre en la unidad de terapia intensiva cuál es el alcance de la sedación profunda y continua y obtener su consentimiento.

Cuando es el paciente mismo el que suplica al médico que se apiade de él y lo someta a la sedación terminal, ¿no le está pidiendo que le practique una “slow euthanasia” (eutanasia en cámara lenta)? No tengo dudas de que la sedación es una herramienta indispensable de la medicina actual. No obstante, no podemos avalar su uso, incluso aconsejar, sin acercarle todas las consecuencias éticas que de ella se derivan. En primer lugar, porque de simple herramienta a disposición del médico se vuelve rápidamente un derecho del paciente terminal; en países como Francia está establecido por ley -87 de 2016- el derecho del paciente a solicitar la sedación profunda y continua hasta la muerte. En segundo lugar, porque no hay ninguna diferencia sustancial respecto de la eutanasia, es más, la eutanasia en

muchos casos se vuelve preferible a la sedación terminal por las razones que di al inicio. Si de lo que se trata es de ahorrarle al paciente sufrimientos existenciales, entonces mejor hacerlo antes de que termine en la soledad de la terapia intensiva. Si de lo que se trata es de garantizar la voluntariedad del acto y con ello respetar la autonomía del paciente, entonces mejor hacerlo observando los requisitos que establecen las modernas leyes de asistencia a la muerte voluntaria.

Se abre la ronda de preguntas.

Audiencia (A): ¿Podrían profundizar respecto del sufrimiento existencial?

MB: El caso ejemplo es el de la ley de Oregon para personas que padecían cáncer, es decir, el dolor orgánico, y ya estaban sobre sus últimos días. En los últimos años se profundizó el concepto de dolor. Sufrimiento existencial nace por no poder desarrollar las funciones vitales para las cuales nosotros, como seres humanos, estamos programados y nos da esa felicidad o condición de vida, como lo queramos llamar

CS: Cuando una periodista le preguntó a Alfonso qué cosas era las que más extrañaba, dijo hacer el amor, jugar al fútbol y comer. Esa última respuesta nos hizo salir a todos llorando; él no podía comer, algo que para uno es tan normal como llevarse una medialuna a la boca. Él soñaba que hacía el amor, que comía, y se levantaba en una pesadilla. Eso es dolor existencial.

A: ¿Consideran que podrá ser posible para menores en algún momento?

MB: El gran tema es que pone en discusión ese pilar que llamamos voluntariedad. Como siempre hablamos de un sujeto jurídicamente capaz, un niño, una persona menor de 12 años, porque en el caso de mayores de 12 años podríamos decir que entran en una zona evolutiva en la que podrían tomar ciertas decisiones de esa trascendencia, pero en el caso de los niños es difícil pensarlo. Igual, quiero mencionar los casos de Holanda y Bélgica que permiten la eutanasia en bebés que sufren y tienen enfermedades incurables, que generó un amplísimo debate y polémica.

CS: Es un debate muy complejo, si bien el nuevo código civil ha modificado al nuevo adulto menor de 13 a 16 años, nosotros preferimos establecer la ley para mayores de 18 y no generar polémica. Hay un concepto muy interesante de capacidad progresiva, pero tendríamos que estar media hora explicándolo. Lo que quisimos hacer con esta ley es que sea totalmente garantista de los derechos, por

lo tanto exige una voluntariedad y una capacidad total del ser humano para decidir y eso, por ahora, no lo podemos ver en los niños.

A: Muchas veces también es una decisión altruista del paciente, que no quiere que sufra su gente querida.

CS: Sí. Por ejemplo, es paradigmático el caso de Su Rodríguez que tenía una enfermedad degenerativa que llegó a la Corte Suprema de Canadá. En ese momento, ella pedía que la desconectarán, no existía la ley de eutanasia todavía. Ella tenía un argumento muy fuerte, decía: “yo ahora que puedo respirar tranquila no quiero que me desconecten, pero el día que yo no pueda mover un solo músculo, que ni siquiera pueda hablar, voy a querer esto”. Los jueces de primera instancia rechazaron la petición, pero en la corte cambió. Ella decía: “ustedes no penalizan el suicidio, si alguna persona quiere comprar una pistola y suicidarse, y erra el tiro, no la van a meter en la cárcel, pero a una discapacitada como yo, no le permiten suicidarse. Ustedes me están discriminando por ser discapacitada”. Ese argumento fue tan fuerte para el Tribunal Supremo, que de nueve, cinco fallaron en contra y cuatro a favor, porque no se pudo contraargumentar. Después, Su Rodríguez terminó falleciendo clandestinamente. Acuerdo totalmente con Marcos en que los cuidados paliativos son muy necesarios, hace falta que le demos más apoyo y más presupuesto, pero no todo lo pueden solucionar los paliativistas, por lo tanto, esto no se trata de paliativistas versus médicos o gente que quiera la eutanasia, eso es una falsa discusión.

MB: Quería agregar que es interesante el perfil del paciente que opta por el suicidio asistido o por la eutanasia en las distintas sociedades en las que se ha legalizado porque un gran temor al comienzo, incluso en la década de los 90 en Estados Unidos y de éticos de gran prestigio, era que esto iba a ser una ley que al final iba a servir para todos aquellos pacientes vulnerables, es decir, el típico viejito que ya no puede hablar, que no tiene recursos económicos, que es inculto, y la realidad es que el paciente que finalmente obtiene la asistencia para morir es un paciente que ha tenido una carrera profesional brillante, con ingresos medios y altos, que ha estado vinculado y sigue vinculado a una familia, no es la persona que está sola y depresiva, sino que es una persona que tiene todavía un contexto familiar y de amigos, y que incluso se siente identificado con una religión en muchos casos y sigue participando, no es el típico caso vulnerable y que está fuera de la sociedad, sino que se siente integrado en la sociedad y ha vivido bien. Está acostumbrado a un estilo de vida muy autónomo y por eso no soporta no poder decidir y tener el control de su fase final de vida.

CS: Ya lo decía Kuhn en el siglo XVIII, el Estado tiene la responsabilidad de resguardar las libertades individuales y qué mayor libertad que poder decidir sobre tu propio cuerpo, cómo quiero vivir y cómo quiero morir. Vale decir que cualquier ley que incluya derechos, siempre y cuando no hiera a terceros, debe ser bienvenida.

A: ¿Cuál es el tiempo desde que se acepta la solicitud hasta que se lleva a cabo la asistencia?

CS: Son aproximadamente dos meses. Ese tiempo, como muy bien hizo una crítica Marcos, es quizá demasiado. Eso está en proceso de revisión. Veo que Érica dice que los niños también sufren, yo creo que a los niños hay que garantizarle, primero, que se cumplan las leyes 26.742, 10.058 y 10421 y el artículo 59 del Código Civil, y que no venga alguien sin haber leído esas leyes a decirte, cuando querés retirar un tubo de alimentación, “vos le estás haciendo eutanasia”. Primero hay que conocer las leyes que están y poder aplicarlas, cuando logremos hacer eso habremos dado un paso sustancial en la mejoría de esos niños.

MB: Hay que lograr un equilibrio entre una ley garantista, donde quede claramente establecido que la persona lo ha hecho por su voluntad y, por otro lado, con los tiempos del enfermo que está en las últimas y que se ha decidido finalmente. En todas las legislaciones, existe la necesidad de confirmar la solicitud inicial. El paciente en un momento expresa su deseo de morir y lo hace por escrito, en lo posible, aunque hay algunas legislaciones que incluyen la posibilidad de realizar un video, pero normalmente por escrito, y luego se deja un tiempo de reflexión que es de 15 días. El problema es que en la práctica, muchas personas que finalmente terminan de decidirse, hacen la primera solicitud y no llegan a confirmar porque mueren dos o tres días después. Cuando el paciente ya se decidió es demasiado tarde. Pero también, como dijo Carlos, hay un grupo de personas que la tienen muy clara de jóvenes y redactan un testamento vital que van actualizando de joven.

CS: Como reflexión, deberíamos sacarnos camisetas partidarias, religiosas, abarcar todos los derechos. Cuando traía un testigo de Jehová y no quería sacarse sangre me producía una cuestión muy dura porque mi estudio de medicina era para salvar vidas. Pero hay que recordar lo que decía Callahan, un gran bioeticista norteamericano: *“uno de los fines de la medicina es velar por una muerte en paz y a veces no es suficiente la ley de muerte digna, porque no hay nada que retirar, ni que suspender. En esos momentos, con un gran sufrimiento existencial, qué mejor que ampliar derechos”*.

11.2.2. IV Congreso mundial de diálogo intercultural e interreligioso

Desgrabación de la mesa “Eutanasia y suicidio asistido: ¿un derecho o populismo moral?”, del IV Congreso mundial de Diálogo Intercultural e Interreligioso “Una senda hacia la Paz”, desarrollado el miércoles 3 y el jueves 4 de noviembre último en el Auditorio Juan Pablo II de la Universidad Católica Argentina de Puerto Madero, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Las máximas autoridades religiosas de las distintas confesiones acreditadas en Argentina son parte del evento.

Accesible: <https://www.youtube.com/watch?v=SN8YV4UAmMY>

Con la moderación de Nicolás Lafferriere, director de investigación en la facultad de derecho UCA y docente UBA, disertan el rabino Fishel Szlajen y doctor en Filosofía con postdoctorado en bioética; monseñor Alberto Bochatey, obispo auxiliar en La Plata y obispo titular de Monte di Mauritania; e Imán Marwan Gill, presidente de la Comunidad Musulmana Ahmadiya en Argentina.

Si bien el flyer de la invitación también mencionaba la participación del ministro de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Fernán Quiróz, estuvo ausente. El congreso se desarrolló 10 días antes de la celebración de elecciones legislativas en Argentina.

Transcripción

- Apertura de Nicolás Lafferriere

Vamos a escuchar tres voces sobre un tema de actualidad en el mundo de la bioética, como es la eutanasia y el suicidio asistido. Celebro la precisión que han elegido los organizadores para formular el tema, porque han colocado un poco los términos del debate de una manera enormemente significativa. ¿Es la eutanasia o el suicidio asistido un derecho o estamos ante un cierto populismo moral? Para darnos las perspectivas de las tres grandes tradiciones religiosas, tenemos entonces Bochatey, Szlajen y Gill.

- Intervención de monseñor Alberto Bochatey

Mi presentación tendrá primero unas definiciones de la tradición católica pero luego iremos al nivel intercultural que creo que es donde se está jugando el tema de la eutanasia y el suicidio asistido.

Parece mentira, pero como todas las cosas que se cuestionan en la cultura relativista de nuestros tiempos, tenemos que a veces definir la muerte. Se hablan hoy de distintos niveles de muertes, y en nuestra tradición católica cristiana, la certificación de la muerte es la de la persona que consiste en la total desintegración de ese conjunto unitario e integrado que es la persona misma como consecuencia de la separación del principio vital, o el alma, si quieren, de la realidad corporal de la persona. La muerte de la persona, entonces, entendida en este sentido primario es un acontecimiento que ninguna técnica científica o método empírico puede identificar directamente. Cualquiera que entrara a este salón no necesita ser médico para saber que estamos todos vivos, y si entramos a un cementerio tampoco hay que ser un científico para darse cuenta que estamos frente a cadáveres, pero obviamente el momento de esa definición, el poder hacer un certificado de defunción como tienen que hacer los médicos, el juez determinar cuando está esa muerte, sin duda va a exigir profundizar este tipo de definiciones.

Ahora ¿cómo podemos definir la eutanasia dentro de nuestra cultura católica? la definimos como la acción u omisión que por su naturaleza y en las intenciones causa la muerte con el fin de eliminar cualquier dolor. Fijense que la definimos como una acción u omisión, y que omisión es no hacer algo que puedo o debo hacer, no es que no hago algo que está fuera de mis posibilidades. Está en la intención de causar la muerte, aunque la justificación sea el dolor, el sufrimiento, el deseo subjetivo de la persona. Y acá es interesante darnos cuenta que por más de que las legislaciones permitieran la eutanasia o el suicidio asistido y dejarán de ser un crimen o un delito causar esa muerte, desde el punto de vista ético, moral, cultural, religioso, humano, sigo tomándome yo la determinación de eliminar la vida del otro, por el argumento que sea, porque lo pide la persona que está desesperada, que tiene un sufrimiento inmenso desde el punto de vista psicológico o emocional, o simplemente porque su concepción de la vida dice que puede matarse cuando quiera. Ahí ya se entra en el discurso intercultural que se pregunta ¿qué está primero, la libertad o la vida? y muchos dicen que primero es la autonomía. Pero muchos, sin embargo, seguimos considerando que primero está la vida y porque estoy vivo puedo ejercer no solo mi autonomía sino también mi libertad, soy una persona capaz de actos libres y siempre tienen que ir en consonancia con mi dignidad, con mis valores, a mí no me hace libre una adicción o emborracharme o algo que me quita la libertad, eso sería un libertinaje, un mal uso de la libertad, desde el punto de vista humano la dignidad siempre va uno a una responsabilidad y mi primera responsabilidad es mi propia vida.

Otro problema que tenemos con estas definiciones es el ensañamiento terapéutico. ¿Por qué muchos piden la eutanasia? porque no están bien tratados. El ensañamiento terapéutico son intervenciones médicas que ya no son adecuadas a la situación real del enfermo, por ser desproporcionadas a los resultados esperados o por ser demasiado gravosas para él y su familia, y esta

gravosidad no hace referencia solo a lo económico, sino también a lo humano. Cuando la muerte se prevé inevitable e inminente, se puede a conciencia renunciar a los tratamientos que procurarán una prolongación precaria y penosa de la existencia. Cuando la muerte es inminente e inevitable, entonces puedo suspender estos tratamientos que no implican la eutanasia o el suicidio asistido sino proporcionalidad. Del lado contrario a este ensañamiento terapéutico tenemos los cuidados paliativos, una rama que la medicina deberían profundizar cada vez más y crear la especialización de los paliativos, que los vemos fracasar en las terapias del dolor físico y psicológico. Es el paciente que sabe que está grave y que está en un proceso de terminalidad y no tiene la contención necesaria. Estos cuidados paliativos están destinados a hacer más soportable el sufrimiento en la última etapa de la vida. Cuando los cuidados paliativos son óptimos, se reducen los pedidos de eutanasias.

Entrando a la cuestión intercultural, estamos viviendo un tiempo en el que todo está bajo mi dominio, que la ciencia es el paradigma máximo y absoluto, pero curiosamente la pandemia que estamos transitando nos demostró que hay un mito sobre la perfección de la ciencia y su objetividad, sobre la ciencia empírica, pensamos que los científicos son aquellos que se visten con guardapolvo blanco y los científicos que no lo usamos, filosofía, antropología, geología, humanismo, posthumanismo, etcétera, no somos científicos. El concepto de ciencia no lo podemos limitar a las ciencias duras. Y el fracaso de muchos pasos científicos en nuestra pandemia, fíjense cuáles son las soluciones que nos dio la ciencia, lavarse las manos, tener un distanciamiento social, usar un tapabocas, ya lo hacían en las pestes del medioevo europeo, eso no es ciencia, es sentido común. No quiero ser negativo, dimos pasos maravillosos con la identificación de la bacteria o del virus, la vacuna, los estudios, etcétera, pero seamos honestos, hemos podido comprobar en primera persona que la ciencia no es la panacea de todo y que tiene sus fracturas, que se ha utilizado una enfermedad poblacional con fines políticos, que se ha politizado la enfermedad, las vacunas, las normas de la compra de esas vacunas, y la tecnología en general ha mostrado sus límites para ejercerse plenamente. Y nos creíamos intocables, en el paradigma del posthumanismo, estamos más allá de bien y del mal, y de golpe tuvimos que reconocer que no, nos tuvimos que encerrar en casa y que no sabíamos bien qué pasaba, y que las grandes organizaciones internacionales han tenido que ir redefiniendo sus políticas, sus conceptos, casi improvisando lo que la verdadera ciencia sería algo repudiable.

Es urgente adquirir una mayor profundidad en la visión, así como una mayor responsabilidad en la contribución reflexiva de la ética y de los valores de humanismo en razón de nuestra humanidad compartidas en esta casa común.

Es claro que las peticiones de eutanasia y suicidio asistido crecen y se ponen como derechos humanos, que son muy diferentes a los derechos de los humanos, y que no son verdaderamente algo que libera al hombre sino algo que lo termina, y la libertad siempre nos habla de algo más allá, de algo

trascendente, de algo que nos eleva y no que nos sepulta. Lo que hay que tratar de sepultar es el deseo eutanásico de la persona, ¿por qué pide eso? ¿Por qué el valor de la vida humana es cada vez más atacado?, como el valor humano, el valor religioso, el valor cultura, ¿cuál es nuestra cultura hoy? Fijense lo que pasó en Europa que las grandes organizaciones culturales e intelectuales han negado las raíces judeocristianas de Europa en la cultura europea, la han prohibido, y firmaron la constitución nueva bajo la figura del Papa y de santos. Tenemos que ser muy sabios en este tiempo, caminar con gradualidad, con claridad en esta complejidad del conocimiento científico, de las exigencias de metodologías, de verificación, tenemos que ser conscientes que hay hechos que nos llevan a la precariedad, a la fragilidad del conocimiento. Analizar el debate, proponer un debate sobre eutanasia o suicidio asistido sin estas premisas está llamado al fracaso, a tomar determinaciones que no son verdaderamente humanas de libertad. Estamos hablando hoy de la inteligencia artificial de nuestra organización algorítmica, etcétera, y estamos hablando de que cuando no podemos acompañar a una persona en un proceso psicológico, emocional, psiquiátrico, afectivo, ideológico, sobre la muerte, tenemos que aplicarle la muerte, asistir al suicidio, es como un enterrar la cultura de la vida y la cultura de la libertad del hombre que sí tenemos.

Dos definiciones de libertad que son muy populares. Una que repiten hasta los chicos, mi libertad termina donde comienza la del otro. Una definición absolutamente negativa, después de la palabra libertad se introduce la palabra termina. Yo no quiero que mi libertad sea tan finita, que tenga que definir por dónde termina y no por hasta dónde va. Nuestras libertades siempre tienen que entrelazarse, encontrarme con un hermano de otra religión o cultura no me limita, me libera.

