

COLABORACIÓN CON EL SUICIDIO Y OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Juan G. Navarro Floria

Universidad Católica Argentina, Buenos Aires, Argentina

Contacto: navarrofloria@uca.edu.ar

ORCID: 0000-0003-3376-9038

Recibido: 13 de diciembre de 2022

Aprobado: 30 de diciembre de 2022

Para citar este artículo:

Navarro Floria, J. G. (2023). “Colaboración con el suicidio y objeción de conciencia”. *Prudentia Iuris*, N. 95, pp.123-143

DOI: <https://doi.org/10.46553/prudentia.95.2023.pp.123-143>

Resumen: ¿Se puede obligar a alguien a dar muerte a una persona, o a colaborar con el suicidio de otro? No se trata de una cuestión teórica: hay en este momento al menos cinco proyectos de ley en el Congreso que propician la legalización del suicidio asistido y de la eutanasia. En el presente trabajo sólo voy a referirme a las implicancias que presentan para la libertad religiosa tanto individual como colectiva y la libertad de conciencia en particular. Pero para situar el tema es necesario aclarar muy brevemente algunos conceptos.

Palabras clave: Suicidio asistido, Eutanasia, Libertad de conciencia, Libertad religiosa.

Collaboration with suicide and conscientious objection

Abstract: Can someone be forced to kill a person, or to collaborate with the suicide of another? This is not a theoretical issue: there are currently at least five bills in Congress that promote the legalization of assisted suicide and euthanasia. In the present work I am only going to refer to the implications that they present for both individual and collective religious freedom and freedom of conscience in particular. But to situate the topic it is necessary to very briefly clarify some concepts.

Keywords: *Assisted suicide, Euthanasia, Freedom of conscience, Religious freedom.*

Collaborazione al suicidio e all'obiezione di coscienza

Sommario: Qualcuno può essere costretto a uccidere una persona, oa collaborare al suicidio di un'altra? Non si tratta di una questione teorica: attualmente ci sono almeno cinque progetti di legge al Congresso che promuovono la legalizzazione del suicidio assistito e dell'eutanasia. Nel presente lavoro mi limiterò a fare riferimento alle implicazioni che essi presentano per la libertà religiosa, individuale e collettiva, e la libertà di coscienza in particolare. Ma per situare l'argomento è necessario chiarire molto brevemente alcuni concetti.

Parole chiave: Suicidio assistito, Eutanasia, Libertà di coscienza, Libertà religiosa.

1. Introducción

¿Se puede obligar a alguien a dar muerte a una persona, o a colaborar con el suicidio de otro? No se trata de una cuestión teórica: hay en este momento al menos cinco proyectos de ley en el Congreso que propician la legalización del suicidio asistido y de la eutanasia. Uno es de los diputados Alfredo Cornejo, Jimena Latorre y Alejandro Cacace¹, otro es del diputado

1 Expediente 4597-D-2021, Trámite Parlamentario (T.P.) 184 (25/11/2021). Recibió la

Julio Cobos², todos ellos de la UCR; el tercero es de la diputada por Córdoba Gabriela Estévez y otras³, del Frente de Todos; el cuarto es de la diputada Moisés⁴, del Frente de Todos; y el quinto y último al momento de escribir estas líneas es de autoría de la diputada Brawer y otros⁵, que dejando de lado los eufemismos utilizados por los anteriores habla directamente de “muerte voluntaria médicamente asistida”, “eutanasia” y “suicidio asistido”.

Aunque la cuestión no es nueva⁶, esos proyectos obligan ahora a volver sobre ella.

No voy a analizar aquí el contenido de fondo de esos proyectos⁷: sólo voy a referirme a las implicancias que presentan para la libertad religiosa tanto individual como colectiva y la libertad de conciencia en particular. Pero para situar el tema es necesario aclarar muy brevemente algunos conceptos.

Con títulos edulcorados (“interrupción voluntaria de la vida”, “ley de buena muerte”, “ayuda para morir dignamente”) se quiere legislar sobre dos situaciones con puntos en común, pero diferentes: el suicidio asistido, y la eliminación de enfermos terminales o crónicos. Eso se intenta gracias a la proclamación de un derecho subjetivo a poner fin a la propia vida, y del derecho a poner fin a la vida de otras personas por razones de “piedad”.

La pretensión de legalizar estas situaciones (o de “descubrir” y garantizar esos “derechos”) era previsible a partir de la aprobación de la ley de promoción del aborto⁸. Esa ley, que no fue la mera despenalización del abor-

adhesión de los diputados Facundo Suárez Lastra, Juan Martín, Ximena García, Fabio Quetglas, Albor Cantard, Gabriela Lena, Brenda Agustín, Gonzalo del Cerro, Claudia Najul, Luis Petri, Jorge Vara, Karina Banfi y Julieta Marcolli.

2 Expte. 3956-D-2022, T.P. 113/2022.

3 Expte. 4734-D-2021, Trámite Parlamentario 191 (6/12/2021). Son firmantes las diputadas Gabriela Estévez, Mara Brawer, Carla Carrizo, Carolina Gaillard, Mónica Macha, Cecilia Moreau, Florencia Lampreabe y Jimena López. Han llamado a su proyecto “ley Alfonso”.

4 Expte. 4092-D-2022, T.P. 116/2022. Este proyecto reformula uno de la misma autora (expte. 3930-D-2022) con una modificación relevante para lo que es objeto de este trabajo, ya que elimina la proyectada sanción penal a los médicos que dificulten la eutanasia.

5 Expte. 4855-D-2022 – T.P. 139/2022.

6 Ver, entre muchos: Massini Correas, C. I. y Zambrano, P. Vida humana, autonomía y el final de la existencia: ¿existe un derecho a disponer de la propia vida?. Borda, G. A. (Director). *La persona humana*, p. 105.

7 Ver al respecto Lafferrière, N. Análisis de los proyectos de legalización de la eutanasia y el suicidio asistido en Argentina. https://centrodebioetica.org/analisis-de-los-proyectos-de-legalizacion-de-la-eutanasia-y-el-suicidio-asistido-en-argentina/#_ftn3; y del mismo autor, Quinto proyecto de ley de eutanasia en Argentina. *ED* tº 229, cita digital ED-MMMDCCLXXX-VI-633.

8 Ley N° 27.610 (BO 15/1/2021).

to sino mucho más que eso, quebró un principio del derecho argentino que sostenía el derecho inalienable a la vida de toda persona humana.

Sin entrar ahora en la discusión acerca de esa ley, sobre lo que tanto se ha escrito, hay dos datos muy claros y que nadie debería poder discutir sin mala fe. El primero es que, desde la biología, la embriología y la medicina lo que se gesta en el seno materno durante el embarazo es indudablemente un ser humano. No hace siquiera falta recurrir a la ciencia para afirmarlo, basta con la experiencia de cualquier mujer que haya estado embarazada: ella sabe que lo que lleva en su vientre es un ser humano, y no otra cosa. El segundo dato que no debería necesitar discusión es que jurídicamente ese ser humano es una persona, sencillamente porque todo ser humano es persona. Sin duda alguna, el Pacto de San José de Costa Rica, que tiene jerarquía constitucional en la Argentina (art. 75, inc. 22, CN), afirma que “persona es todo ser humano” (art. 1º). Lo mismo dice el Código Civil y Comercial, de 2014: “La existencia de la persona humana comienza con la concepción” (art. 19)⁹.

Por lo tanto, la ley de promoción del aborto lo que dice con toda claridad, y más allá de cualquier valoración que se haga de eso, es que hay personas que no tienen derecho a la vida, porque hay otras personas (las “personas gestantes”) que tienen derecho a poner fin a la vida de aquellas. Se podrán dar razones para intentar justificar semejante cosa, y de hecho el legislador ha encontrado plausible legislar en ese sentido, pero lo que no se puede negar es lo que la ley dice y significa.