Hoy ha entrado muy por la ventana el concepto de los colectivos. En nuestra lengua castellana, por lo menos, el colectivo es el transporte que te lleva de un lado a otro y que cuando vos subís a ese colectivo es que haya lugar, que se baje el otro y que me deje sentar, que no me empuje, y lo único que me une con esa persona es que vamos para el mismo lado. Nosotros hablamos de comunidad que me comunica, que me pone en comunión, que me enriquece su conocimiento, me hace más libre. La otra definición de libertad es que yo soy autónomo. El concepto de autonomía que en bioética es tan usado es un concepto parcial en referencia a la libertad, yo no soy libre de pedir mi muerte. Yo puedo perder mi autonomía pero no pierdo mi libertad. El concepto de libertad a veces se lo quiere limitar o bastardear y es el que nos va a liberar de las muertes que nos quieren imponer en estos tiempos, una muerte desde el embrión hasta el anciano, desde el enfermo hasta considerar algunos límites en la salud, en la edad, en los movimientos es perder la dignidad. Yo puedo estar muy enfermo y sigo siendo digno, sigo siendo una persona, ¿por qué van a quitarme esa dignidad? acompañenme en el bien morir, en el límite de una libertad, por eso el concepto eutanasia, el concepto suicidio asistido es un fracaso de nuestra cultura. Y nos van a decir que no podemos imponerle esa visión a quien quiere que lo maten porque es dueño de su vida, pero él tampoco me puede obligar a que en mí país

tengamos una ley que permita matar al enfermo o al anciano, para mí es la antiley, después pasan las cosas que han pasado, como el caso más palmario que la prensa lo dibujo calladito, el caso del hijo de la exreina de Bélgica que tuvo un accidente esquiando en Suiza, tuvo un daño cerebral grave y la familia real holandesa no pudo llevarlo a Holanda a tratar porque según su ley el estado de salud del príncipe implicaba solo la eutanasia, y la reina tuvo que mandar a su propio hijo a Inglaterra y solamente lo trajeron a Holanda cuando estaba en su etapa final, así que claramente lo llevaron a morir a casa.

- Intervención de rabino Fishel Szlajen

Voy a utilizar estos minutos para hablar desde la bioética y cómo los argumentos que hoy se están utilizando, incluso desde la escuela bioética que pretendería fundamentar un derecho a la eutanasia, cómo es que en verdad se están usando ciertas falacias.

Esta es la bioética principialista, consecuencialista o utilitaria, fundada por el utilitarismo y desarrollada en la época moderna. La propuesta es resolver normativamente las decisiones bajo cuatro principios, el de no maleficencia, de beneficencia, de autonomía y de justicia. El primero y tercero son considerados muy relevantes para la medicina clínica, por ellos quienes propugnan en la eutanasia y suicidio asistido se fundan en el principio de autonomía, entendido como libertad de acción por voluntad propia sin estar sometido a coacción ni restricción de terceros. En otras palabras, aquel acto tanático, profesionalizado, es, bajo ciertas perspectivas, concebido como libertad, como un bien solidario para el paciente, para su familia, sin soslayar el ahorro en costos y cargas de los cuidados paliativos. Pero esta argumentación bajo esa misma escuela bioética fundada en la autonomía y la idea que la pérdida de las capacidades o el sufrimiento por patologías socavan la dignidad de la persona humana en realidad subvierte las propias definiciones sobre las cuales pretende fundarse.

La dignidad de las personas en lugar de ser inherente como realmente lo es por el propio ser persona, ahora se lo identificaría por la calidad de vida, es decir, condicionada de una forma hedonista o estética por su operatividad, su salud o su apariencia. Al decaer estas condiciones también decaería la dignidad, pero en verdad es la dignidad la que impulsa a buscar la mejor calidad de vida posible y no la calidad como patrón para establecer la dignidad del sujeto. Un moribundo o un sufriente y con sus capacidades comprometidas jamás pierde su condición de persona ni su dignidad demandando un trato acorde a su situación, impidiendo tanto la eugenesia como la eutanasia. Pero en esta hiperatrofiada autonomía considerada, incluso por Marcuse, como la esencia constitutiva de la existencia humana, al escindirse de la dignidad convierte el acto tanático en un acto veterinario, ni siquiera en un acto médico, ya que pierde la exigencia previa de respetar aquello inherente a la persona, que es la dignidad. Invocar la autonomía para justificar la muerte voluntaria de un paciente

viola el propio significado esencial de la medicina, ya que tratar el sufrimiento eliminando al que sufre es el mayor contrasentido de la acción médica paliativa. Al médico no le compete, tampoco, atender la solicitud de muerte del paciente, sino más bien la de asistirlo mitigando el dolor mediante cuidados paliativos, y como se comprueba frecuentemente, aliviar el sufrimiento neutraliza y anula la solicitud de muerte.

Resulta absolutamente falaz el deber de respetar y cumplir toda voluntad de quien no desee seguir viviendo, aún cuando ni siquiera entraña ningún daño a otro y sin que se esté obligado a ello, porque implica la negación de los otros principios, el de beneficencia, el de no maleficencia y el de justicia. Por cumplir uno, transgredo tres, dado que en lugar de garantizar el acceso universal a cuidados paliativos, lo que se pretende es posibilitar el acabar con los pacientes en lugar de atenderlos conforme a su dignidad humana.

Con esta ley de eutanasia se estaría derogando la dignidad de la persona, y repudiando la vida cuando su balance es negativo. En otras palabras, aún para la bioética principista, sus principios como marco referencial para la toma de decisiones son motivados por una subyacente demanda de la dignidad de las personas. ¿Por qué se promociona el valor de la autonomía? porque se considera al ser humano como sujeto, no como objeto, y ello es porque tiene una intrínseca dignidad. La misma declaración universal de los derechos humanos desde 1948 establece que en principio biojurídico de la libertad, de la justicia y de la paz, tienen como base la dignidad inalienable y sin gradación de la persona. Sin el presupuesto de la dignidad, la autonomía o la libertad deviene en una mera irrestricción animal desiderativa, es decir, hacer lo que deseo. La autonomía se adquiere, la justicia también, la beneficencia y no maleficencia son predicados morales sobre intenciones conductivas. Todos ellos tienen que ordenarse de acuerdo a la dignidad como su fundamento y su razón de ser, y no viceversa.

Desde la propia bioética principista se evita el suicidio asistido así como también el ensañamiento terapéutico manteniendo un equilibrio entre sus propios principios, distinguiendo dos niveles éticos, el de mínima exigible por ley, conformado por la no maleficencia y la justicia; y el otro de máxima, dependiendo de las particularidades y escalas de valores constituidos por la autonomía y beneficencia que son vinculantes moral para cada sujeto. Ese equilibrio radica en no permitir ni tampoco actuar por acción u omisión para adelantar prematuramente la muerte de un sujeto, porque la moral es la doctrina de las intenciones. Se debe hacer un equilibrio entre los cuatro principios sin exacerbar uno en desmedro de los tres porque esos cuatro se ordenan hacia la inherente dignidad humana.

Frente a un caso límite, se rechaza el tratamiento no vital aún no implementado o el de los vitales ya implementados cuando la muerte es irremediable, inminente y lo único que hay para hacer en la aparatología médica continuar un proceso agónico, sin ningún tipo de acción terapéutica ni paliativa.

De esta forma se exime al paciente del suicidio, también al personal de salud de cometer un homicidio y también a los terceros de incitación al suicidio o al homicidio. Se respeta la dignidad de la persona, de la profesión médica, de la familia y por supuesto del propio paciente para que en verdad pueda tener una muerte digna.

Vean lo que ha pasado en Holanda con la legalización de la eutanasia. Un montón de investigadores proeutanasicos han renunciado a sus propios comités de bioética en Holanda y en Bélgica porque la legislación devino en una pendiente resbaladiza, que empezó cada vez ser más laxas hasta aplicar los métodos eutanásicos a personas sin enfermedades terminales, como el senador de 86 años que decía que estaba cansado de morir.

- Intervención Imán Marwan Gill, comunidad musulmana

Obviamente este tema es sumamente importante y muy amplio. Este debate debe suceder en cada parte de la sociedad, en cada casa y reunión social, porque incluye la parte humanista y la parte de la moralidad, la conducta, y ahí es donde entramos nosotros, como teólogos, como figuras religiosas.

Hablando desde la teología islámica, nos basamos en la Sharia, que es la ley islámica y que se define a través del Sagrado Corán o la palabra divina, la Suna que es la tradición del profeta Mohammed y en último lugar sus expresiones verbales.

Cuando abordamos el debate por la eutanasia o el suicidio asistido desde el Islám, en el caso de una muerte cerebral, apagar el soporte artificial en esos términos no es considerado para nosotros eutanasia, incluso diría que el Islam prohíbe el encarnizamiento terapéutico y en ese contexto nosotros nos basamos en un dicho muy famoso del profeta: para cada enfermedad Dios ha otorgado un tratamiento o una cura, menos para la muerte o el envejecimiento. Entonces en ese caso, es más aceptable la voluntad de Dios y aceptar la muerte en términos naturales, pero fuera de ese caso, es decir la eutanasia inconsciente o pasiva.

La eutanasia activa está categóricamente prohibida por el Islam. Desde la perspectiva islámica consideramos que hay varias falacias. En primer lugar, quiero remitir al tema de la muerte, nosotros no creemos que la muerte es el fin de la existencia, sino que es la terminación de la vida terrenal, del cuerpo, de la materia. La muerte en el Islám significa el regreso permanente hacia el ser supremo, luego continúa la existencia del alma. Por otro lado, esa parte que es nuestro derecho la autodeterminación, decidir cuándo queremos morir, consideramos que es un engaño del ser humano, porque no somos los dueños ni los propietarios de nuestra vida, sino que es un legado, un préstamo

que nos otorgó Dios para un tiempo definido, y él es el propietario de nuestra vida, y por eso dice el Sagrado Corán que cómo no pueden creer en Dios porque es él quien dio la vida y después aclara que también es entonces el derecho de Dios como dueño de la vida, que decida cuando el ser humano tiene que morir, y aclara que la muerte no es el fin sino que se volverá a Dios y él nos hará vivir nuevamente. Del mismo modo en que nosotros no vivimos por propia elección, sino que es algo predestinado, la muerte es por decreto.

Desde la filosofía islámica consideramos que hay dos cosas predestinadas, el inicio de la vida y la muerte, y Dios aclara que esas dos cosas se dan bajo su criterio. Después, desde el nacimiento y hasta la muerte, nosotros tenemos el libre albedrío, ahí es donde Dios nos otorgó la libertad. Para establecer ese principio, el Islám hace hincapié en la dignidad y en la santidad de la vida. Incluso en el Corán se dice “no destruyan la vida que Dios ha hecho sagrada”, es un mandamiento muy claro, y dice “quien mata a una vida es como quien hubiera matado a toda la humanidad” y esa es la dignidad del ser humano.

“No se maten a sí mismos porque Dios es misericordioso”, dice el Corán, y por lo tanto el suicidio en el Corán es uno de los mayores pecados. Incluso el profeta Mohamed dijo que quien comete el suicidio estará condenado al infierno, que es el estado cuando el ser humano pierde la conexión, el amor, el placer de Dios, y eso implica la vida aquí y en el más allá, incluso en tal punto que el profeta prohibió ofrecer la oración funeral para quienes se suicidaron.

La dignidad como sinónimo de sin dolor o sin sufrimiento. Nosotros consideramos que es otra falacia per se, porque el Islam enseña que una muerte de dignidad no es una muerte sin dolor, sino que la muerte digna, conforme los criterios de la teología islámica, es morir en un estado de piedad o cuando Dios está complacido con el ser humano, y eso no implica tu sentido o dolor o sufrimiento físico. Incluso podemos decir en el Islám el concepto de mártires que no son muertos sino que son vivos y sufren físicamente en sus últimos momentos, pero reciben la vida eterna. El Islám no enseña a aceptar el sufrimiento ciegamente o desear el sufrimiento, sino que enseña a hacer todas las prevenciones posibles para evitar el sufrimiento. Pero si una persona llega y tras sus esfuerzos tiene que padecer el sufrimiento físico, él en ese momento por el amor de Dios y por aceptarlo como el creador y dueño de su vida entonces tiene que padecer ese momento con perseverancia.

Yo diría incluso con el tema de la eutanasia y en relación con el sufrimiento ocurre no por el sufrimiento per se, sino que cuando aparece al ser humano sin sentido. Y ahí entra el debate largo sobre el sufrimiento, el propósito, la vida, etcétera, pero nosotros desde la perspectiva islámica consideramos que esta vida es una prueba, es un medio, no es un objetivo final, es una prueba para ganar el amor de Dios. Entonces si en un momento la persona tiene que padecer sufrimiento y lo hace

por amor o aceptando la voluntad de Dios, entonces Dios le va a otorgar la fuerza y no va a sufrir mental o espiritualmente sino que va a recibir el placer de Dios en esta vida y en el más allá. Por eso el concepto del sufrimiento en el Islám también está vinculado con la expiación. El profeta dijo que si una persona padece fiebre o sufre el dolor de una espina y lo padece con paciencia en recompensa va a recibir el amor de Dios en el más allá.

Si el ser humano entiende el concepto del sufrimiento y lo pone como un medio o como un obstáculo y tiene la fuerza, entonces ya no necesita entrar en el debate del suicidio asistido o la eutanasia.

- Cierre de Nicolás Lafferriere

Haciendo una pequeña recapitulación de lo que hemos oído, podemos decir que subyacen dos grandes narrativas detrás de los intentos de justificar la eutanasia en nuestros tiempos, por un lado quedó claro en las presentaciones la narrativa de la autonomía, una cultura que pretende exaltar la libertad al punto de escindirse de los vínculos, de una comunidad del ser social y llegar al punto de que tratemos de justificar este pedido dramático existencialmente de querer quitare la vida. Por el otro, la narrativa del dolor, del sufrimiento, del acompañamiento, y creo que todos coincidieron en la necesidad de esa respuesta humana, de esa respuesta médica, de esa respuesta con lo mejor que podemos tener, con la inversión también de los cuidados paliativos. Puedo agregar que en Argentina tenemos una ley de Cuidados Paliativos que todavía aguarda ser aprobada y que podría significar una inversión importante para responder a ese drama. En última instancia se juega también la ocasión social y esa dimensión relacional que tiene la vida humana, somos seres en relación y no podemos claudicar ante el dolor, dejar a cada uno en su sufrimiento, y creo que ese fue el pedido de cada uno de los oradores en este momento.