Esa decisión del legislador nos situó previsiblemente en el inicio de una pendiente resbaladiza que lleva necesariamente a preguntarse por qué no puede aplicarse esa misma idea a personas ya nacidas. La ley de promoción del aborto autoriza a eliminar a una persona hasta el momento mismo anterior al nacimiento. ¿Por qué no poder hacerlo después, si no hay ninguna diferencia esencial entre el niño a punto de nacer y el recién nacido?

La filosofía que inspira la promoción del aborto y la promoción de la eutanasia y el suicidio es la misma: el individualismo extremo, y el utilitarismo. La persona no vale por lo que es, por una dignidad intrínseca que le es propia, sino por su utilidad o aptitud para hacer ciertas cosas. A la inversa, cuando la vida del otro es un obstáculo o una carga a mi propia realización personal, se convierte en algo prescindible y digno de ser eliminado.

9 Como se sabe, el texto sancionado se apartó del Proyecto de Código, que establecía una distinción según que la concepción hubiera tenido lugar en el seno materno o en laboratorio, poniendo en duda la condición de persona de los embriones no implantados. Pero en todo caso, esa discusión es irrelevante en orden al aborto, porque es indudable que para que éste se produzca debe haber una persona en gestación en el seno materno, a cuya vida se procura poner término.

Digamos, por fin, que en estas materias existe un indudable factor de imitación. Por alguna razón difícil de explicar, en la Argentina, en las últimas décadas tendemos a copiar particularmente los “avances” de la legislación española, y esta no es la excepción.

En España, el 24 de marzo de 2021 se aprobó la Ley Orgánica N° 3/2021 de regulación de la eutanasia, que plantea los mismos problemas que los actuales proyectos argentinos¹⁰. Ni siquiera somos originales.

Conviene saber que son muy pocos los países que han legalizado con mayor o menor alcance la eutanasia y la asistencia al suicidio¹¹. En Europa son Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Suiza y ahora España. En América, Colombia (por decisiones de la Corte Constitucional), algunos estados de los Estados Unidos y Canadá. En Oceanía, Nueva Zelanda y algunos territorios de Australia.

En relación al tema que aquí nos ocupa, en general en esos casos, o bien se admite la objeción de conciencia, o bien eso no resulta necesario porque si bien se despenaliza o legitima la práctica, no se impone como obligación al personal sanitario la participación en ella.

Pero lo que se ha advertido en esos casos es que lo que al comienzo se planteó como algo excepcional y para supuestos singularmente dramáticos de personas con enfermedades terminales y sufrimientos intolerables, con el tiempo se ha ido ampliando y haciendo aplicable a muchos más casos, incluso de niños, o de personas sanas pero que simplemente pierden el deseo de vivir¹².

2. El suicidio en la ley argentina vigente

Hasta ahora el suicidio es ilícito en la Argentina. Naturalmente no se castiga al suicidio en sí mismo, y tampoco a su tentativa, pero sí es un delito penal tanto la instigación al suicidio como la cooperación con su realización (art. 83 del Código Penal¹³)¹⁴.

10 En relación a esa ley y sobre el tema concreto de este artículo, acaba de publicarse un excelente libro: Navarro-Valls, R., Martínez-Torrón, J. y Valero Estarellas, M. J. (2002). Eutanasia y objeción de conciencia. Palabra.

11 Ver al respecto el número monográfico de octubre de 2021 de la *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado* sobre “objeción de conciencia y vida humana”.

12 Ver, por ejemplo, el caso de Bélgica, veinte años después de la legalización de la eutanasia: <https://adfinternational.org/20-years-euthanasia/> (consultado 28/7/2022).

13 “Será reprimido con prisión de uno a cuatro años, el que instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si el suicidio se hubiese tentado o consumado”.