11.3. Cuadro de actores

Actor	Características	Postura	Medios y soportes	Estrategias de comunicación
Colectivo Eutanasia: derechos y de final vida (DMMA Argentina)	Colectivo con miras a ser una ONG. Origen local. El tema es de mucho interés: DMMA. El nivel de incidencia dependerá de cómo logre articularse. El colectivo trabaja por la concientización ciudadana sobre los derechos adquiridos y la difusión de la información. Mantiene publicaciones activas en su grupo de Facebook y empieza a crecer en otras redes, como Twitter e Instagram. Organiza conversatorios con especialistas locales e internacionales.	Consideran que la sociedad debe contar con el derecho de decidir cómo, cuándo y dónde morir. Y que la cuestión debe ser abordada en todas sus dimensiones. Por este motivo, facilitan contenidos con lenguaje claro, para que los conceptos legales o médicos puedan ser entendidos por cualquier individuo.	Desde el grupo de Facebook sitio web; su cuenta de Twitter; cuenta de Instagram, publican novedades, difunden historias y brindan información. Hasta noviembre de 2021 todas las actividades se desarrollaron de manera virtual. Tiene vínculos con organizaciones de la región, como Desc Lab, de Colombia, y Empatía Uy, de Uruguay.	- Organización de conversatorios donde debaten sobre el DMMA con especialistas y activistas de otros países. No hay una periodicidad establecida. - Difusión información sobre los derechos adquiridos - Prestación de asesoramiento
Organización orientada a la promoción del DMMA: El Faro	Asociación civil. Privado. Origen local. Alcance nacional y regional. Asistencia directa; social comunitario. Mucho interés en el tema. No tienen poder en la agenda pública. Tampoco tiene, por su cuenta, peso en la agenda gubernamental. El objetivo es aportar a un cambio social que implique aceptar la muerte como parte de la vida y reconocerle al proceso de morir humano su adecuada dignidad. Recursos económicos a través de donaciones, humanos. Apoyo activo. Es parte de la Red Acompañar, que nuclea organizaciones e instituciones de voluntariado en Paliativos y Mayores, pero no se enfoca en DMMA.	El Faro está a favor de la legalización de la eutanasia. Incentivan el debate del derecho de muerte médicamente asistida. Respaldan la iniciativa y acompaña procesos sociales, legales, médicos y jurídicos relativos al fin de vida.	Su trabajo de asistencia y capacitación es en territorio, cara a cara con el paciente o su entorno, y de manera telefónica. Pero también cuenta con su página web y páginas de Facebook e Instagram, por donde se difunden las actividades e información. Instagram, Facebook para publicar novedades, difundir sus campañas y brindar información de la organización.	- Generación de propuestas de formación respecto del acompañamiento terapéutico. - Prestación de asistencia integral tanto a adultos mayores como a personas que transitan una enfermedad terminal y a su entorno. - Facilitación del documento de directivas anticipadas. - Aporte a la democratización de la información sobre los derechos de los pacientes a través de la difusión de información y organización de charlas.
Comité de Bioética y Comisión de Educación Médica Continua del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba (CMPC)	El CMPC es persona de derecho público, con capacidad para obligarse pública y privadamente, creada por el Senado y Cámara de Diputados de la provincia de Córdoba. Origen local. Integrado por los profesionales médicos que ejerzan en la Provincia de Córdoba, matriculados en el registro que con tal objeto llevará la entidad. Tema de interés moderado. Tiene incidencia en la agenda pública, pero su trabajo no se dedica exclusivamente a la difusión de DMMA, por lo que su actividad al respecto es intermitente.	Mario Vignolo, médico cirujano, especialista en medicina forense y miembro del Comité de Bioética y Comisión de Educación Médica Continua, manifestó el respaldo del comité al proyecto de ley Alfonso. El objetivo del CMPC es garantizar el progreso de la profesión y la realización efectiva de las actividades, así como velar por el mejoramiento científico, técnico, cultural, profesional, social, moral y económico de sus miembros, asegurando el decoro y la independencia. asegurando su independencia. El médico Carlos Soriano, miembro del comité y disertador habitual de los conversatorios, es asesor del proyecto de ley Alfonso, por lo que ocupa un lugar central como actor satélite.	El trabajo vinculado al DMMA se gestiona a través de su página web y página de Facebook	- Organización de conferencias virtuales con especialistas. Se apoya en criterios científicos y estadísticas a nivel nacional e internacional.
Legisladores	Actor gubernamental y nacional. Gran incidencia, pero este tema es de interés moderado. Asistencia técnica del ámbito público. Debaten e implementan leyes que regulan el acceso a la salud y el derecho reproductivo. Interés moderado en el tema. Actividades: debate, acceso a la información, proporcionar y garantizar derechos. Recursos humanos y legislativos. Capacidades humanas y jurídicas.	Las posturas varían según el grado de incidencia que creen que debería tener el Estado. En los argumentos influyen componentes socioculturales que hacen una lectura diferente de los DMMA. Una parte prioriza la autonomía del propio cuerpo y el derecho del ciudadano a decidir cómo, cuándo y dónde morir, busca la ampliación de derechos a la elección personal. La contraparte entiende que el rol del Estado y del profesional médico debe ser mantener con vida al paciente. El proyecto de ley aún no llegó a debatirse en el Congreso. Los tres proyectos de ley que se presentaron pertenecen a dos partidos políticos distintos: una pertenece al senadores radicales por Mendoza, miembros Alianza Cambiemos, Cobos y Verasay, otra a los diputados por la UCR, también miembros de Cambiemos, Cornejo, Latorre y Cacace; y la tercera, el proyecto de ley Alfonso, a la diputada por Córdoba Estévez, del FdT. Estos legisladores pueden convertirse en actores satélite. Hay dos actores que pueden considerarse satélite de las iniciativas ya que las respaldan mediáticamente: el jurista Daniel Ostropolsky por los proyectos de la UCR y el médico Carlos Soriano por la iniciativa del Frente de Todos.	Difunden desde la sección prensa del sitio del Congreso Nacional; del Senado y de Diputados; desde sus canales de Youtube (Diputados y Senadores), desde cuenta de Twitter: Senado y Diputados. Instagram: Diputados y Senadores.	- Difusión a partir de redes sociales tanto desde las cuentas oficiales como a partir de los integrantes mismos de ambas cámaras. - Informantes de los proyectos de ley de los cuales formaron parte. - Contacto en línea directa por parte de los protagonistas con el periodismo para tener más presencia en medios tradicionales e incidencia en el público que consume, pero hasta el momento y como consecuencia de la pandemia de coronavirus, esto aún no ocurrió masivamente.
Bloque Frente de todos	Actor gubernamental. Alcance nacional. Gran incidencia. Interés moderado.	Si bien la diputada Estévez es quien lleva adelante la confección del proyecto de ley y se entiende que el bloque mantendría una postura de respaldo a la iniciativa, no hay mucha exposición aún a nivel público.	No hay actividad al respecto desde cuentas oficiales del partido ni desde las redes sociales de Estévez. Si hay apoyo desde el grupo de Facebook sitio web; su cuenta de Twitter; cuenta de Instagram.	Se vincula a las actividades desarrolladas por el colectivo Eutanasia: derechos y de final vida (DMMA Argentina)
Alianza Cambiemos	Actor gubernamental. Alcance nacional. Gran incidencia. Interés moderado.	Si bien Cobos y Verasay, por Senadores, y Cacace, Latorre y Cornejo, por Diputados, son quienes llevan adelante los proyectos de ley sobre la muerte médicamente asistida, algunos miembros del bloque mostraron su rechazo a una ley de la eutanasia, como Luis Juez y Carmen Álvarez, cuyas posturas se acercan a los argumentos de la Iglesia Católica.	Son muy activos en redes sociales, sin embargo aún no comenzaron a publicar sobre la eutanasia.	- La pata comunicacional del partido siempre fue integral. - Redes sociales activas y cuentas bot que replican las publicaciones y critican las de personas conocidas que opinan lo contrario. - Actividad intensa de comunicación territorial, timbros, mesas en las calles, reuniones vecinales virtuales y presenciales, comunicación por email. - Tienen el think tank Seúl
Bloque Frente de Izquierda	Actor gubernamental. Alcance nacional. Incidencia moderada. Interés moderado.	Se posicionan a favor de las libertades individuales y de la autonomía del propio cuerpo, por lo tanto, anunció que respaldan un proyecto de ley de muerte médicamente asistida.	Su manera de comunicar es en territorio, con manifestaciones, panfletos, carteles. Tienen incidencia en escasos canales de televisión, como CSN. Tienen Twitter, Facebook, Instagram y página web.	- Se publica desde las cuentas de redes sociales del partido, pero también en las cuentas de los miembros del bloque. Nombres y apellidos políticos respaldan la postura.
Bloque Libertarios	Actor gubernamental. Alcance nacional débil. Incidencia moderada. Interés moderado.	Existen dos posturas, una más moderada, la de Libertad Avanza que pese a haberse mostrado a favor de un proyecto de ley de la eutanasia, considera que hay cosas más urgentes para debatir y lo ubica en un segundo plano. La otra postura pertenece al grupo Republicanos, que rechazó un proyecto, bajo el alegato de que existe la ley de muerte digna y porque considera que el Estado no trata sobre la vida o la muerte de las personas.	A pesar de que el partido es relativamente nuevo y pequeño, su crecimiento es veloz, y también sus redes sociales. Tiene cuentas fragmentadas por edades y barrios. Nuclea todo en cuentas centrales de Twitter, Facebook e Instagram. Además tiene página web.	- El partido es muy activo en redes sociales porque apunta a conquistar a jóvenes y adolescentes. - En su página web está habilitado un contacto para entablar un diálogo a través de Whatsapp. - En Facebook busca crear una red de libertarios a nivel latinoamericano - Las convocatorias a reuniones presenciales no son seguidas, pero siempre se congrega cuando hay alguna manifestación que tenga un grupo con orientaciones socialistas. - Los escasos actos que organizó el partido tuvieron una fuerte campaña de convocatoria y exitosa respuesta en asistencia
Bloque provincial Encuentro Vecinal por Córdoba	Actor gubernamental. Origen provincial y cobertura débil a nivel nacional. Incidencia moderada. Demuestra gran interés.	Se posicionan en contra de la ley de la eutanasia. Sus argumentos van en línea con los argumentos de la Iglesia Católica.	Se comunican a través de sus cuentas de Facebook, Twitter e Instagram y su página web.	- Tienen incidencia en los medios de comunicación - La campaña preelectoral fue una oportunidad para que su voz se replique por varios portales web - Uso de redes sociales como espacio de denuncias

Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (AAMyCP)	Asociación civil. Origen local. Se creó en 1994 con el objetivo de promover, favorecer y fortalecer el desarrollo de los Cuidados Paliativos de manera integral (desde lo académico, asistencial y gestión de herramientas para mejorar la calidad de atención en la cobertura) Gran incidencia y gran interés en el tema. Recibe recursos económicos de socios, donaciones y auspiciantes.	La postura oficial que ha mantenido durante años fue de oposición a una eventual ley que contemplara el derecho de prácticas eutanásicas. Sin embargo, en marzo de 2021 publicó una encuesta destinada a médicos paliativos y socios con el objetivo de conocer su opinión al respecto. Puede ser leído como una apertura al debate dentro de la organización.	Difunden a través de su página web y cuentas de Facebook e Instagram	- Divulgación de material académico - Capacitación - Organización de conferencias virtuales - Jornadas nacionales - Prestan servicios de supervisiones de psicología
Agustín Silberberg, presidente del Comité de Bioética del Hospital Universitario Austral. Nicolás Lafferrere, abogado y director del Centro de Bioética, Persona y Familia.	Órganos designados por algún poder del Estado, colegiados, interdisciplinarios, independientes, representativos de diferentes sensibilidades morales, con fines altruistas. Mucho interés en el tema. También tiene mucha incidencia, ya que su función consiste en emitir opiniones éticas no vinculantes acerca de problemas morales, jurídicos y sociales producidos por la investigación, experimentación y aplicación de nuevas tecnologías en el campo de las ciencias de la vida y la salud. Debe existir un comité interdisciplinario en cada hospital público o privado.	Al menos estos dos comités ya se pronunciaron oficialmente contrarios a una eventual ley de la eutanasia. Consideran que se deshumaniza a la medicina y que es contraria a las responsabilidades profesionales y morales del profesional, al tiempo que sostienen que la existencia de una ley de este tenor habilita la lógica del descarte y puede coaccionar al paciente a solicitarlo.	Redes sociales. Twitter e Instagram son el espacio para difundir información y actividades. Además, ambos responsables tienen un perfil mediático y brindan entrevistas a distintos medios de comunicación.	- Divulgación de material académico - Capacitación
Iglesia católica	Persona jurídica pública. Instituciones de origen local. Alcance local, regional e internacional. Muestra mucho interés en el tema. Tiene mucha incidencia. Recursos humanos y económicos. Alcance nacional. Oposición activa.	La Iglesia Católica mantiene una oposición activa. Sin embargo, hay un sector dentro de la institución, que se nuclea en la organización Católicas Argentinas - Por el Derecho a Decidir y que tiene una postura inclinada a los Derechos Humanos y a la autonomía del propio cuerpo.	Redes sociales, canales de Youtube y a través de medios de comunicación.	- Difusión de la Biblia, realización de misas diarias. - Adoctrinamiento a través de los sacramentos. - Promoción abierta a través de las redes sociales de la postura de la institución y opiniones personales. - Promoción de un discurso conservador
Comunidad Musulmana Ahmadiya en Argentina	Persona jurídica pública. Instituciones de origen local. Alcance local, regional e internacional. Muestra mucho interés en el tema. Tiene mucha incidencia. Recursos humanos y económicos. Alcance nacional. Oposición activa.	Mantiene una postura opuesta a lo que plantea el proyecto de ley Alfonso. La institución considera que la vida pertenece a Dios y que, por tanto, él decide cuando te la quita. También que el concepto de muerte digna no implica morir sin sufrimiento, sino que significa que Dios está complacido, motivo por el cual si un paciente siente dolor debe resistir porque así Dios lo quiere y por ello lo recompensará.	Comunica principalmente a través de su cuenta de Twitter de Ahmadiya, de su perfil de Facebook. La participación en medios de comunicación es escasa.	- El centro está ubicado en una librería de Palermo que funciona como centro cultural. Allí imparten clases gratuitas de árabe, pero, al mismo tiempo, estas clases también involucran la instrucción sobre el Islám. - Organiza cruzadas solidarias en barrios marginados - Organiza campeonatos de fútbol
Fishel Szlajen, rabino, director de Cultura en AMIA.	Persona física en representación de persona pública. Instituciones de origen local. Alcance local, regional e internacional. Muestra mucho interés en el tema. Tiene mucha incidencia. Recursos humanos y económicos. Alcance nacional. Oposición activa.	De acuerdo con la religión judía, la eutanasia es sinónimo de homicidio. Pone en el centro del debate la dicotomía CP vs. eutanasia.	Comunican a través de su página web, de sus cuentas de Facebook, Instagram y Twitter. Szlajen suele publicar notas de opinión en Infobae.	- Organiza programas culturales y eventos deportivos - Impulsa conversatorios y participa de congresos interreligiosos - Imparte una amplia variedad de talleres - Llega a jóvenes a través de la bolsa de empleos
Grupos Anti-derechos	Actor particular o estatal-gubernamental. Origen local e internacional. Ámbito social. Muestra mucho interés en el tema. Difusión de información y movilizaciones, campañas, investigaciones. Recursos humanos y económicos. Alcance nacional. Oposición activa.	Se posicionan en contra del derecho a decidir sobre el propio cuerpo en general. Están enfocados en relatar su punto de vista; promoviendo herramientas, información no científica y completamente subjetiva. Su discurso de basa en pensamientos y orientaciones conservadores y religiosos, corriendo el eje del objetivo de las organizaciones	Redes sociales, canales de Youtube y medios tradicionales. Se vinculan a grupos de derecha.	- Anuncios personalizados en las redes sociales que promueven información no comprobada científicamente - Distribución de información falsa - Promoción de un discurso de odio y de equiparación de muerte asistida con asesinato
Personal médico	Actor privado y estatal. Origen local. Ámbito social y particular. Muestra mucho interés en el tema. La incidencia depende de la entidad en la que se nuclea.	Apoyo variado. Todavía no hay colectivos ni instancia organizativa estrictamente conformada por médicos y que presente una posición en torno de la cuestión de la eutanasia. No obstante, de manera particular, cada profesional tiene su opinión.	Se expresan a través de sus propias cuentas de redes sociales, de manera particular. Algunos profesionales también participan de debates y participan activamente de la conversación. Difusión de información, extensión cultural, formación, y talleres. Recursos humanos. Alcance nacional.	Algunos profesionales participan de debates organizados por organizaciones o colectivos que tienen una postura sólida al respecto. Desde su práctica profesional, informan dependiendo de su postura o de la del comité ético de la institución en la que trabaja. Esta postura también determina los parámetros de su atención.
Obras sociales	Actor privado/empresarial. Origen nacional. Intervención técnica, ámbito privado/empresarial. Interés indeciso. Actividades: difusión de información. Recursos: económicos y materiales. Apoyo indeciso.	Son las encargadas de garantizar el equipamiento necesario para mantener a pacientes con vida. En caso de legalizarse la práctica de la eutanasia también serían los encargados también de esos insumos. Son parte de un mercado más amplio de la salud, integrada por una cadena de producción que incluye talleres, fábricas, farmacéuticas, químicas, entre otros sectores, que aún no se han pronunciado.	Su comunicación oficial es a través de redes sociales, sitios web y anuncios publicitarios.	Estrategia de marketing y de difusión de información regulada por la ley. No siempre se cumple con la tarea de informar al paciente sobre sus opciones, ni se concientiza sobre los derechos ya adquiridos, como Cuidados Paliativos, la posibilidad de rechazar un tratamiento o Directivas Anticipadas.
Jóvenes y adolescentes	Actor particular. Origen local. Alcance nacional. Ámbito social y particular. Muestra interés en el tema. La incidencia depende del tipo de organización que la juventud adopte.	Al ser sujetos de derecho de las legislaciones y comenzar a identificar a través de los medios de comunicación que hay posibilidades de que un proyecto de ley que garantice la decisión a decidir cómo, cuándo y dónde morir se debata en el Congreso, buscan información y ser parte de la conversación. El apoyo es indeciso, pero, a valer por la interacción en algunas redes sociales y entendiendo que es un debate que se juega dentro del ámbito de los derechos humanos, como lo fue con la ILE, es factible que obtenga el apoyo de gran parte de la juventud.	El espacio por excelencia para participar de debates son las redes sociales. Allí es posible que intercambien activamente sus argumentos.	- No desarrollan estrategias de comunicación de forma individual - Capacidad de movilización - Capacidad de crear tendencias en redes sociales.

11.4. Cuadro de relevamiento de artículos periodísticos					
ANTES	DE LAS	PRESENTACIONES	DE PROYECTOS	DE LEY	EN EL CONGRESO
Fecha	Medio de comunicación	Sección	Autor	Título	Link
18/05/2015	Anfibia	-	María Belén Etchenique y Florencia Luna	La muerte imposible de Marcos Diez	https://www.revistaanfibia.com/la-muerte-imposible-de-marcelo-diez/?fbclid=IwAR3dKIOeOnMaAq83WxildDIPYwGRBiov1ADgYnebY8CcMmbIMWbuaKISChw
05/05/2018	Infobae	Sociedad	Gisele Sousa Dias	Historia de una "muerte digna": "Necesitaba que dejaran a mi hija morir en paz"	https://www.infobae.com/sociedad/2018/05/05/historia-de-una-muerte-digna-necesitaba-que-dejaran-a-mi-hija-morir-en-paz/
29/09/2018	Infobae	Sociedad	Pilar Safatle	Tiene 36 años, no puede moverse ni comer y pide la eutanasia: "No le veo mucho sentido a estirar la agonía"	https://www.infobae.com/sociedad/2018/09/29/tiene-36-anos-no-puede-moverse-ni-comer-y-pide-la-eutanasia-no-le-veo-mucho-sentido-a-estirar-la-agonia/
06/12/2019	Infobae	Salud	Sin firma	Sólo el 4% de los pacientes que requieren cuidados paliativos acceden a ellos	https://www.infobae.com/salud/2019/12/07/solo-el-4-de-los-pacientes-que-requieren-cuidados-paliativos-acceden-a-ellos/
07/02/2020	TN	Sociedad	Luz Carou García	La "buena muerte", o libertad para morir: el otro debate que adeuda la Argentina	https://www.lanacion.com.ar/sociedad/la-buena-muerte-libertad-morir-otro-debate-nid2328566/
18/08/2020	Infobae	Sociedad	Sin firma	Misiones: una mujer pide la eutanasia para su hijo de 22 años con parálisis cerebral	https://www.infobae.com/sociedad/2020/08/19/misiones-una-mujer-pide-la-eutanasia-para-su-hijo-de-22-anos-con-paralisis-cerebral/
21/08/2020	Unidiversidad	Sociedad	Télam y Radio U	Debate por la eutanasia: "Existe un conflicto de valores entre muerte digna y el valor vida"	https://www.unidiversidad.com.ar/debate-por-la-eutanasia-existe-un-conflicto-de-valores-entre-muerte-digna-y-el-valor-vida?fbclid=IwAR3Gzb-sr1V4Dpl6QvMTn5df2-WXP3bBmMyFwLDQoV0K0eTXpbRx4QeQ
22/11/2020	Tiempo Argentino	Espectáculos	Sebastián Feijoo	Valeria Bertuccelli: "El derecho a decidir sobre nuestros cuerpos también debe incluir la eutanasia"	https://www.tiempoar.com.ar/espectaculos/valeria-bertuccelli-el-derecho-a-decidir-sobre-nuestros-cuerpos-tambien-debe-incluir-la-eutanasia/
28/01/2021	La Nación	Sociedad	Julietta Habif	"Un acto de amor": de qué hablamos cuando hablamos de muerte digna	https://www.lanacion.com.ar/sociedad/un-acto-amor-que-hablamos-cuando-hablamos-nid2328296/?fbclid=IwAR0iUrYp9aw02si7Zv7Gn9cfbAphiLwQLhyE3Q-xwJ8MRTlgKKod0s36ps
12/02/2021	El Ciudadano	País	Victoria de Masi / replicado de El Diario Ar	"El legado de Alfonso", la historia del joven que impulsó proyecto de ley sobre el derecho a morir	https://www.elciudadanoweb.com/el-legado-de-alfonso-la-historia-del-joven-que-impulso-proyecto-de-ley-sobre-el-derecho-a-morir/
13/03/2021	El Diario Ar	Sociedad	Victoria de Masi	Eutanasia: avanza un proyecto de ley para legalizar el derecho a morir	https://www.eldiarioar.com/sociedad/anteproyecto-ley-eutanasia-legal_1_7305358.html
13/03/2021	Infobae	Sociedad	Gisele Sousa Dias	"Lo escuché y salí llorando": un médico cordobés y la historia real que inspiró el flamante proyecto de ley de eutanasia	https://www.infobae.com/sociedad/2021/03/13/lo-escuche-y-sali-llorando-un-medico-cordobes-y-la-historia-real-que-inspiro-el-flamante-proyecto-de-ley-de-eutanasia/
20/03/2021	Infobae	Salud	Valeria Román	¿Hay un derecho a poner fin a la vida si el dolor es intolerable?: los países que permiten la eutanasia y corren los límites	https://www.infobae.com/salud/2021/03/20/hay-un-derecho-a-poner-fin-a-la-vida-si-el-dolor-es-intolerable-los-paises-que-permiten-la-eutanasia-y-corren-los-limites/
05/04/2021	Infobae	Historias	Gisele Sousa Dias	"Pensé en matarlo y después matarme yo": la lucha de una argentina en medio del peor de los dramas humanos	https://www.infobae.com/historias/2021/04/05/pense-en-matarlo-y-despues-matarme-yo-la-lucha-de-una-argentina-en-medio-del-peor-de-los-dramas-humanos/
06/04/2021	Redacción	-	David Flier	"Eutanasia legal: la Argentina empieza a debatir el derecho a morir"	https://www.redaccion.com.ar/eutanasia-legal-la-argentina-empieza-a-debatir-el-derecho-a-morir/
12/04/2021	La Prensa	Actualidad	Germán Masserdotti	Aborto y eutanasia. Dos fracasos de la democracia argentina.	https://www.laprensa.com.ar/500944-Aborto-y-eutanasia-Dos-fracasos-de-la-democracia-argentina.note.aspx
14/04/2021	El Diario Ar	Sociedad	Victoria de Masi	Superaron su dolor y se unieron por el derecho a morir: "Hay que sacar el debate sobre la eutanasia a la calle"	https://www.eldiarioar.com/sociedad/eutanasia-debate-facebook_1_7802858.html?fbclid=IwAR0QD1ul71MigXclQUd2o_G-AyDzFPyroQAmuM5yKeMsRW-hmvCPBH2RaE
15/04/2021	Clarín	Opinión	Peter Singer	Eutanasia, cuando la hora de la muerte propia puede ser elegida	https://www.clarin.com/revista-enie/ideas/eutanasia-hora-muerte-propia-puede-elegida_0_ZpNdeqNOL.html
27/04/2021	Unidiversidad	Sociedad	Mariano Rivas	El debate que se viene: que la eutanasia deje de ser un tabú	https://www.unidiversidad.com.ar/el-debate-que-se-viene-que-la-eutanasia-deje-de-ser-un-tabu
27/04/2021	Sputnik	Internacionales	Francisco Lucotti	Eutanasia en Argentina: las voces que piden el derecho a morir con dignidad	https://mundo.sputniknews.com/20210427/eutanasia-en-argentina-las-voces-que-piden-el-derecho-a-morir-con-dignidad-1111647369.html?fbclid=IwAR33GbZs1gi-6ZmZXzcDyFtr714njjia514dzoPFwGopqZ9hxr04GtK8SE

06/05/2021	Consecha Roja	-	Saulo Dalmasso	Matame por favor: hablemos de eutanasia en Argentina	http://cosecharoja.org/matame-por-favor-hablemos-de-eutanasia-en-argentina/?fbclid=IwAR3cpdTcF2CY-ZpKctoQbLHwRa3r7Vlm8tdgTdf0DIMBj4_kyGO6wLw161c
18/05/2021	Ser Argentino	Historias	Bianca Ruggia	Eutanasia en Argentina: la historia de un médico luchador	https://www.serargentino.com/gente/historias-de-gente/eutanasia-en-argentina-la-historia-de-un-medico-luchador
02/06/2021	Mendoza Post	Sociedad	Sin firma - Replicado por Cadena 3	El mendocino que pide la ley de eutanasia	https://www.mendoza.com/sociedad/ostropolsky-pide-la-ley-de-eutanasia-muerte-digna/?fbclid=IwAR3NO2yc5azHwfwyOb-22vJH3XvwWO2ZJqPZc3wXAhGjVt1EJVPVSHkOITA
03/06/2021	Diario Ar	Sociedad	Victoria de Masi	Eutanasia: el senador Julio Cobos trabaja en un anteproyecto de ley	https://www.eldiarioar.com/sociedad/eutanasia-senador-cobos-anteproyecto-ley_1_8000850.html
07/06/2021	Infobae	Opinión	Luis Novaresio	Quiero mi derecho a morir dignamente	https://www.infobae.com/opinion/2021/06/07/quiero-mi-derecho-a-morir-dignamente/
07/06/2021	Redacción	Actualidad	David Flier	Legalización de la eutanasia: los argumentos a favor y en contra de un debate inminente (y necesario)	https://www.redaccion.com.ar/legalizacion-de-la-eutanasia-los-argumentos-a-favor-y-en-contra-de-un-debate-inminente-y-necesario/?fbclid=IwAR0Irk_bmYau1z4cSF6DPT00-rTK_qIXsv15ZGjvFhMfOqCHnCAAppCKvF0
08/06/2021	Infobae	Sociedad	Florencia Illbele	“Someti al horror a mi propio padre”: la pena y la reflexión de una médica que impulsa la Ley de Eutanasia en Argentina	https://www.infobae.com/sociedad/2021/06/08/someti-al-horror-a-mi-propio-padre-la-pena-y-la-reflexion-de-una-medica-que-impulsa-la-ley-de-eutanasia-en-argentina/?fbclid=IwAR27jab6UhwLXJKOzTnT3ZJvTg1_phwAiwH01WCSRCfhBvPa7xZ5xpnY2tg
13/06/2021	TV	Sociedad	Sebastián Aulicino	Daniel es abogado, tiene ELA y lucha por una ley de eutanasia que le permita morir con dignidad: “Quiero tener libertad para decidir”	https://tn.com.ar/sociedad/2021/06/13/daniel-es-abogado-tiene-ela-y-lucha-por-una-ley-de-eutanasia-para-morir-con-dignidad-quiero-tener-libertad-para-decidir/
16/06/2021	Infobae	Sociedad	Milton Del Moral	La vida de un paciente con ELA que pide por la ley de eutanasia: “Quiero morir a tiempo, no antes pero tampoco después”	https://www.infobae.com/sociedad/2021/06/16/la-vida-de-un-paciente-con-ela-que-pide-por-la-ley-de-eutanasia-quiero-morir-a-tiempo-no-antes-pero-tampoco-despues/
21/06/2021	Infobae	Salud	Sin firma	¿Derecho a morir? 3 proyectos para legalizar la eutanasia en el país y un debate ético vigente aún en pandemia	https://www.infobae.com/salud/2021/06/21/derecho-a-morir-3-proyectos-para-legalizar-la-eutanasia-en-el-pais-y-un-debate-etico-vigente-aun-en-pandemia/
27/06/2021	Infobae	Sociedad	Milton Del Moral	Tiene ELA y su mayor deseo es volver a beber un sorbo de agua fría: “Cuando se acabe mi tiempo solo pido plegar mis alas y descansar”	https://www.infobae.com/sociedad/2021/06/27/tiene-ela-y-su-mayor-deseo-es-volver-a-beber-un-sorbo-de-agua-fria-cuando-se-acabe-mi-tiempo-solo-pido-plegar-mis-alas-y-descansar/?fbclid=IwAR208jvDB5BAgqLSOLJZau1fzQ3Ef-cbW1OmARiON9I54weHvozextiqok0
01/07/2021	Infobae	Sociedad	Florencia Illbele	“Debí haber muerto en 2010, pero seguí viva sólo para padecer”: la dramática carta de una mujer que deseaba dejar de sufrir	https://www.infobae.com/sociedad/2021/07/01/debi-haber-muerto-en-2010-pero-segui-viva-solo-para-padecer-la-dramatica-carta-de-una-mujer-que-deseaba-dejar-de-sufrir/?fbclid=IwAR0GXLUWnEPpY1p1GAAtf37eGcXJhe9eKcLKEyWG2Ofck6DB-nJRLkymYM
07/07/2021	Redacción	Actualidad	David Flier	“Legalización de la eutanasia: los argumentos a favor y en contra de un debate inminente (y necesario)”	https://www.redaccion.com.ar/legalizacion-de-la-eutanasia-los-argumentos-a-favor-y-en-contra-de-un-debate-inminente-y-necesario/
10/07/2021	Infobae	Opinión	Fishel Szajen	Eutanasia: falacia de autonomía y dignidad	https://www.infobae.com/opinion/2021/07/10/eutanasia-falacia-de-la-autonomia-y-dignidad/
17/07/2021	Infobae	Salud	Valeria Chávez	La muerte como un derecho: las leyes que amparan a quien decide no vivir más y cómo se instrumentan	https://www.infobae.com/salud/2021/07/17/la-muerte-como-un-derecho-las-leyes-que-amparan-a-quien-decide-no-vivir-mas-y-como-se-instrumentan/
18/07/2021	Infobae	Opinión	Fishel Szajen	La eutanasia como populismo moral	https://www.infobae.com/opinion/2021/07/18/la-eutanasia-como-populismo-moral/
02/09/2021	El Gato y la Caja	-	Pablo Esteban	Acerca de la muerte domesticada	https://elgatoylacaja.com/profano/acerca-de-la-muerte-domesticada?utm_source=facebookEGLC&utm_medium=share&utm_campaign=post&fbclid=IwAR172qcerxP-MiGwWesZp2BhgGAOB5xMHk-Tu3grb661z9e6Kv_ncrA_2Y
08/09/2021	La Voz	Ciudadanos	Rosario Centro y Aldana Goris	Las historias de los argentinos que luchan por el derecho a la eutanasia	https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/las-historias-de-los-argentinos-que-luchan-por-el-derecho-a-la-eutanasia/?fbclid=IwAR0GXLUWnEPpY1p1GAAtf37eGcXJhe9eKcLKEyWG2Ofck6DB-nJRLkymYM
16/09/2021	Aci Prensa - Replicado por el portal Religión Digital	América	Walter Sánchez Silva	Arzobispo advierte a presidente de Argentina: Con aborto y marihuana no ayuda al pueblo	https://www.aciprensa.com/noticias/arzobispo-advierte-a-presidente-de-argentina-con-aborto-y-marihuana-no-ayuda-al-pueblo-44504
29/09/2021	Clarín	Espectáculos	Silvina Demare	Soledad Silveyra: “Me gustaría poder ejercer mi eutanasia”	https://www.clarin.com/viva/soledad-silveyra-gustaria-poder-ejercer-eutanasia-_0_bdf58Lh-8.html
08/10/2021	El Editor Platense	-	Sin firma	Eutanasia en Argentina ¿sí o no?: Un debate que ya se instaló	https://www.eleditorplatense.com.ar/eutanasia-en-argentina-si-o-no-un-debate-que-ya-se-instalo/

10/10/2021	Página 12	Sociedad	Mariana Carbajal	Eutanasia y suicidio asistido en Argentina: cómo es el anteproyecto de ley que propone regularlos	https://www.pagina12.com.ar/373751-eutanasia-y-suicidio-asistido-en-argentina-como-es-el-anteproyecto-de-ley-que-propone-regularlos?utm_source=FB&fbclid=IwAR2CGVOTOyY77QFMVFP-ph0Lefo0udOSlc_55Gx3U2JfbTLvdWxmY-3DOM
10/10/2021	La Voz	Ciudadanos	Juan Manuel González	La masonería pone en agenda la eutanasia como un derecho de las personas	https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/la-masoneria-pone-en-agenda-la-eutanasia-como-un-derecho-de-las-personas/
11/10/2021	Expansión México	Internacionales	Sin firma	Así es la situación de la eutanasia en Colombia y Latinoamérica	https://expansion.mx/mundo/2021/10/12/paises-latinoamerica-legal-eutanasia
16/10/2021	Télam	Internacionales	Florencia Fazio	Se enciende en América Latina el debate por el derecho a decidir sobre la propia muerte	https://www.telam.com.ar/notas/202110/571944-america-latina-debate-eutanasia.html
19/10/2021	La Tinta	-	Verónica Ferrucci	El derecho a elegir morir dignamente: el camino hacia la ley	https://latinta.com.ar/2021/10/derecho-elegir-morir-dignamente/?fbclid=IwAR1VBwtp69wXta0dYDIOzEanGBx8tvWz-u7U32iqZOJ1OIbldxj0YpfkY
22/10/2021	Letra P	Política	Guillermo Villarreal	Las religiones juegan fuerte a la sombra de la campaña. El mercado de las bendiciones y el lobby divino para instalar agenda. Bergoglio, muy lejos.	https://www.lettrap.com.ar/nota/2021-10-22-9-30-0-el-partido-eclesial
22/10/2021	Comercio y Justicia	Justicia	Sin firma	América Latina y el debate por el derecho a decidir sobre la propia muerte	https://comercioyjusticia.info/justicia/america-latina-y-el-debate-por-el-derecho-a-decidir-sobre-la-propia-muerte/
24/10/2021	Página 12	Sociedad	Pablo Esteban	Eutanasia: el debate que se viene	https://www.pagina12.com.ar/376764-eutanasia-el-debate-que-se-viene-en-argentina
29/10/2021	Unidiversidad	Sociedad	Mariano Rivas	Debatir la eutanasia en Argentina: "Llevo 24 años padeciendo y quiero paz"	https://www.unidiversidad.com.ar/debatir-la-eutanasia-en-argentina-llevo-24-anos-padeciendo-y-quiero-paz
08/11/2021	A24	Actualidad	Kristel Freire	La melancolía de los ángeles: eutanasia y suicidio asistido en Argentina	https://www.a24.com/actualidad/la-melancolia-los-angeles-eutanasia-y-suicidio-asistido-argentina-n873746
09/11/2021	La Voz	Política	Verónica Suppo	Las tres temáticas relacionadas con la salud planteada por La Voz a los postulantes a senadores y diputados generaron posturas enfrentadas, diferencias en listas iguales y fuerzas políticas que evitaron participar	https://www.lavoz.com.ar/politica/eutanasia-interrupcion-del-embarazo-y-marihuana-tres-temas-que-dividen-a-los-candidatos/
09/11/2021	Perfil	Opinión	Julietta Bernasconi	Eutanasia: "Es prioritario garantizar el acceso a cuidados paliativos"	https://www.perfil.com/noticias/opinion/julietta-bernasconi-eutanasia-es-prioritario-garantizar-el-acceso-a-cuidados-paliativos.phtml
18/11/2021	A24	Actualidad	Kristel Freire	La melancolía de los ángeles: eutanasia y suicidio asistido en Argentina	https://www.a24.com/actualidad/la-melancolia-los-angeles-eutanasia-y-suicidio-asistido-argentina-n873746
26/11/2021	Los Andes	Sociedad	Federico Fayad	La historia del reconocido abogado mendocino que sufre ELA y que pidió a través de Los Andes una ley de eutanasia	https://www.losandes.com.ar/sociedad/la-historia-del-reconocido-abogado-mendocino-que-sufre-ela-y-que-pidio-a-traves-de-los-andes-una-ley-de-eutanasia/
DESPUÉS	DE LAS	PRESENTACIONES	DE PROYECTOS	DE LEY	EN EL CONGRESO
Fecha	Medio de comunicación	Sección	Autor	Título	Link
26/11/2021	Télam. Replicado por los portales El Sol y La Voz	Política	-	Presentaron un proyecto de ley para regular la eutanasia en la Argentina	https://www.telam.com.ar/notas/202111/576099-presentan-en-mendoza-proyecto-de-ley-para-regular-la-eutanasia-en-argentina.html
26/11/2021	Diario AR	Sociedad	Victoria de Masi	Eutanasia: ingresó en el Congreso un proyecto del ley que busca legalizar el derecho a morir	https://www.eldiarioar.com/sociedad/eutanasia-anuncian-anteproyecto-ley-legalizar-derecho-morir_1_8530932.html
26/11/2021	Diario Uno	Política	Analía Doña	El radicalismo mendocino presentó un proyecto para regular la eutanasia en Argentina	https://www.diariouno.com.ar/politica/el-radicalismo-mendocino-presento-un-proyecto-regular-la-eutanasia-argentina-n879555
26/11/2021	Los Ándes	Política	-	Los diputados Alfredo Cornejo y Jimena Latorre encabezaron una conferencia de prensa junto al abogado Daniel Ostropolsky.	https://www.losandes.com.ar/politica/la-ucr-presento-buena-muerte-el-proyecto-de-ley-de-eutanasia-que-lleva-al-congreso/
26/11/2021	Mendoza Online	Política	Ninsi Franciscangeli	"Buena muerte": Alfredo Cornejo presentó el proyecto para regular la eutanasia	https://www.mdzol.com/politica/2021/11/26/buena-muerte-alfredo-cornejo-presento-el-proyecto-para-regular-la-eutanasia-204234.html