14 Me he ocupado sucintamente del tema en mi libro (2016). *Los derechos personalísimos*. El Derecho, capítulo 4.

Es que hay un derecho de vivir, pero también un deber de cuidar la propia vida¹⁵, que no solamente es un bien para uno mismo, sino también para los demás. Es lo que trasunta, por ejemplo, el artículo 54 del Código Civil y Comercial, cuando declara inexigible el cumplimiento de un contrato que ponga en riesgo la vida de quien lo suscribió.

Por eso, no sólo la cooperación al suicidio es sancionable, sino que también merece reproche la omisión de actuar para impedirlo. Así se explica el artículo 1779 del Código Civil y Comercial, que considera un impedimento de la reparación del daño “en los delitos contra la vida, haber sido coautor o cómplice, o no haber impedido el hecho pudiendo hacerlo”.

También subyace la idea de esa ilicitud, y de la indisponibilidad de la propia vida, en la Ley N° 27.130 (Ley Nacional de Prevención del Suicidio)¹⁶, que declara “de interés nacional en todo el territorio de la República Argentina, la atención biopsicosocial, la investigación científica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección y atención de las personas en riesgo de suicidio y la asistencia a las familias de víctimas del suicidio” (art. 1°).

El suicidio es tratado allí como una patología, y, por lo tanto, “toda persona que realizó un intento de suicidio tiene derecho a ser atendida en el marco de las políticas de salud y la legislación vigente” (art. 8°).

Los proyectos que nos ocupan cambian radicalmente esa política legislativa, aceptando la muerte “voluntaria” incluso de niños y personas con capacidad restringida, por propia decisión. Como ocurrió con el aborto, los proyectos legislativos descubren un derecho subjetivo no solo a poner fin a la propia vida, sino también a exigir al Estado y al resto de la sociedad su colaboración en la ejecución de tal decisión. De tal manera e igual que ocurrió con el aborto, lo que es un delito (ayudar al suicidio) quiere ser convertido en una obligación. Y allí es donde nace o se hace patente el derecho a la objeción de conciencia.

3. La eutanasia en la legislación vigente

Hasta ahora la eutanasia también es ilícita, porque más allá de su motivación es vista como una forma de homicidio.

Recordemos brevemente algunos conceptos básicos.

15 La Constitución de la República Oriental del Uruguay lo expresa así en relación a la salud (art. 44): “Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad”.

16 *BO* 8/4/2015.

En torno al fin de la vida humana, se distinguen varias situaciones posibles: eutanasia, distanasia, ortotanasia¹⁷.

La palabra eutanasia proviene del griego *thanatos*, muerte; y *eu*, dulce o buena. Significaría etimológicamente “muerte dulce” o “buena muerte”. Pero en verdad consiste en la pretensa legitimidad de poner fin a la vida ajena o acelerar su terminación, generalmente alegando motivos altruistas o piadosos (evitar el sufrimiento).

Por otra parte, la negación de la inevitable finitud de la existencia humana puede llevar a procurar su prolongación artificial, que eventualmente conlleva un sufrimiento físico o moral para la persona, que resulta igualmente inadmisibles. Esa prolongación irrazonable (distanasia) puede producirse mediante lo que se denomina encarnizamiento terapéutico, es decir, el empeñamiento en sostener la prolongación de la vida por medios artificiales o extraordinarios. Esa decisión es ética y jurídicamente inaceptable y merece el mismo rechazo que la acción contraria, a saber, la utilización de medios técnicos para acelerar la muerte o poner fin a la vida¹⁸.

La distinción entre medios ordinarios y extraordinarios (o proporcionados y desproporcionados), para el sostén de la vida, depende de las circunstancias de tiempo y lugar. Lo que era desproporcionado y extraordinario hace algunas décadas puede ser hoy ordinario y, por tanto, exigible. Por otra parte, no es lo mismo lo que cabe exigir en un hospital de campaña en medio de un desastre, que en un sanatorio de alta complejidad en una gran ciudad. También debe atenderse a criterios de disponibilidad (por ejemplo, cantidad de medios disponibles en relación a la cantidad de pacientes que los demandan), costo, etcétera.