26/11/2021	La Nación	Política	Pablo Manino	El debate que viene: desde Juntos por el Cambio presentaron un proyecto de "buena muerte"	https://www.lanacion.com.ar/politica/el-debate-que-viene-desde-juntos-por-el-cambio-presentaron-un-proyecto-de-buena-muerte-nid26112021/
27/11/2021	Infobae	Política	-	Eutanasia: diputados del radicalismo presentaron un proyecto para reconocer el derecho a una "buena muerte"	https://www.infobae.com/politica/2021/11/27/eutanasia-diputados-del-radicalismo-presentaron-un-proyecto-para-reconocer-el-derecho-a-una-buena-muerte/
28/11/2021	Clarín. Replicado por El Tribuno de Salta.	Sociedad	-	Llega al Congreso. "Buena muerte": cómo es el proyecto para regular la eutanasia que impulsan diputados radicales de Mendoza	https://www.clarin.com/sociedad/-buena-muerte-proyecto-regular-eutanasia-impulsan-diputados-radicales-mendoza_0_yun-KQbGK.html
30/11/2021	La Nación	Política	Pablo Manino	Qué dice el proyecto de "buena muerte" que se presentó en el Congreso	https://www.lanacion.com.ar/politica/que-dice-el-proyecto-de-buena-muerte-que-se-presento-en-el-congreso-nid30112021/
30/11/2021	Télam	Sociedad	-	Presentan un proyecto para legalizar la interrupción voluntaria de la vida	https://www.telam.com.ar/notas/202111/576467-presentacion-proyecto-legalizacion-interrupcion-voluntaria-vida-eutanasia-mendoza-jxc.html
1/12/2021	Infobae. Replicado por LM Neuquén	Política	-	Eutanasia: los detalles del proyecto que la UCR presentó en el Congreso para legalizar la interrupción voluntaria de la vida	https://www.infobae.com/politica/2021/12/01/eutanasia-los-detalles-del-proyecto-que-la-ucr-presento-en-el-congreso-para-legalizar-la-interrupcion-voluntaria-de-la-vida/
1/12/2021	Diario AR	Sociedad	Victoria de Masi	Eutanasia: ingresa un nuevo proyecto de ley en el Congreso y ya son dos los que podrían discutirse en 2022	https://www.eldiarioar.com/sociedad/eutanasia-congreso-proyecto-ley_1_8544562.html
1/12/2021	A24	Actualidad	-	Ley de Eutanasia en Argentina: qué significa y cuáles son las claves del proyecto para legalizar la interrupción voluntaria de la vida	https://www.a24.com/ley-eutanasia-argentina-que-significa-y-cuales-son-las-claves-del-proyecto-legalizar-la-interrupcion-voluntaria-la-vida-n880476
2/12/2021	Infobae	Opinión	Franco Gatti	La eutanasia y los intérpretes del dolor	https://www.infobae.com/opinion/2021/12/02/la-eutanasia-y-los-interpretes-del-dolor/
2/12/2021	El Destape	Política	-	Presentaron en el Congreso un proyecto para legalizar la eutanasia	https://www.eldestapeweb.com/politica/eutanasia/presentaron-en-el-congreso-un-proyecto-para-legalizar-la-eutanasia-202112213260
4/12/2021	El Litoral	Política	Emerio Agretti	El debate sobre la eutanasia vuelve al Congreso en 2022	https://www.ellitoral.com/index.php/id_um/331515-el-debate-sobre-la-eutanasia-vuelve-al-congreso-en-2022-proyectos-del-radicalismo-politica-proyectos-del-radicalismo.html
4/12/2021	El Grito del Sur	Política	Yair Cybel	Ley de buena muerte: el derecho a partir en paz	https://elgritodelsur.com.ar/2021/12/ley-de-buena-muerte-derecho-a-morir-en-paz-eutanasia-argentina.html
6/12/2021	Diario AR	Sociedad	Victoria de Masi	Eutanasia: entró en el Congreso la "Ley Alfonso" y ya son tres los proyectos para legalizar el derecho a morir	https://www.eldiarioar.com/sociedad/eutanasia-congreso-alfonso-proyectos-legalizar-derecho-morir_1_8557239.html
7/12/2021	Infobae	Sociedad	Florencia Illbele	Derecho a morir: las dudas y temores de los familiares sobre los proyectos para legalizar la eutanasia	https://www.infobae.com/sociedad/2021/12/08/derecho-a-morir-las-dudas-y-temores-de-los-familiares-sobre-los-proyectos-para-legalizar-la-eutanasia/
8/12/2021	Diario AR	Sociedad	Victoria de Masi	Con tres proyectos de ley en el Congreso, una organización que pelea por el derecho a morir pide "menos burocratización"	https://www.eldiarioar.com/sociedad/ley-congreso-pelea-morir-burocratizacion-derecho_1_8560069.html
10/12/2021	Mendoza Post	Política	-	Un abogado mendocino con ELA destacó a Bullrich y pide por la eutanasia	https://www.mendozapos.com/sociedad/ela-eutanasia-esteban-bullrich-daniel-oltroposky/
11/12/2021	Diario del Cuyo	Opinión	Miryam Andújar	Consideraciones bioéticas de la regulación de la Eutanasia	https://www.diariodecuyo.com.ar/columnasdeopinion/Consideraciones-bioeticas-de-la-regulacion-de-la-Eutanasia-20211210-0067.html
12/12/2021	TN	Opinión	Sergio Rubin	Después del aborto legal, la Iglesia inicia otras dos batallas: contra la eutanasia y las apuestas on line	https://tn.com.ar/opinion/2021/12/12/después-del-aborto-legal-la-iglesia-inicia-otras-dos-batallas-contra-la-eutanasia-y-las-apuestas-on-line/
15/12/2021	El Sol	El País	-	Eutanasia: la Iglesia mostró preocupación ante Fernández por el proyecto de Cornejo y Latorre	https://www.elsol.com.ar/el-pais/eutanasia-la-iglesia-mostro-preocupacion-ante-fernandez-por-el-proyecto-de-cornejo-y-latorre
16/12/2021	Diario del Cuyo	Argentina	-	Por primera vez desde la sanción de la ley del aborto, Alberto recibió a la cúpula de la Iglesia	https://www.diariodecuyo.com.ar/argentina/Por-primera-vez-desde-la-sancion-de-la-ley-del-aborto-Alberto-recibio-a-la-cupula-de-la-Iglesia-20211215-0063.html

17/12/2021	Infobae	Sociedad	Florencia Illbele	Derecho a morir: qué dicen los tres proyectos que presentaron en el Congreso para legalizar la	https://www.infobae.com/sociedad/2021/12/17/derecho-a-morir-que-dicen-los-tres-proyectos-que-presentaron-en-el-congreso-para-legalizar-la-eutanasia/
19/12/2021	Río Negro	En Casa	Juan Cuccarese	Muerte digna, el debate que viene	https://www.rionegro.com.ar/muerte-digna-el-debate-que-viene-2072512/
19/12/2021	Primera Edición	-	-	Muerte digna: "Quien vivió consciente de sus decisiones tiene un mejor final"	https://www.primeradicion.com.ar/nota/100535390/muerte-digna-quien-vivio-consciente-de-sus-decisiones-tiene-un-mejor-final/
20/12/2021	Página 12	Sociedad	Rocio Criado	Eutanasia: cómo será el debate que se viene en el Congreso por el derecho a	https://www.pagina12.com.ar/387156-eutanasia-como-sera-el-debate-que-se-viene-en-el-congreso-po
14/01/2022	El Destape	ATR		Sorprendente confesión de Solita sobre la eutanasia: "Prefieroirme"	https://www.eldestapeweb.com/atr/television/sorprendente-confesion-de-solita-sobre-la-eutanasia-prefieroirme-20221142160
14/01/2022	Noticias Net	-	-	Soledad Silveyra: "Yo que quiero militar por la eutanasia"	https://www.noticiasnet.com.ar/noticias/2022/01/14/94559-soledad-silveyra-yo-que-quiero-militar-por-la-eutanasia
23/01/2022	Perfil	Córdoba	Guillermina Delupi y Diego Caniglia	"La ley Alfonso viene a blanquear una práctica que sucede en forma clandestina"	https://www.perfil.com/noticias/cordoba/la-ley-alfonso-viene-a-blanquear-una-practica-que-sucede-en-forma-clandestina.phtml
26/01/2022	La Voz	Ciudadanos	Virginia Digón	Eutanasia, el debate parlamentario que será protagonista en 2022	https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/eutanasia-el-debate-parlamentario-que-sera-protagonista-en-2022/
03/02/2022	La Nación	Revista HOLA!	Jackeline Isola	"Es inhumano". Cecilia Carrizo repasa los últimos días junto a su hermano Martín, quien murió tras luchar contra la ELA	https://www.lanacion.com.ar/revista-hola/es-inhumano-cecilia-carrizo-repasa-los-ultimos-dias-junto-a-su-hermano-martin-quien-murio-tras-luchar-contr-la-ela-nid03022022/
08/02/2022	Aleteia	Actualidad	Esteban Pittaro	Argentina: Desde hace año y medio, los cuidados paliativos esperan su ley	https://es.aleteia.org/2022/02/08/argentina-desde-hace-ano-y-medio-los-cuidados-paliativos-esperan-su-ley/
09/02/2022	Diputados Bonaerenses	Nación	-	El Papa Francisco rechazó la eutanasia: qué proyectos se debaten en Argentina	https://diputadosbsas.com.ar/el-papa-se-pronuncio-contr-la-eutanasia/
13/02/2022	Ámbito	Opiniones	María Pecksen	Eutanasia en la Argentina: cómo impactaría la "Ley de la Buena Muerte"	https://www.ambito.com/opiniones/eutanasia/la-argentina-como-impactaria-la-ley-la-buena-muerte-n5370838
18/02/2022	Nota al Pie	-	Juan Manuel Martín	Eutanasia o "muerte digna", una discusión necesaria	https://www.notaalpie.com.ar/2022/02/18/eutanasia-o-muerte-digna-una-discusion-necesaria/



PROYECTO DE LEY DE BUENA MUERTE

REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

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

ARTÍCULO 1°. - Objeto. La presente ley tiene por objeto regular el derecho de toda persona a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir; el procedimiento formal a ese efecto; las garantías que han de observarse y los derechos y deberes del personal médico y el servicio de salud.

ARTICULO 2°.- Derechos. Toda persona que se encuentre sufriendo una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, en los términos establecidos en esta ley y en cumplimiento con los requisitos previstos por la misma, tiene derecho a:

- a) solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir;
- b) requerir y acceder a la atención de la prestación de ayuda para morir, en los servicios del sistema de salud;
- c) acceder a toda la información necesaria para recibir la ayuda para morir.

ARTÍCULO 3°.- Autoridad y ámbito de Aplicación. La presente ley se aplicará en todo el territorio de la República Argentina, a través del Ministerio de Salud de la Nación y los respectivos ministerios provinciales a cargo del servicio de salud.

CAPITULO I

DERECHO A SOLICITAR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

ARTICULO 4°. - Requisitos. Para solicitar la prestación de ayuda para morir, se deberán cumplir los siguientes requisitos:

- a) Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante. Se considerará tal a todos los efectos de esta ley, a la situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico.
- b) Ser ciudadano argentino, mayor de edad, plenamente capaz al momento de presentar la solicitud.
- c) Formular dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, en documento fechado y firmado, o por otro medio que permita dejar constancia fehaciente, con una separación de al menos quince días corridos entre ambas. El médico del paciente, podrá disponer la reducción de ese plazo atento a las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica.
- d) Prestar consentimiento informado. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente.
- e) Una vez cumplidos los requisitos anteriores, el médico responsable, antes de la realización de la prestación de la ayuda para morir, pondrá el caso en conocimiento del presidente de la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación.

ARTICULO 5°.- Directivas Médicas Anticipadas. No será de aplicación lo previsto en las letras c) y d) del artículo anterior en aquellos casos en los que el médico responsable certifique que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes, siempre que el paciente haya suscrito con anterioridad un documento de directivas médicas anticipadas, instrucciones previas, testamento escrito o documentos equivalentes legalmente reconocidos, en cuyo caso se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento. En el caso de haber nombrado representante en ese documento será el interlocutor válido para el médico responsable.

La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

ARTICULO 6°. - Personas menores de edad. En el marco de lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño, la ley 26.061, el artículo 7º del anexo I del decreto 415/06, el artículo 26 del

Código Civil y Comercial de la Nación y la resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación, la solicitud de ayuda para el buen morir deberá ser efectuada de la siguiente manera:

- a) Las personas mayores de dieciséis (16) años de edad tienen plena capacidad por sí para prestar su consentimiento a fin de ejercer los derechos que otorga la presente ley;
- b) En los casos de personas menores de dieciséis (16) años de edad, se requerirá su consentimiento informado en los términos del artículo anterior y se procederá conforme lo dispuesto en el artículo 26 del Código Civil y Comercial y la resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación en concordancia con la Convención de los Derechos del Niño, la ley 26.061, el artículo 7º del anexo I del decreto reglamentario 415/06 y el decreto reglamentario 1.282/03 de la ley 25.673.
- c) Personas con capacidad restringida. Si se tratare de una persona con capacidad restringida por sentencia judicial y la restricción no tuviere relación con el ejercicio de los derechos que otorga la presente ley, podrá prestar su consentimiento informado sin ningún impedimento ni necesidad de autorización previa alguna y, si lo deseara, con la asistencia del sistema de apoyo previsto en el artículo 43 del Código Civil y Comercial de la Nación.
- d) Las personas que actúan como sistema de apoyo no representan ni sustituyen a la persona con discapacidad en el ejercicio de sus derechos y, por tanto, es necesario que el diseño del sistema de apoyo incorpore salvaguardas adecuadas para que no existan abusos y las decisiones sean tomadas por la titular del derecho.
- e) Si la sentencia judicial de restricción a la capacidad impide prestar el consentimiento para el ejercicio de los derechos previstos en la presente ley, o la persona ha sido declarada incapaz judicialmente, deberá prestar su consentimiento con la asistencia de su representante legal o, a falta o ausencia de este o esta, la de una persona allegada, en los términos del artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación.

CAPITULO II

DERECHO DEL PACIENTE Y SU RELACION CON LOS PROFESIONALES

ARTICULO 7º.- A los efectos de la presente Ley se entiende por Médico responsable al facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales, este médico es responsable por la atención general del paciente en un hospital o en el ámbito clínico.

ARTICULO 8º. - Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Todo paciente tendrá derecho a:

- a) solicitar toda la información relativa a la prestación de ayuda para morir y recibir tal información de modo que formen y expresen su voluntad, otorguen su consentimiento

- y se comuniquen e interactúen con el entorno, de modo libre, a fin de que su decisión sea individual, madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas;
- b) solicitar la prestación de ayuda para morir;
 - c) acceder al sistema de salud o contar con su asistencia, desde su requerimiento y en las condiciones que se establecen en la presente ley y en las leyes 26.485, 26.529 y concordantes.

ARTICULO 9°. - Garantías. El personal de salud debe garantizar las siguientes condiciones mínimas y derechos en la atención:

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

CAPITULO III

COMISION MEDICA DE ASISTENCIA Y EVALUACION

ARTICULO 10°. - **Comisión Médica de Asistencia y Evaluación.** Existirá una Comisión Médica de Asistencia y Evaluación en cada una de las provincias y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La composición de cada una de ellas tendrá carácter multidisciplinar y deberá contar con un número mínimo de siete miembros entre los que se incluirá personal médico, de enfermería y juristas especializados en la materia.

ARTICULO 11°.- Reunión Anual. El Ministro de Salud de la Nación, los Ministros de Salud de las provincias y la ciudad de Buenos Aires, y los presidentes de las Comisiones Médicas de Asistencia y Evaluación de cada una de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se reunirán anualmente, bajo la coordinación del Ministerio para igualar criterios e intercambiar buenas prácticas en el desarrollo de la prestación de eutanasia en el Sistema de Salud Nacional.

CAPITULO IV

PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

ARTÍCULO 12°. - **Procedimiento para la prestación de ayuda para morir.** El paciente presentará la solicitud de ayuda para morir ante la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación correspondiente a su jurisdicción. El presidente de la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación designará a dos miembros de la misma, un profesional médico y un jurista, para que verifiquen si, a su juicio, concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir, quienes tendrá acceso a toda la historia clínica, así como al paciente solicitante y deberán expedirse dentro del plazo máximo de cinco días corridos.

En caso de que ambos miembros no logran acuerdo, decidirán en conjunto con el Presidente de la Comisión, dentro de los dos días corridos siguientes al pronunciamiento de los miembros asignados al estudio del caso, que deberán pronunciarse dentro del plazo establecido en el párrafo precedente.

Si la decisión es favorable a la solicitud planteada, el informe será remitido a los efectos de la realización de la prestación.

En caso de que el informe fuera negativo, el paciente solicitante podrá solicitar la revisión de aquel por la Comisión en pleno, la que deberá expedirse en el plazo de cinco días corridos a contar desde que la solicitud le fuere elevada por el interesado.

ARTICULO 13°. – **Realización de la prestación de ayuda para morir.** Una vez recibida la resolución positiva, la realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales médicos, con aplicación de los protocolos correspondientes. En ningún caso el acceso a la prestación podrá dilatarse más allá de los diez días corridos a partir de la fecha de emisión de la resolución que la autoriza.

En caso de que el paciente se encuentre consciente, deberá comunicar al médico responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir. En el supuesto de que el paciente elija la administración directa de una sustancia por parte del profesional médico competente, el médico responsable asistirá al paciente hasta el momento de su muerte. En el supuesto de que elija la prescripción o suministro de una sustancia, de manera que ésta pueda ser autoadministrada por el paciente, para causar su propia muerte, el médico responsable, tras prescribir la sustancia que el propio paciente se autoadministrará, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a este hasta el momento del fallecimiento.

ARTICULO 14°. - Comunicación a la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación. Una vez realizada la prestación de ayuda para morir, el médico responsable deberá remitir a la Comisión Médica de Asistencia y Evaluación de su Provincia o Ciudad Autónoma de Buenos Aires toda la documentación relativa al procedimiento realizado.

ARTICULO 15°. - Intimidad y confidencialidad. Los centros sanitarios que realicen la prestación de ayuda para morir adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad de las personas solicitantes de la prestación y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal.

ARTÍCULO 16°. - Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios. El profesional de salud que deba intervenir de manera directa en la ayuda del buen morir, tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito. A los fines del ejercicio de la misma, deberá:

- a) Mantener su decisión en todos los ámbitos, público, privado o de la seguridad social, en los que ejerza su profesión;
- b) Derivar de buena fe al paciente para que sea atendido por otro u otra profesional en forma temporánea y oportuna, sin dilaciones;
- c) Cumplir con el resto de sus deberes profesionales y obligaciones jurídicas.

El incumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente artículo dará lugar a las sanciones disciplinarias, administrativas, penales y civiles, según corresponda.

ARTICULO 17°. - Obligaciones de los establecimientos de salud. Aquellos efectores de salud del subsector privado o de la seguridad social que no cuenten con profesionales para ayudar al paciente a un buen morir, a causa del ejercicio del derecho de objeción de conciencia de conformidad con el artículo anterior, deberán prever y disponer la derivación a un efector que realice efectivamente la prestación y que sea de similares características al que la persona solicitante de la prestación consultó. En todos los casos se debe garantizar la realización de la práctica conforme a las previsiones de la presente ley. Las gestiones y costos asociados a la derivación y el traslado de la paciente quedarán a cargo del efector que realice la derivación. Todas las derivaciones contempladas en este artículo deberán facturarse de acuerdo con la cobertura a favor del efector que realice la práctica.

ARTICULO 18°. - Cobertura y calidad de las prestaciones. El sector público de la salud, las obras sociales enmarcadas en la ley 23.660 y en la ley 23.661, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados creado por la ley 19.032, las entidades y agentes de salud comprendidos en la ley 26.682, de marco regulatorio de medicina prepaga, las entidades que brinden atención dentro de la reglamentación del decreto 1.993/11, las obras sociales de las fuerzas armadas y de seguridad, las obras sociales del Poder Legislativo y Judicial y las comprendidas en la ley 24.741, de obras sociales universitarias, y todos aquellos agentes y organizaciones que brinden servicios médico-asistenciales a las personas afiliadas o beneficiarias, independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar la cobertura integral de la *práctica que se realice para un buen morir*, prevista en la presente ley en todas las formas que la Organización Mundial de la Salud recomienda. Estas prestaciones quedan incluidas en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en el PMO con cobertura total, junto con las prestaciones de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo.

ARTICULO 19°. - Consideración legal de la muerte. La muerte como consecuencia de la prestación de ayuda para morir tendrá la consideración legal de muerte natural a todos los efectos, independientemente de la codificación realizada en la misma.

FUNDAMENTOS

Sr. Presidente:

El presente proyecto comprende la regulación de conductas que para muchos quedan comprendidas en el concepto de “eutanasia”. Resulta de la mayor importancia ahondar en el significado del término, adoptando una definición que arroje la claridad suficiente a los fines de lograr un análisis ordenado de la cuestión.

Etimológicamente, la palabra eutanasia significa “buena muerte” y se puede definir como el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento.

Existe un amplio consenso en las doctrinas bioética y penalista en cuanto a limitar el empleo del término “eutanasia” a aquella que se produce de manera activa y directa. Es decir que, de acuerdo a esta postura, quedarían fuera los tratamientos por omisión que se designaban como eutanasia pasiva, como son los tratamientos tendientes a prolongar la vida y la interrupción de los ya instaurados, o los que pudieran considerarse como eutanasia activa indirecta, como sería la utilización de fármacos o medios terapéuticos que alivian el sufrimiento físico o psíquico aunque aceleren la muerte del paciente. Esta postura es la que ha prevalecido en la norma de eutanasia española.

En el marco de la bioética, la eutanasia suele ser definida como “conducta llevada a cabo por un agente de salud, una de cuyas consecuencias previsibles por él es la muerte del paciente que padece una enfermedad grave e irreversible, y que es llevada a cabo con la justificación de que la muerte del paciente no es un mal o un daño para sí”. (2)

Roxin, desde una opinión consensuada del derecho penal, define a la eutanasia como “la ayuda prestada a un ser humano gravemente enfermo, por deseo suyo, o por lo menos en virtud de un consentimiento presunto para facilitarle la posibilidad de muerte digna que se corresponda con sus expectativas”. (1) Según el mismo jurista, la eutanasia puede ser clasificada de la siguiente forma:

Indirecta: el paciente no exige que lo maten, sino que pide una atenuación del dolor, sin pretender un acortamiento de la vida, aunque lo aceptaría si ello sucediese. Es decir que la muerte sería una consecuencia probable (dolo eventual, en los términos de la discusión penal de derecho continental), pero no hay intención de que ello suceda.

Pasiva: implica la interrupción del tratamiento ya conducente a la muerte, por deseos del paciente. La autorización de esta clase de eutanasia se derivaría de la autonomía de la voluntad de la persona, porque es quien determina el alcance y duración de su tratamiento. Se trata de una omisión de continuar el tratamiento médico, a la cual el médico debe responder a partir de la petición del enfermo. Un ejemplo de esta conducta sería quitar el aparato y dejar que el paciente muera por el curso natural de las cosas. Es decir, que la “conducta” puede implicar una acción del médico en desconectar el aparato: hay una omisión del médico de continuar el tratamiento. Éste

sería el caso que actualmente se encuentra regulado en la Ley de Salud Pública N° 26.529, modificada por Ley N° 26.742.

Activa: a petición de la persona, el médico lo priva activamente de la vida. Por ejemplo, con una inyección letal de droga. Esta situación es la que se pretende regular a partir de la presente norma.

La eutanasia puede ser voluntaria o no voluntaria. En este caso, la familia es la que brinda el consentimiento para que se aplique la práctica, debido a que el paciente no es capaz para darlo, por ejemplo, por ser menor de edad o encontrarse en un estado de inconsciencia.

En Argentina, se permite la eutanasia pasiva bajo el nombre de "muerte digna", conocida también como eutanasia pasiva. El *leading-case* en esta materia fue el caso "Bahamonde", donde la Corte Suprema de la Nación juzgó que un testigo de Jehová podía negarse a recibir una transfusión sanguínea aunque su decisión hiciera peligrar su vida, y que los médicos no podían sin el consentimiento del paciente realizar ningún tipo de curación ni terapia fundado en el respeto a la privacidad, en el derecho a la intimidad y en la dignidad contenidos en el artículo 19 de la Constitución Nacional Argentina y en los pactos de Derechos humanos a los que el país ha adherido. Está claro que la decisión sobre la calidad de vida que se quiere llevar pertenece al ámbito de privacidad de las personas, y que aunque se trate de un enfermo que no sea terminal y que la intervención quirúrgica le asegure varios años de sobrevida, si el paciente no presta el consentimiento a someterse a una operación, por ejemplo de amputación, no se le puede obligar.

La "muerte digna" es permitida por nuestro sistema jurídico en ciertos casos y está regulada por la Ley de Salud Pública N° 26.529, modificada por Ley N° 26.742, que introdujo este concepto en aquella norma. La ley N° 26.529 establece los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. En el 2015, la Corte Suprema de Justicia argentina avaló esta ley y ofreció ciertas aclaraciones respecto de su contenido. Explicó que en estas situaciones entran en juego derechos constitucionales como el derecho a la vida, a la intimidad y a la autonomía personal. Se trata, en definitiva, de brindarle al paciente la posibilidad de tomar una decisión altamente personal, como es ni más ni menos que el de rechazar tratamientos médicos que sólo prolongarán su sufrimiento. En otras palabras, de permitir que el paciente decida cómo ejecutar su plan de vida hasta el último momento.

De acuerdo a la Ley 26.529 y sus modificatorias, prima la autonomía de la voluntad del paciente: el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa. Incluso puede revocar dicho consentimiento posteriormente (art. 10, Ley N° 26.529). La ley aclara que ese consentimiento debe ser posterior a recibir información clara, precisa por parte del profesional interviniente con respecto a: las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados; el derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan

como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal e irreversible; el derecho a recibir, cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

El consentimiento es fundamental en la ley argentina: toda actuación profesional requiere el previo consentimiento informado del paciente.

De lo anterior surge con claridad que la norma argentina permite ciertos casos de eutanasia pasiva (art. 2°, Ley 26.529)., pero no activa. La ley permite que el paciente tome decisiones anticipadas y para eso puede disponer directivas por escrito sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes. De todas formas, el margen es muy amplio, pues no se limita a la interrupción del tratamiento solamente. Además, pueden ser selectivas, es decir, se refiere a cualquier clase de tratamiento y puede elegir cuales rechazar y cuales aceptar. Para gozar de este beneficio las personas tienen que ser mayores de edad. El problema aquí es que pareciera ser que nuestra ley apoya una eutanasia de tipo pasivo, pero por otro lado niega la posibilidad de realizar directivas que impliquen desarrollar "prácticas eutanásicas" propiamente dichas. Es decir, no sería válida una directiva anticipada de un paciente en la que disponga que en determinado caso el médico deba quitarle la vida de modo activo.

De hecho, la ley dice que ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del cumplimiento de ella. Por lo tanto, y dado que se permite la eutanasia pasiva, puede entenderse que el médico solamente estará justificado si realiza una eutanasia pasiva.

La dificultad mayor se presenta cuando el paciente ya no puede expresar su voluntad porque ha perdido irreversiblemente el conocimiento.

En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, la ley establece que dicho consentimiento podrá ser dado por alguna de las siguientes personas, en orden de prioridad: 1) el cónyuge no divorciado que convivía con el fallecido, o la persona que sin ser su cónyuge convivía con el fallecido en relación de tipo conyugal no menos antigua de tres años, en forma continua e ininterrumpida; 2) hijo mayor de edad; 3) los padres; 4) hermanos mayores de edad, nietos mayores, abuelos, incluso representante legal, tutor o curador, en el orden de prelación enumerado. Sin perjuicio de ello, deberá garantizarse que el paciente, en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

Respecto de este artículo específico, la Corte Suprema de Justicia de nuestro país ha interpretado en el caso "M. A. D." que la ley establece que estas personas vinculadas al paciente — impedido para expresar por sí y en forma plena esta clase de decisiones— no brindan realmente su consentimiento, sino que son las que comunican aquella voluntad. Es decir, atestiguan sobre lo que el paciente hubiese querido, pero no deciden ellos en función de sus propios valores o preferencias. Los jueces señalaron que, en ese sentido, "los familiares son los interlocutores ante los médicos a la hora de decidir la continuidad del tratamiento o el cese". En conclusión, sólo pueden testimoniar, bajo declaración jurada, en qué consiste la voluntad del paciente y no deciden en lugar del paciente o por el paciente. Esta interpretación se fundamenta en que el paciente es una persona en sentido

pleno y sus derechos fundamentales deben ser protegidos: es justamente por eso que goza del derecho a la autodeterminación de decidir cesar un tratamiento médico, como también a decidir recibir las prestaciones necesarias a su estado de salud y a que se respete su derecho a la vida constitucionalmente protegido. A una misma conclusión ha llegado el Tribunal Supremo Federal alemán en un caso similar, en el que afirmó que lo esencial es la voluntad presunta del paciente, no así la de sus familiares. En definitiva, terminamos por orientarnos, lógicamente, por la autonomía del paciente, tal como se señaló anteriormente.

En síntesis, la ley de muerte digna en Argentina permite la eutanasia pasiva bajo el nombre de "muerte digna". Y a través del proyecto actual se pretende ampliar la regulación también a la eutanasia activa por los motivos expuestos a continuación.

Mucho se ha discutido ya sobre el tema, que también ha sido objeto expreso de debates parlamentarios anteriores en el mismo Congreso de la Nación. Esta cuestión no sólo es mirada desde los ámbitos académicos, sino que es particularmente observada por la sociedad, sobre todo a partir de casos particulares resonantes que generan profunda conmoción en la opinión pública. Confluyen en su discusión distintos elementos, como la prolongación de la esperanza de vida, con el consiguiente retraso en la edad de morir, en condiciones que muchas veces implican un importante deterioro físico y psíquico; el incremento de los medios técnicos capaces de sostener durante un tiempo prolongado la vida de las personas, sin lograr la curación o una mejora significativa de la calidad de vida; entre otros.

La eutanasia¹ provoca también múltiples cuestiones jurídicas, entre las cuales podemos enumerar: la existencia de un derecho a la muerte de la misma manera que existe un derecho a la vida; la posibilidad de que el Estado obligue a una persona a vivir en contra de su voluntad y sometida a tratamientos que se consideran indignos; la penalización o despenalización de las personas que ayudan a que los enfermos terminales mueran dignamente de acuerdo a su voluntad; suspensión de los tratamientos por parte de representantes legales cuando dicha suspensión produzca la muerte de los representados; la petición por parte de un enfermo terminal de la suspensión de los tratamientos médicos cuando dicha suspensión produce la muerte es asimilable o no a la solicitud dirigida a los médicos para que suministren fármacos para morir; entre otros tantos temas que pueden surgir en este debate.

La legalización y regulación de la eutanasia se asientan sobre derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Nacional: por un lado, los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral, y de otro, bienes protegidos como la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad.

Todo lo cual hace fundamental la tarea del legislador en la materia: para ordenar una realidad existente y que requiere del acompañamiento y respeto de la norma. Es necesario generar la protección suficiente, de modo de respetar el derecho a la vida y también la autonomía y voluntad de la persona que está en una situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de

¹ Medina, Graciela; Senra, María Laura (agosto 2005). Eutanasia (II): Aspectos Legales : Lo que dicen las leyes y los jueces. En: Encrucijadas, no. 34. Universidad de Buenos Aires. Disponible en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires: <<http://repositorioubasibsi.uba.ar>>

enfermedad grave e incurable, padeciendo un sufrimiento insoportable que no pueda ser aliviado en condiciones aceptables.

Es obligación del legislador atender a las demandas sociales, preservando, respetando y reconociendo derechos, y adecuando las normas para su ejercicio. Es por ello que solicito a mis pares la aprobación del presente proyecto de Ley.

ALFREDO CORNEJO

JIMENA LATORRE

ALEJANDRO CACACE



H. Cámara de Diputados de la Nación

Proyecto de Ley

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina sancionan con fuerza de ley...

“LEY ALFONSO”

Derecho a la prestación de ayuda para morir dignamente

ARTÍCULO 1°.- Objeto. La presente ley tiene por objeto regular el derecho de toda persona que cumpla con los requisitos exigidos a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir dignamente, de acuerdo a los principios, garantías y reglas que aquí se establecen.

ARTÍCULO 2°.- Marco normativo constitucional. Las disposiciones de la presente ley se enmarcan en los derechos protegidos por la Constitución Nacional y los tratados de derechos humanos de jerarquía constitucional, en especial la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en virtud de la protección que otorgan a los derechos de toda persona a la vida digna, al reconocimiento y el respeto de su dignidad, a la integridad física, psíquica y moral, a no ser sometida a torturas ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes, al trato digno, al bienestar y la salud física y mental, especialmente a la asistencia médica, a la no injerencia arbitraria o abusiva en su vida privada, y a la libertad de elección.

ARTÍCULO 3°.- Calidad y cobertura. El sector público de salud, las obras sociales enmarcadas en las leyes 23.660 y 23.661, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados creado por la ley 19.032, las entidades y agentes de salud comprendidos en la ley 26.682, de marco regulatorio de medicina prepaga, las entidades que brinden atención dentro de la reglamentación del decreto 1.993/11, las obras sociales de las fuerzas armadas y de seguridad, las obras sociales del Poder Legislativo y Judicial y las comprendidas en la ley 24.741, de obras sociales universitarias, y todos aquellos agentes y organizaciones que brinden servicios médico-asistenciales a las personas afiliadas o beneficiarias, independientemente de la figura

*H. Cámara de Diputados de la Nación*

jurídica que posean, deben incorporar la cobertura integral y gratuita de las prestaciones de ayuda directa e indirecta para morir dignamente. Estas prestaciones quedan incluidas en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en el PMO con cobertura total

ARTÍCULO 4º.- Definiciones. A los fines de la presente ley se adoptan las siguientes definiciones:

1. Prestación de ayuda para morir dignamente: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta Ley y que ha manifestado su deseo de morir dignamente. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades:
 - a) La administración directa al/a la paciente de una sustancia por parte del/de la profesional de la medicina competente.
 - b) La prescripción o suministro al/a la paciente por parte del/de la profesional de la medicina competente de una sustancia, de manera que este/a se la pueda auto administrar.
2. Enfermedad grave e incurable: la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, en un contexto de fragilidad progresiva.
3. Padecimiento grave, crónico e imposibilitante: situación que hace referencia a una persona afectada por limitaciones que inciden directamente sobre su autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no pueda valerse por sí misma, así como sobre su capacidad de expresión y relación, y que lleva asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo fuerte probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación.
4. Médico/a responsable: profesional de la medicina que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del/de la paciente, con el carácter de interlocutor/a principal del/de la mismo/a en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial.
5. Médico/a consultor/a: profesional de la medicina con formación en el ámbito de las patologías que padece el/la paciente y que no pertenece a la misma institución del/de la médico/a responsable.
6. Consejería: equipo de apoyo conformado por profesionales de la psicología y la psiquiatría con el propósito de ayudar al/a la médico/a responsable a confirmar la situación del/de la paciente, su inequívoca voluntad de morir dignamente y su plena capacidad para tomar la decisión.



H. Cámara de Diputados de la Nación

7. Consentimiento informado: la declaración de voluntad expresada por el/la paciente en pleno uso de sus facultades, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar la prestación de ayuda para morir dignamente.

8. Objeción de conciencia: derecho individual de los/las profesionales de la salud a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta ley por ser incompatibles con sus propias convicciones.

ARTÍCULO 5°.- Requisitos. La persona que puede prestar ayuda a un/a paciente para morir dignamente es únicamente el/la médico/a responsable. Para poder recibir la prestación de ayuda para morir dignamente será necesario que el/la paciente cumpla los siguientes requisitos:

1. Tener nacionalidad argentina o residencia permanente en Argentina por un periodo no inferior a 1 (un) año, tener mayoría de edad y ser plenamente capaz en el momento de solicitar la prestación de ayuda para morir dignamente.

En los casos en que el/la paciente sea declarado/a incapaz por autoridad competente o se encuentre inconsciente, sólo se le dará curso a la prestación de ayuda para morir dignamente mediante interpósita persona previo mandato constituido especialmente a tal fin, de acuerdo a lo establecido en el artículo 8° de la presente Ley.

2. Haber solicitado la prestación de ayuda para morir dignamente de manera libre, voluntaria e informada, manifestada inequívocamente por escrito cuando sea posible o, en su defecto, por otro medio que permita dejar constancia.

Cuando el paciente no pueda expresar su voluntad por escrito, ni por ningún otro medio, sólo se dará curso a la prestación de ayuda para morir dignamente mediante interpósita persona previo mandato constituido especialmente a tal fin, de acuerdo a lo establecido en el artículo 8° de la presente Ley.

3. Que el/la paciente sufra una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, en los términos establecidos por la presente Ley, certificada por el/la médico/a responsable.