La “proporcionalidad” del medio a emplear se vincula con el resultado terapéutico esperado (es decir, si cabe esperar una curación, una mejoría duradera o una simple prolongación de la agonía).

Si el suicidio consiste, en teoría, en la decisión de la propia persona de poner fin a su vida, la eutanasia supone un paso más, que es admitir la legitimidad de la decisión de otra persona (familiares, médicos, acaso el Estado) sobre la muerte ajena. Quienes la propician, en principio, requieren que exista una voluntad libre y plena de quien demanda la eutanasia, pero inmediatamente se plantea el problema de las personas que no están en

17 Ver, en general, sobre el tema, Bergoglio de Brouwer de Koning, M. T. y Bertoldi de Fourcade, M. V. La eutanasia, distanasia y ortotanasia. Nuevos enfoques de una antigua cuestión. *ED* 117-780, y sus múltiples citas. También, Lafferrière, J. N. (2014). La eutanasia y la justicia en el final de la vida. Rivera (h), Elías, Grosman y Legarre (Directores). *Tratado de los Derechos Constitucionales*. (T. I). Abeledo Perrot, 830.

18 Ver, entre otros, Andorno, R. El debate ético jurídico en torno al ensañamiento terapéutico y la eutanasia. *ED* 171-976.

condiciones de prestar ese consentimiento por carecer de la conciencia o del discernimiento necesarios. Esto sin considerar la posibilidad de un juicio o discernimiento alterado por el sufrimiento o el dolor, que por lo tanto no sea plenamente libre.

La eutanasia puede ser activa (suministro de sustancias o acciones mecánicas que provoquen la muerte) o pasiva (esto es, por la simple omisión de brindar los cuidados necesarios para mantener la vida). En cualquier caso, la eutanasia consiste en dar muerte de modo intencional a una persona humana, así sea invocando móviles de piedad; que, hasta ahora, no están previstos en la Argentina como atenuantes del delito penal de homicidio. También en derecho civil la eutanasia es una conducta ilícita por atentar contra el derecho personalísimo a la vida, y por tanto genera la correspondiente responsabilidad civil de quien la realice.

Esa responsabilidad será mayor en el caso de los médicos o profesionales del arte de curar, vinculados por el antiguo “juramento hipocrático” que, entre otras cosas, señala que el médico no debe suministrar ninguna droga mortal¹⁹.

Lo deseable es que cada persona pueda “morir a su tiempo” (ortotanasia), recibiendo los cuidados paliativos adecuados para evitar el dolor o sufrimiento que sea evitable, y en condiciones dignas, en compañía de sus afectos, y con los auxilios materiales y espirituales que sean necesarios²⁰. Recordando también que el acto de morir pertenece a lo más íntimo y privado de las personas, por lo que se vincula al derecho a la intimidad o privacidad.

La Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente, cuando legisla sobre directivas anticipadas para el cuidado de la salud (art. 11), expresamente prohíbe las que impliquen la eutanasia, y lo mismo hace el Código Civil y Comercial (art. 60: “Las directivas que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas se tienen por no escritas”).

19 El “Código de Ética de la Confederación Médica Argentina” expresamente establece, en su artículo 117, que “en ningún caso el médico está autorizado para abreviar la vida del enfermo, sino para aliviar su enfermedad mediante los recursos terapéuticos del caso” [ver en Garay, O. (1999). *Código de Derecho Médico*. Ad-Hoc, 1044].