ARTÍCULO 6°.- Procedimiento de cuidado debido. Para garantizar el cumplimiento del procedimiento de cuidado debido, antes de llevar a cabo la prestación de ayuda para morir dignamente, el/ médico/a responsable deberá:

*H. Cámara de Diputados de la Nación*

1. Informar fehaciente y detalladamente al/a la paciente sobre su situación médica, esto es, diagnóstico, pronóstico y las diferentes opciones terapéuticas y de medicina paliativa existentes; potenciales beneficios, riesgos y consecuencias en relación con los efectos sobre la expectativa y calidad de vida.
2. Verificar con los medios científicos a su alcance la enfermedad grave e incurable o el padecimiento grave, crónico e imposibilitante que el/la paciente considera indigna, de tal manera que, conjuntamente, tanto el/la paciente como el/la médico/a responsable concluyan que no existe otra alternativa terapéutica posible para aliviar la penosa situación del/de la paciente.
3. Dialogar reiteradamente con el/la paciente, acerca de la solicitud de prestación de ayuda para morir dignamente, sus modalidades, así como de las diferentes opciones terapéuticas existentes. Dichas sesiones deben realizarse dentro de un periodo no inferior a 48 (cuarenta y ocho) horas ni superior a 15 (quince) días, debiendo participar la Consejería como equipo de apoyo. Paralelamente, el/la médico/a responsable debe examinar el progreso en la condición médica del/de la paciente durante este periodo de sesiones.
4. Derivar al/a la paciente con su respectiva historia clínica, para una segunda valoración del diagnóstico, las opciones terapéuticas posibles y el pronóstico emitidos por el/la médico/a responsable, al/a la médico/a consultor/a, quien deberá volver a examinar integralmente al/a la paciente. Los resultados de esta segunda evaluación se denominan "confirmación médica" y debe incluir un informe completo sobre la situación del/de la paciente, de la enfermedad grave e incurable o del padecimiento grave, crónico e imposibilitante que no puede ser aliviada/o o curada/o con los tratamientos que ofrece la ciencia médica actual. Se deberá entregar una copia de este informe al/a la paciente y al/a la médico/a responsable.
5. Derivar al/a la paciente a la Consejería, la cual constituye la tercera valoración dentro del procedimiento de cuidado debido, en la que un equipo de apoyo especializado en psiquiatría y psicología de la institución de salud interviniente, deberá realizar una última confirmación, que el/la paciente ha tenido los elementos necesarios para tomar una decisión libre, voluntaria e informada, respecto de la solicitud de prestación de ayuda para morir dignamente.
6. Una vez cumplido este último trámite, y tras analizar los informes respectivos, el/la médico/a tratante deberá indicarle al/a la paciente acerca de la posibilidad de desistir de su solicitud, a partir de lo cual se deberá esperar un periodo de tiempo de 15 (quince) días corridos antes de practicar al/a la paciente la prestación de ayuda para morir dignamente en caso de confirmar la solicitud.



H. Cámara de Diputados de la Nación

7. Verificar que la solicitud de prestación de ayuda para morir dignamente se haya realizado cumpliendo los requisitos exigidos en el artículo 7° de la presente Ley.

8. Firmar el certificado de registro médico de la prestación de ayuda para morir dignamente y el acta de defunción del/la paciente. El/La médico/a responsable debe señalar en el certificado de defunción que la muerte del/de la paciente se produjo a razón de una prestación de ayuda para morir dignamente.

ARTÍCULO 7°.- Solicitud. Toda solicitud de prestación de ayuda para morir dignamente deberá hacerse por escrito personalmente por el/la paciente siempre que sea posible o, en su defecto, por cualquier otro medio que permita dejar constancia. En los demás casos en que el paciente no pueda expresar su voluntad, se seguirán las disposiciones del artículo 8° de la presente Ley.

La solicitud deberá ser diligenciada y firmada por el/la paciente, siempre que sea posible, y al menos dos testigos que en su presencia atestigüen de buena fe que el/la paciente está actuando voluntariamente, es plenamente capaz y no está siendo conminado por otras personas a firmar la solicitud de la prestación de ayuda para morir dignamente. En el caso de que por su situación no le fuera posible diligenciar y firmar el documento, podrá hacer uso de otros medios que le permitan dejar constancia.

En dicha solicitud el/la paciente deberá expresar, además de su voluntad de morir dignamente a través de la prestación que regula la presente ley, que conoce los cuidados paliativos que la medicina actual ofrece y que renuncia a ellos por no encontrar alivio suficiente a su sufrimiento.

Los testigos no podrán ser:

1. Persona(s) con vínculo de parentesco o conviviente;
2. Persona(s) con interés legítimo en la muerte del/de la paciente, en virtud de contratos u otras obligaciones civiles y comerciales;
3. Los/as profesionales de la salud intervinientes.

El/La paciente podrá revocar la solicitud de prestación para morir dignamente en cualquier tiempo, incluso hasta en el último momento, en cuyo caso tal documento no tendrá validez y será removido de la historia clínica y devuelto al/a la paciente.

ARTÍCULO 8°.- Directiva anticipada. La directiva anticipada consiste en el mandato por el cual el/la paciente designa a una o más personas, con anterioridad, en privado y en estricto orden de preferencia, para que

*H. Cámara de Diputados de la Nación*

informen al/a la médico/a responsable acerca de su voluntad de acceder a la prestación de ayuda para morir dignamente, en caso de que concurran las circunstancias establecidas por esta ley y sea incapaz de manifestar su voluntad o se encuentre inconsciente.

La directiva anticipada puede ser elaborada en cualquier tiempo, debe ser escrita y firmada ante escribano/a público o juzgados de primera instancia en presencia de 2 (dos) testigos, siguiendo las mismas condiciones del artículo 6° de la presente Ley.

La directiva anticipada podrá ser modificada o revocada en cualquier tiempo.

ARTÍCULO 9°.- Denegación. La denegación de la prestación de ayuda para morir dignamente debe justificarse por escrito por el/la médico/a responsable.

Contra dicha denegación el/la paciente solicitante de la prestación puede presentar en el plazo máximo de 15 (quince) días hábiles una petición de revisión ante la Comisión Nacional de Evaluación y Control. El/La médico/a responsable que deniegue la solicitud está obligado/a a informarle de esta posibilidad al/a la paciente.

El/La médico/a responsable que deniegue la solicitud de la prestación de ayuda para morir dignamente, con independencia de que se haya formulado o no una petición de revisión, deberá remitir a la Comisión Nacional de Evaluación y Control, en el plazo de 48 (cuarenta y ocho) horas hábiles contadas a partir de que se le haya notificado la denegación al/a la paciente, el informe médico donde constan los motivos de la denegación.

ARTÍCULO 10°.- Protección de la intimidad y confidencialidad. Los centros de salud que realicen la prestación de ayuda para morir dignamente adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad de las personas solicitantes de la prestación y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal. Asimismo, se deberá contar con sistemas de custodia activa de las historias clínicas de los/as pacientes e implantar en el tratamiento de los datos las medidas de seguridad de nivel alto previstas en la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

ARTÍCULO 11°.- No punibilidad. No será objeto de sanción civil, penal y/o administrativa el/la profesional de la salud que respete estrictamente los requisitos y el procedimiento de cuidado debido para la ejecución de prestaciones de ayuda para morir dignamente que establecen esta Ley y su correspondiente reglamentación.



H. Cámara de Diputados de la Nación

ARTÍCULO 12°.- Objeción de conciencia. El/la profesional de la salud que deba intervenir de manera directa en la prestación de ayuda para morir dignamente tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia. A los fines de su ejercicio, deberá:

- a) Mantener su decisión en todos los ámbitos, público, privado o de la seguridad social, en los que ejerza su profesión.
- b) Derivar de buena fe a el/la paciente para que sea atendido/a por otro/a profesional en forma temporánea y oportuna, sin dilaciones.
- c) Cumplir con el resto de los deberes profesionales y obligaciones jurídicas.

El incumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente artículo dará lugar a sanciones disciplinarias, administrativas, penales y civiles, según corresponda.

ARTÍCULO 13.- Objeción de conciencia. Obligaciones de los establecimientos de salud. Aquellos efectores de salud del subsector privado o de la seguridad social que no cuenten con profesionales para realizar las prestaciones de ayuda para morir dignamente a causa del ejercicio del derecho de objeción de conciencia de conformidad con el artículo anterior, deberán prever y disponer la derivación a un efector que realice efectivamente la prestación y que sea de similares características al que el/la paciente de la prestación solicitó. En todos los casos se deberá garantizar la ejecución de la prestación conforme a las previsiones de la presente ley. Las gestiones y costos asociados a la derivación y el traslado del/de la paciente quedarán a cargo del efector que realice la derivación. Todas las derivaciones contempladas en este artículo deberán facturarse de acuerdo con la cobertura a favor del efector que realice la práctica.

ARTÍCULO 14°.- Registro médico. Todo/a médico/a responsable que, en los términos de la presente ley, haya ejecutado una prestación de ayuda para morir dignamente, estará obligado/a a completar un registro médico que deberá ser enviado dentro de los siguientes 15 (quince) días hábiles al deceso del/de la paciente a la Comisión Nacional de Evaluación y Control. Al registro médico, deberá añadirse la siguiente documentación:

1. El registro de las solicitudes escritas o por cualquier otro medio que haya dejado constancia, hechas al/la médico/a responsable por el/la paciente para el acceso a la prestación de ayuda para morir dignamente;



H. Cámara de Diputados de la Nación

2. Primer informe, elaborado por el/la médico/a responsable que incluya diagnóstico médico y su pronóstico, así como un concepto general sobre la capacidad y la autonomía de la voluntad del/de la paciente para tomar una decisión libre e informada, respecto de la prestación de ayuda para morir dignamente;
3. Segundo informe, elaborado por el/la médico/a consultor/a que incluya la confirmación del diagnóstico médico y su pronóstico, así como una nueva valoración sobre la capacidad y la autonomía de la voluntad del/de la paciente para tomar una decisión libre e informada, respecto de la prestación de ayuda para morir dignamente;
4. Copia del informe emitido por la Consejería especializada al/la médico/a responsable.

ARTÍCULO 15°.- Comisión Nacional. Créase la Comisión Nacional de Evaluación y Control en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación con el propósito de garantizar el cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley, la protección de los derechos de los/as pacientes, así como establecer los mecanismos de evaluación y control posteriores de las prestaciones de ayuda para morir dignamente.

Los/as integrantes de la Comisión Nacional serán designados/as por el Ministerio de Salud en base a sus conocimientos y experiencia en la materia, debiendo respetarse la siguiente composición:

- a) 3 (tres) integrantes deben ser médicos/as, y al menos uno/a de ellos/as debe ser especialista en bioética;
- b) 1 (uno/a) integrante debe ser psicólogo/a;
- c) 1 (uno/a) integrante debe ser psiquiatra;
- d) 2 (dos) integrantes deben ser abogados/as, y al menos uno/a de ellos/as 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.

ARTÍCULO 16.- Funciones. La Comisión Nacional tiene las siguientes funciones:

1. Resolver en el plazo máximo de 15 (quince) días corridos las peticiones de revisión que formulen las personas a las que el/la médico/a responsable haya denegado su solicitud de prestación de ayuda para morir dignamente.
2. Verificar en el plazo máximo de 2 (dos) meses si la prestación de ayuda para morir dignamente se ha realizado de acuerdo con los procedimientos previstos en la ley.



H. Cámara de Diputados de la Nación

3. Crear y administrar un Archivo Nacional para el registro de todos los casos reportados de prestación de ayuda para morir dignamente;
4. Elaborar un informe anual sobre la aplicación de la presente Ley. Dicho informe, será girado al Ministerio de Salud, al Consejo Federal de Salud y a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados y del Senado;
5. Diseñar todos los formularios a que haya lugar para la aplicación de la presente Ley;
6. Recomendar las reformas legislativas y administrativas que sean necesarias para la mejor implementación de la presente Ley;
7. Enviar copias de todos los registros al Ministerio Público Fiscal y a las demás entidades nacionales, provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a que haya lugar, para lo de su competencia.

La Comisión podrá ser asesorada y servirse de la información de instituciones públicas y entidades del Estado relacionadas con sus funciones.

ARTÍCULO 17°.- Autoridad de aplicación. La autoridad de aplicación de la presente ley será establecida por el Poder Ejecutivo nacional.

ARTÍCULO 18°.- Orden público. Las disposiciones de la presente ley son de orden público y de aplicación obligatoria en todo el territorio de la República Argentina.

ARTÍCULO 19°.- De forma. Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

Gabriela Estévez

Mara Brawer

Carla Carrizo

Carolina Gaillard

Mónica Macha

Cecilia Moreau

Florencia Lampreabe



H. Cámara de Diputados de la Nación

Jimena López

VERSION PRELIMINAR
SUSCEPTIBLE DE CORRECCION
UNA VEZ CONFRONTADO
CON EL EXPEDIENTE ORIGINAL

(S-2577/2021)

PROYECTO DE LEY

El Senado y Cámara de Diputados,...

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE LA VIDA

CAPÍTULO I

Disposiciones Generales

Artículo 1°- Objeto. El objeto de esta Ley es reconocer el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas, a solicitar la interrupción voluntaria de su vida y regular el procedimiento que ha de seguirse, establecer los mecanismos que permiten controlar y evaluar los procedimientos y las garantías que han de observarse.

Artículo 2°-Modalidades de interrupción de la vida. La interrupción voluntaria de la vida del paciente puede realizarse en dos modalidades, práctica eutanasica o muerte asistida, y debe efectuarse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte del personal de la salud, con aplicación de los protocolos que a ese efecto determine la reglamentación, los cuales contendrán los criterios respecto a la forma y tiempo de realización de la prestación.

Artículo 3°-Definiciones. A los efectos de lo previsto en esta Ley, se entiende por:

a) Práctica Eutanasica: Administración directa al paciente de una sustancia que provoca la muerte, por parte del profesional de la salud competente, a partir de la petición libre, informada y reiterada del paciente que esté sufriendo intensos dolores, continuados padecimientos o una condición de gran dependencia y disminución de su integridad, que la persona considere indigna a causa de una enfermedad grave e incurable o de un padecimiento grave, crónico e imposibilitante.

b) Muerte Asistida: Prescripción o suministro al paciente por parte del profesional de la salud de una sustancia, de manera que éste se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte a partir de su petición libre, informada y reiterada, cuando esté sufriendo intensos dolores, continuados padecimientos o una condición de gran dependencia y disminución de su integridad, que la persona considere indigna a causa de enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante.

c) Objeción de conciencia sanitaria: Derecho individual de los profesionales de la salud a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones.

d) Consentimiento informado: Es la conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar la interrupción de su vida a través de la práctica eutanasica o muerte asistida. El consentimiento informado del paciente solicitante debe ser expresado por escrito, de conformidad con lo previsto en la ley 26.529 y concordantes y en el artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación. Nadie puede ser sustituido en el ejercicio personal de este derecho.

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

f) Padecimiento grave, crónico e imposibilitante: Situación que hace referencia a una persona afectada por limitaciones que inciden directamente sobre su autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no puede valerse por sí misma, así como sobre su capacidad de expresión y relación, y que lleva asociada un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones persistirán en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico.

g) Médico responsable: Profesional de la medicina a cargo del cuidado del paciente, y a petición expresa del mismo, de la interrupción voluntaria de su vida. Tiene el deber de coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

h) Médico consultor: Profesional de la medicina con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente e independiente al equipo del médico responsable y al paciente solicitante. Es el profesional que es consultado por el médico responsable, en segunda instancia, con el objeto de lograr una confirmación médica del diagnóstico, las opciones terapéuticas y el pronóstico respectivo del

paciente que ha solicitado la interrupción voluntaria de su vida, en virtud de su nivel especializado de conocimiento y experiencia en la materia.

CAPÍTULO II

Decisión y requisitos

Artículo 4°- Decisión. La decisión de solicitar la practica eutanásica o muerte asistida ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento del paciente sobre su proceso médico, después de haber sido informado adecuadamente por el equipo sanitario responsable. En la historia clínica deberá quedar constancia que la información ha sido recibida y comprendida por el paciente.

La única persona que puede practicar el procedimiento eutanásico o asistir a la muerte a un paciente, es un profesional de la medicina, que para los efectos de esta ley es el médico responsable.

Artículo 5°-Requisitos. La práctica del procedimiento eutanásico o muerte asistida deberá realizarse cuando se verifique el cumplimiento de cada uno de los siguientes requisitos:

- a) Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, certificada por el médico responsable.
- b) Tener acceso a información clara y precisa sobre su proceso médico, las alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos.
- c) Prestar consentimiento informado a la práctica que se incorporará a la historia clínica del paciente. Dicha manifestación de voluntad deberá ser efectuada por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Esta declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.
- d) Tener nacionalidad argentina o ser residente por un término no menor a doce meses, ser mayor de edad, y capaz al momento de la solicitud.

En caso de restricción de la capacidad o incapacidad por progresión de la enfermedad, sólo procederá la práctica si el paciente ha suscripto con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital o documentos equivalentes legalmente reconocidos, conforme lo establecido en el artículo 11 de la Ley 26.529, en cuyo

caso la práctica se realizará conforme a lo dispuesto en dicho documento.

e) Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria, por escrito u otro medio, con cumplimiento a las disposiciones del Capítulo III de la presente Ley.

El documento de solicitud deberá estar fechado y firmado por el paciente. En caso de que el paciente solicitante, por su situación personal o condición de salud, no pudiese fechar y firmar el documento, podrá hacer uso de otros medios que le permitan dejar constancia, o bien otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia. Dicha persona ha de mencionar el hecho de que quien demanda la prestación no se encuentra en condiciones de firmar el documento e indicar las razones.

El documento deberá firmarse en presencia de un profesional de la salud que lo rubricará e incorporará a la historia clínica del paciente.

Artículo 6º-Revocabilidad. El paciente podrá solicitar el aplazamiento o revocar la solicitud de interrupción voluntaria de su vida sin formalidad alguna y en cualquier tiempo, incluso hasta último momento, debiéndose incorporar su decisión a la historia clínica.

CAPÍTULO III

Procedimiento de la interrupción voluntaria de la vida

Artículo 7º-Procedimiento. El procedimiento a seguir por el médico responsable ante una solicitud de interrupción voluntaria de la vida, será el siguiente:

a) Recibida la primera solicitud de interrupción de la vida a la que se refiere el artículo 5º, inciso e), el médico responsable verificará el cumplimiento de los requisitos previstos en el artículo 5º.

b) El médico responsable denegará la solicitud cuando no se cumplieren los requisitos mencionados en el artículo 5º. La denegación deberá realizarse siempre por escrito y deberá consignar el motivo del rechazo.

Contra dicha denegación, el solicitante podrá recurrir ante la Comisión de Garantía y Evaluación en el plazo de quince (15) días.

c) Verificado el cumplimiento de los requisitos mencionados en el artículo 5º, el médico responsable iniciará con el paciente solicitante, en un plazo máximo de dos días, un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así

como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que le facilita.

Transcurrido el plazo de quince (15) días, el paciente presentará la segunda solicitud al médico responsable, quien retomará con el mismo el proceso deliberativo en un plazo máximo de dos días. Durante el proceso, el médico responsable atenderá cualquier duda o necesidad de ampliación de información que se le haya planteado al paciente con la información proporcionada en la presentación de la primera solicitud.

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.

d) Finalizado el proceso deliberativo, el médico responsable recabará del paciente su decisión de continuar o desistir de la solicitud de interrupción voluntaria de la vida.

Si el paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico responsable deberá recabar del paciente la firma del documento de consentimiento informado, y cualquiera sea su decisión, de continuar o desistir, el médico responsable pondrá este hecho en conocimiento del equipo asistencial y a los familiares o allegados que el paciente solicitare.

e) El médico responsable deberá someter la solicitud a un médico consultor, quien tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5º, a cuyo efecto redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del paciente. Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas al médico responsable y al paciente solicitante.

En caso de informe desfavorable del médico consultor sobre el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5º, el paciente podrá recurrir a la Comisión de Garantía y Evaluación, en un plazo máximo de quince (15) días.

f) Confirmada la solicitud de interrupción voluntaria de la vida por parte del médico consultor, el médico responsable lo pondrá en inmediato conocimiento del presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación, para que se realice el control previo a la práctica eutanasica o muerte asistida, previsto en el artículo 8º.

Artículo 8º-Verificación previa por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación. Recibida la comunicación de confirmación médica a que se refiere el artículo 7º inc. f), el presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación designará a dos miembros de la misma, un profesional

médico y un abogado con versación en Salud, para que verifiquen si concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar la interrupción voluntaria de la vida.

Para el adecuado ejercicio de sus funciones, los dos miembros citados, tendrán acceso a la documentación que obre en la historia clínica y podrán entrevistarse con el profesional médico y el equipo sanitario, así como con la persona solicitante.

En los casos en que haya acuerdo entre los dos miembros citados, si la decisión es favorable, emitirán un informe que servirá de resolución a los efectos de la realización de la interrupción voluntaria de la vida. Si la decisión es desfavorable a la solicitud planteada, quedará abierta la posibilidad de reclamar en virtud de lo previsto en el inciso a) del artículo 16º.

En los casos en que no haya acuerdo entre los miembros citados, se elevará la verificación al pleno de la Comisión, que decidirá definitivamente.

La resolución definitiva deberá ponerse, a la mayor brevedad posible, en conocimiento del presidente, quien a su vez lo pondrá en conocimiento del médico responsable para proceder a realizar la práctica.

Las resoluciones de la Comisión que informen desfavorablemente la solicitud de interrupción voluntaria de la vida podrán ser recurridas ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

Artículo 9º- Comunicación a la Comisión de Garantía y Evaluación tras la realización de la práctica. Una vez realizada la interrupción voluntaria de la vida, el médico responsable deberá remitir a la Comisión de Garantía y Evaluación, los siguientes dos documentos:

a) El primer documento “documento de partes intervinientes”, firmado y sellado por el médico responsable, deberá recoger los siguientes datos:

- i) Nombre completo y domicilio del paciente solicitante y, en su caso, de la persona autorizada que lo asistiera.
- ii) Nombre completo, dirección y matrícula profesional del médico responsable.
- iii) Nombre completo, dirección y matrícula profesional del médico consultor cuya opinión se ha recabado.

- iv) Si la persona solicitante disponía de un documento de instrucciones previas o documento equivalente y en él se señalaba a un representante, nombre completo del mismo. En caso contrario, nombre completo de la persona que presentó la solicitud en nombre del paciente en situación de capacidad restringida o incapacidad.
- b) El segundo documento “documento del proceso”, deberá recoger los siguientes datos:
- i) Nombre completo del paciente solicitante.
 - ii) Fecha y lugar de la muerte.
 - iii) Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona.
 - iv) Descripción de la patología padecida por la persona solicitante.
 - v) Razones y fundamentos por los cuales se considera que la persona no tenía perspectivas de mejoría.
 - vi) Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa.
 - vii) Si existía documento de instrucciones previas o documento equivalente, una copia del mismo.
 - viii) Procedimiento seguido por el médico responsable y el resto del equipo de profesionales de la salud para realizar la interrupción voluntaria de la vida.
 - ix) Fechas de los informes emitidos por los médicos consultores.

CAPÍTULO IV

Garantías en el acceso a la interrupción voluntaria de la vida.

Artículo 10º -Lugar de realización. La práctica de la interrupción voluntaria de la vida se realizará en establecimientos sanitarios públicos o privados o en el domicilio del paciente, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza. No podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses, ni quienes resulten beneficiados de la práctica.

Artículo 11 -Protección de la intimidad y confidencialidad. Los establecimientos sanitarios que realicen la interrupción voluntaria de la vida adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad de las personas solicitantes de la prestación y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal. Además, deberán contar con sistemas de custodia de las historias clínicas de los pacientes y cumplimentar la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

Artículo 12 -Objeción de conciencia de los profesionales de la salud. Los profesionales de la salud directamente implicados en la práctica podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito. De este mismo derecho gozará el resto del personal al que corresponda prestar funciones durante la práctica.

Los establecimientos sanitarios que no cuenten con profesionales para realizar la práctica a causa del ejercicio del derecho de objeción de conciencia, deberán prever y disponer la derivación a un efector que realice efectivamente la prestación y que sea de similares características al que la persona solicitante de la prestación consultó. En todos los casos se debe garantizar la realización de la práctica conforme a las previsiones de la presente ley. Las gestiones y costos asociados a la derivación y el traslado del paciente quedarán a cargo del efector que realice la derivación. Todas las derivaciones contempladas en este artículo deberán facturarse de acuerdo con la cobertura a favor del efector que realice la práctica.

Artículo 13 -Cobertura y calidad de las prestaciones. El sector público de la salud, las obras sociales enmarcadas en la ley 23.660 y en la ley 23.661, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados creado por la ley 19.032, las entidades y agentes de salud comprendidos en la ley 26.682, de marco regulatorio de medicina prepaga, las entidades que brinden atención dentro de la reglamentación del decreto 1.993/11, las obras sociales de las fuerzas armadas y de seguridad, las obras sociales del Poder Legislativo y Judicial y las comprendidas en la ley 24.741, de obras sociales universitarias, y todos aquellos agentes y organizaciones que brinden servicios médico-asistenciales a las personas afiliadas o beneficiarias, independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar la cobertura integral y gratuita de la interrupción voluntaria de la vida prevista en la presente ley.

CAPÍTULO V

Comisiones de Garantía y Evaluación

Artículo 14 -Creación. Créase una Comisión de Garantía y Evaluación en cada una de las jurisdicciones provinciales del territorio nacional, con el propósito de garantizar el cumplimiento de las disposiciones normativas de la presente ley.

Las Comisiones tendrán la naturaleza de órgano administrativo, serán creadas por los respectivos gobiernos locales, quienes determinarán su régimen jurídico.

Cada Comisión de Garantía y Evaluación deberá disponer de un reglamento de orden interno, que será elaborado por la citada Comisión y autorizado por el órgano jurisdiccional competente.

Los representantes de las Comisiones jurisdiccionales se reunirán periódicamente, bajo la coordinación del Ministerio de Salud de la Nación, para homogenizar criterios en la práctica eutanásica o muerte asistida.

Artículo 15 -Composición. La composición de cada una de las comisiones tendrá carácter multidisciplinar y deberá contar con un mínimo de 7 miembros entre los que deberá incluirse un profesional médico y un abogado con versación en Salud.

Para la selección de sus integrantes, la autoridad de aplicación deberá establecer el nivel de conocimiento, experiencia y reconocimiento en las materias relacionadas con la competencia de la Comisión.

Artículo 16 -Funciones. Las comisiones jurisdiccionales tendrán las siguientes funciones:

a) Durante el proceso:

Resolver en el plazo máximo de quince días los reclamos que formulen las personas a las que el médico responsable haya denegado su solicitud de interrupción voluntaria de la vida, así como dirimir los conflictos de intereses que puedan suscitarse según lo previsto en el artículo 10°.

También resolverá en el plazo de quince días los reclamos en caso de decisión desfavorable a los que se refiere el artículo 8°, sin que puedan participar en la resolución los mismos dos miembros designados inicialmente para verificar el cumplimiento de los requisitos de la solicitud. Asimismo, resolverá en igual plazo sobre las solicitudes pendientes de verificación y elevadas al pleno por existir disparidad de criterios entre los miembros designados que impida la formulación de un informe favorable o desfavorable.

Transcurrido el plazo de quince días sin haberse dictado resolución, dará derecho a los solicitantes a entender como denegada su solicitud de interrupción voluntaria de la vida, quedando abierta la posibilidad de recurrir ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

b) Después de la práctica:

Verificar si la prestación se ha realizado de acuerdo con los procedimientos previstos en la ley. Dicha verificación se realizará con carácter general a partir de los datos recogidos en los documentos remitidos a la Comisión de Garantía y Evaluación. Realizada la verificación, la Comisión podrá decidir por mayoría simple solicitar al médico responsable la información recogida en la historia clínica del paciente que tenga relación con la realización de la prestación, y/o denunciar a las autoridades competentes los hechos o actos constitutivos de faltas o delitos.

c) Elaborar un informe anual sobre la aplicación de la presente ley indicando los factores relevantes para su evaluación y seguimiento. Dicho informe, será presentado ante la autoridad jurisdiccional que determine la autoridad de aplicación de la presente ley.

d) Cualquier otra función que determine la reglamentación de esta ley.

CAPÍTULO VI

Modificaciones Legislativas

Artículo 17 -Modifíquese el Artículo 11 de la Ley 26.529 -Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud- el que quedará redactado de la siguiente manera:

“Artículo 11: Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud.

La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.”

Artículo 18° -Incorpórese como Artículo 83 bis del Código Penal.

“Artículo 83 bis - No es delito la ayuda al suicidio ni la muerte causada como consecuencia de la realización de prácticas eutanásicas o de muerte asistida, que cuente con el consentimiento libre e informado del paciente que esté sufriendo una enfermedad

grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, de conformidad con los requisitos y el procedimiento establecido por la ley que regula la interrupción voluntaria de la vida.”

Artículo 19 -Incorpórese como Artículo 83 ter del Código Penal.

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

CAPÍTULO VII

Disposiciones finales

Artículo 20 -El Poder Ejecutivo determinará la autoridad de Aplicación de la presente ley.

Artículo 21 -La presente Ley se reglamentará dentro del ciento veinte (120) días de su promulgación.

Artículo 22 -La presente ley es de orden público y de aplicación obligatoria en todo territorio de la República Argentina.

Artículo 23-Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Julio C. Cobos.- Pamela F. Verasay

FUNDAMENTOS

Señora Presidente:

El presente proyecto de Ley pretende regular y despenalizar la eutanasia en determinados supuestos, claramente definidos, basado en la posible compatibilidad de derechos y principios fundamentales: el derecho a la vida, a la integridad física y moral, a la dignidad y libertad o autonomía de la voluntad.

Se plantea una regulación que respeta la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en una situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurable, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables.

La decisión de cómo enfrentar la muerte adquiere una importancia decisiva para la persona que padece una enfermedad terminal, que sabe que no puede ser curado, y que en consecuencia, no está optando entre la muerte y años de vida plena, sino entre morir en las condiciones que escoge o morir poco tiempo después en circunstancias dolorosas y que considera indignas.

Consideramos que el derecho fundamental a vivir en forma digna implica el derecho a morir dignamente, pues condenar una persona a prolongar por un tiempo escaso su existencia, cuando no lo desea y padece profundas aflicciones, equivale no solo a un trato cruel e inhumano, sino una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral.

Los avances que la humanidad ha ido logrando en distintas áreas de conocimiento, nos enfrentan a situaciones nuevas que como sociedad debemos evaluar y resolver, y la legislación acompañar preservando y respetando nuestros derechos. Podemos mencionar, entre otras, la prolongación de la esperanza de vida y el retraso en la edad de morir, en algunas circunstancias en condiciones de importante deterioro físico y psíquico; los medios técnicos capaces de sostener la vida durante un tiempo prolongado, sin lograr la curación o mejora significativa de la calidad de vida; la secularización de la vida y conciencia social y de los valores de las personas; el reconocimiento de la autonomía de la persona en el ámbito sanitario.

El debate sobre la eutanasia se ha plantado en nuestro país y en países de nuestro entorno durante las últimas décadas, y se aviva periódicamente a raíz de casos que conmueven a la opinión pública.

La eutanasia se ha incorporado a diferentes ordenamientos jurídicos. En países como Holanda (2002), Bélgica (2002), y con algunas limitaciones en el Estado de Oregón en los Estados Unidos (1997), se permite la práctica de la eutanasia activa y del suicidio asistido. En el caso de Suiza (1941), la eutanasia activa es ilegal, pero se permite la asistencia al suicidio y esta puede ser practicada por cualquier persona. En abril de 2002, el Parlamento Holandés aprobó la ley que permite la Eutanasia y el suicidio asistido en los casos de dolor continuo e insoportable. El paciente tiene que estar lúcido y el médico tratante debe buscar una segunda opinión, solamente él mismo y no la familia, puede administrar la dosis letal. En mayo de 1997, la Corte Constitucional colombiana dictaminó que no es un crimen ayudar o suministrarle los medios para morir a una persona que padezca una enfermedad terminal, si esta da un claro y preciso consentimiento, sin embargo la Eutanasia continúa siendo ilegal. Suecia no tiene leyes específicas en el caso, pero una persona puede ser acusada de asesinato por asistir en una muerte. En Finlandia, la legislación sobre los enfermos incluye un reglamento sobre la eutanasia y distingue

entre eutanasia activa y pasiva. La eutanasia activa no es legal. Por el contrario, la eutanasia pasiva, como la suspensión del tratamiento de un enfermo terminal, está permitida. Japón permite el suicidio voluntario asistido por médicos desde 1962, sin embargo, raramente sucede debido a tabúes culturales. España en marzo de 2021 se unió a la lista de países en los que es legal la eutanasia. Colombia en el 2015 se convirtió en el primer país latinoamericano en practicar eutanasia de manera legal. Chile, con un proyecto con media sanción en Diputados en diciembre de 2020, se convertiría en el segundo país de Latinoamérica y el octavo en el mundo en aprobar el derecho a la muerte asistida bajo ciertos lineamientos médicos de padecimientos de salud.

A nivel internacional, fundamentalmente, podemos distinguir dos modelos de tratamiento normativo de la eutanasia. Por un lado, el modelo de los países que despenalizan las conductas eutanásicas cuando se considera que quien la realiza no tiene una conducta egoísta, y por consiguiente tiene una razón compasiva, dando lugar a espacios jurídicos indeterminados que no ofrecen las garantías necesarias. Por otro, el modelo de los países que han regulado los supuestos en que la eutanasia es una práctica legalmente aceptable, siempre que sean observados concretos requisitos y garantías. Este proyecto de Ley pretende adoptar el segundo modelo de legislación, presentando una regulación sistemática y ordenada a los supuestos en los que la eutanasia no deba ser objeto de reproche penal.

Entendemos que el contexto eutanásico, en el cual se acepta legalmente prestar ayuda para morir a otra persona, debe delimitarse con arreglo a determinadas condiciones que afectan a la situación física de la persona con el consiguiente sufrimiento físico o mental en que se encuentra, a las posibilidades de intervención para aliviar su sufrimiento, y a las convicciones morales de la persona sobre la preservación de su vida en unas condiciones que considere incompatibles con su dignidad personal. Así mismo, han de establecerse garantías para que la decisión de poner fin a la vida se produzca con absoluta libertad, autonomía y conocimiento, protegida por tanto de presiones de toda índole que pudieran provenir de entornos sociales, económicos o familiares desfavorables, o incluso de decisiones apresuradas. Este contexto eutanásico, así delimitado, requiere de una valoración cualificada y externa a las personas solicitante y ejecutora, previa y posterior al acto eutanásico.

Es nuestro propósito introducir la eutanasia al ordenamiento jurídico nacional, entendiendo por tal la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento

incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios.

El presente proyecto de Ley se estructura en siete capítulos que contienen disposiciones y regulan los requisitos, procedimiento de la interrupción voluntaria de la vida, garantías en el acceso a la interrupción voluntaria de la vida y modificaciones legislativas a la Ley de Derechos del Paciente y al Código Penal.

La eutanasia conecta el derecho a la vida con los derechos a la integridad física y moral de la persona, a la dignidad humana, a la libertad, y a la intimidad. Cuando una persona plenamente capaz y libre se enfrenta a una situación vital que a su juicio vulnera su dignidad, intimidad e integridad, como la que define el contexto eutanásico descrito, el bien de la vida puede decaer en favor de los demás bienes y derechos con los que debe ser ponderado, toda vez que no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad del titular del derecho a la vida. Por esta razón, el Estado debe proveer un régimen jurídico que establezca las garantías necesarias y de seguridad jurídica.

Si la muerte es el final de la vida, y está integrada desde un punto de vista biológico, el derecho a una vida digna debe conllevar también el derecho a una muerte digna. Desde la perspectiva de la autonomía de la voluntad de cada individuo y del derecho a disponer de nuestras vidas y de nuestra intimidad, introducir la eutanasia en nuestra legislación significaría la adquisición de un nuevo derecho con el cual se posibilita la solicitud de la interrupción voluntaria de la vida ante determinadas condiciones reguladas.

Por los motivos expuestos, solicito a mis pares me acompañen en el tratamiento y aprobación de la presente iniciativa.

Julio C. Cobos.- Pamela F. Verasay