20 El derecho a los cuidados paliativos está previsto en el artículo 59, inciso h), del CCC. La Resolución N° 357/2016 (BO 30/3/2016), del Ministerio de Salud de la Nación, aprueba las Directrices de Organización y Funcionamiento en Cuidados Paliativos. Se trata de los cuidados y sedaciones necesarias para evitar al enfermo terminal el dolor o sufrimiento o reducirlo tanto como sea posible. La reciente Ley N° 27.678 (BO 21/7/2022) “tiene por objeto asegurar el acceso de los pacientes a las prestaciones integrales sobre cuidados paliativos en sus distintas modalidades, en el ámbito público, privado y de la seguridad social y el acompañamiento a sus familias”.

La prohibición legal de la eutanasia ha sido recordada por la Corte a la hora de interpretar el artículo 11 de la Ley de Derechos del Paciente. Dijo el Tribunal: “No fue intención del legislador autorizar las prácticas eutanásicas, expresamente vedadas en el artículo 11 del precepto, sino admitir en el marco de ciertas situaciones específicas la ‘abstención’ terapéutica ante la solicitud del paciente (cfr. *Fallos*: 335:799, considerando 16)”²¹.

4. Enfermos incurables en situación terminal

La cuestión de los enfermos terminales está prevista en nuestro derecho civil por la modificación que la Ley N° 26.742 hizo en el año 2012 a la Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente, estableciendo que “el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable. En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente”.

La misma ley introdujo una modificación en la norma referida al consentimiento informado que deben brindar los pacientes, que se ha reproducido en el artículo 59, inc. g, del CCC, que menciona: “[...] 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, el derecho a rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación a las perspectivas de mejoría, o produzcan sufrimiento desmesurado, o tengan por único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable”²².

21 CSJ 376/2013 (49-D)/CS, “Diez, M. A. s/ declaración de incapacidad”, resuelta el 7 de julio de 2015 (*ED* 264-153).

22 Ese mismo artículo del CCC, en su inciso h), prevé, en relación a estos pacientes, “el derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento”.

No es lo mismo una enfermedad irreversible o incurable, que puede sin embargo prolongarse por mucho tiempo, que una enfermedad “en estado terminal”, que significa que la muerte resulta más o menos inminente de acuerdo con su curso propio. A esta última situación se asimilan las lesiones (por ejemplo, fruto de algún accidente) que, sin ser consecuencia de una enfermedad, anuncian el mismo desenlace.

En uno y otro caso, es el propio paciente quien tiene el derecho personalísimo de aceptar o rechazar los tratamientos o procedimientos médicos (quirúrgicos o no) que los médicos aconsejen. Este derecho de autodeterminación había sido ya firmemente reconocido por la Corte Suprema, con carácter general y no sólo para enfermos terminales, por ejemplo, en relación a las transfusiones de sangre²³. En el caso “Bahamondez” la Corte expresamente dijo que la negativa a recibir determinado tratamiento por razones de conciencia no es equiparable al suicidio.

Sin perjuicio de esto, la ley reconoce el derecho a rechazar los medios que sean “extraordinarios o desproporcionados en relación a las perspectivas de mejoría, o produzcan sufrimiento desmesurado, o tengan por único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable”. Lo que parece indicar que no son rechazables los medios proporcionados y ordinarios, o que no produzcan sufrimiento, al menos sin un motivo.

El principal cuestionamiento que han merecido estas normas es la inclusión entre los medios sujetos a rechazo (no sólo por parte del propio paciente, sino eventualmente por otros en su nombre) de la hidratación y la alimentación. Dar de beber y alimentar, se sostiene, no es en ningún caso un medio desproporcionado o extraordinario, sino al contrario, serían cuidados mínimos, ordinarios y siempre debidos. Por lo tanto, la privación de esos cuidados (a quien no esté en condiciones de alimentarse o beber sin ayuda, por ejemplo) implica simple y llanamente matar de hambre y de sed. En el caso “Diez”, la Corte desestimó este razonamiento diciendo que “la hidratación y la alimentación han sido reconocidos como tratamientos médicos, aun en ausencia de previsiones normativas expresas”.

El recién mencionado caso “Diez” trataba de un hombre que llevaba varios años de vida vegetativa, con un estado de “conciencia mínima”, que no requería asistencia respiratoria pero necesitaba ser hidratado y alimentado mediante una sonda. Su familia pidió el cese de esa hidratación y alimentación, lo que obviamente llevaría a su muerte. Sus cuidadores se negaban a hacerlo, e incluso la Iglesia Católica se ofreció a solventar los gastos de cuidado, aliviando así a la familia. La Corte, sin embargo, dispuso el cese de la hidratación y alimentación, dando por cierta una supuesta manifestación

23 CS, “Bahamondez”, *Fallos*: 316:479, *LL* 1993-D-130.

de voluntad anticipada, verbal, del paciente en ese sentido. La sentencia no llegó a ejecutarse porque Marcelo Diez, ese era el nombre del paciente, falleció el mismo día de su dictado por causas naturales.

Hay una afirmación importante de la Corte, que no parece muy coherente con su decisión final. Dijo el Tribunal que lo allí resuelto “de ninguna manera avala o permite establecer una discriminación entre vidas dignas e indignas de ser vividas ni tampoco admite que, con base en la severidad o profundidad de una patología física o mental, se restrinja el derecho a la vida o se consienta idea alguna que implique cercenar el derecho a acceder a las prestaciones médicas o sociales destinadas a garantizar su calidad de vida (*Fallos*: 327:2127; 335:76, 452) [...] no se trata de valorar si la vida de M. A. D., tal como hoy transcurre, merece ser vivida pues ese es un juicio que, de acuerdo con el sistema de valores y principios consagrado en nuestra Constitución Nacional, a ningún poder del Estado, institución o particular corresponde realizar”.

En esa misma sentencia la Corte expresamente dijo que debía atenderse al derecho a la objeción de conciencia de médicos y personal de salud, frente a la participación en la práctica en cuestión, en términos similares a lo que había dicho en el caso “F.A.L.” que, como sabemos, amplió notoriamente en su momento las causales de “aborto no punible” o “interrupción legal del embarazo”.

Esto nos lleva al tema de la objeción de conciencia, objeto de este trabajo²⁴.

5. La libertad religiosa y de conciencia

La libertad religiosa y de conciencia es uno de los derechos humanos fundamentales, para muchos el primero de todos, por varias razones. Es mucho más que la “libertad de culto” que ya en el siglo XIX garantizó nuestra Constitución. Hoy la garantizan con jerarquía constitucional varios de los tratados internacionales de derechos humanos que integran nuestro bloque de constitucionalidad, como el Pacto de San José de Costa Rica (art. 12) y la Convención Internacional de Derechos Civiles y Políticos (art. 18), entre otros.

La libertad religiosa tiene una dimensión interna, que es el derecho de tener, no tener, cambiar y profesar unas determinadas convicciones religio-

²⁴ Dejamos así de lado en esta oportunidad otras cuestiones, entre ellas, una de la mayor importancia, que es la situación en que la persona no está en condiciones de expresar su propia decisión y la posibilidad de que otros lo hagan en su nombre, cuestión presente en el art. 59 CCC.

sas. Ese derecho es absoluto y no admite limitaciones ni coerción alguna. Y tiene una dimensión externa, que es la libertad de practicar la propia religión y vivir de acuerdo a ella, con una serie de manifestaciones como es el culto en sentido estricto, la enseñanza, la organización de la propia vida, entre otras.

La dimensión externa de la libertad religiosa sí admite ciertas restricciones o limitaciones, pero muy excepcionales. Por lo pronto, solo pueden ser impuestas por ley formal del Congreso, y de ninguna otra forma. Y en lo sustancial, las restricciones solo son admisibles por estrictas razones de orden, salud, moral o seguridad públicas, únicamente en la medida en que sean indispensables para alcanzar esos objetivos en una sociedad democrática, y siempre con la menor extensión posible. Por lo tanto, la regla deberá ser siempre el respeto de la libertad religiosa y de sus manifestaciones externas, mientras que sus posibles restricciones serán siempre de interpretación estricta.

A su vez, la libertad religiosa tiene otra doble dimensión, expresamente garantizada por los tratados internacionales que ya mencionamos: una individual, y otra colectiva. La libertad de las personas individuales, y la de las comunidades religiosas o de fe. La Corte Interamericana de Derechos Humanos acaba de hacer en 2022 en su sentencia en el caso “Pavez”²⁵ un importante reconocimiento a la dimensión colectiva de la libertad religiosa.

Una de las más notables formas concretas y prácticas de ejercicio de la libertad de conciencia en su faz individual es el derecho a la objeción de conciencia: el derecho de toda persona a negarse a cumplir una norma o mandato que pretenda obligarla a obrar en contra de su conciencia (sea que el mandato de conciencia tenga un fundamento religioso, o meramente ético).

Los tratados internacionales de derechos humanos no mencionan expresamente el derecho a la objeción de conciencia salvo de manera incidental (en relación al servicio militar), pero sus órganos de interpretación han dicho claramente que ese derecho está contenido en la libertad de conciencia que sí se reconoce expresamente.

También la Corte Suprema, en varios e importantes fallos, ha hablado expresamente del “derecho a la objeción de conciencia” como un verdadero derecho subjetivo. Según la Corte, “la libertad religiosa incluye la posibilidad de ejercer la llamada objeción de conciencia, entendida como el derecho a no cumplir una norma u orden de la autoridad que violente las convicciones íntimas de una persona, siempre que dicho incumplimiento no

25 CIDH, 4/2/2022, caso “Pavez Pavez vs. Chile (Fondo, reparaciones y costas)”, https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_449_esp.pdf (consultado 27/7/2022).

afecte significativamente los derechos de terceros ni otros aspectos del bien común” (caso “Bahamondez”).

El respeto de ese derecho es una exigencia de una sociedad democrática. Como dice la Corte en “Portillo”: “Es nuestra propia Constitución la que reconoce los límites del Estado frente a la autonomía individual. El artículo 19 establece la esfera en la que el Estado no puede intervenir. La combinación de este artículo con los vinculados a la libertad de cultos y a la libertad de conciencia no permite dudar respecto del cuidado que los constituyentes pusieron en respetar la diversidad de pensamientos y no obligar a los ciudadanos a una uniformidad que no se condice con la filosofía liberal que orienta a nuestra norma fundamental”.

Esto es muy importante porque quiere decir que existe una obligación del Estado de respetar el ejercicio de ese derecho, y esa obligación no depende de que haya un reconocimiento expreso en la ley para cada situación concreta, sino que se deriva del mismo bloque de constitucionalidad. Ciertamente, hay muchas leyes tanto nacionales como provinciales que han reconocido el derecho a la objeción de conciencia en distintas situaciones (muchas de ellas, vinculadas al ejercicio de la profesión médica y otras referidas al cuidado de la salud)²⁶. Justamente, la existencia de esas múltiples normas permite inducir la existencia del derecho a la objeción de conciencia con carácter general. Pero aún a falta de reconocimiento del derecho para una situación determinada, él de todas maneras existe y es exigible, y no puede ser limitado arbitrariamente.

6. La objeción institucional

Junto al derecho individual a la objeción de conciencia existe el llamado derecho a la “objeción de conciencia institucional”, u objeción de ideario.

Este derecho se deriva, por una parte, del derecho a la libertad religiosa en su faz colectiva que antes mencionamos. Las iglesias y confesiones religiosas tienen derecho no solamente a realizar actos de culto o religiosos en sentido estricto, sino también a crear instituciones destinadas a la enseñanza, o a la atención de las necesidades de sus miembros o de la población en general. Entre ellas, instituciones sanitarias. Desde tiempo inmemorial la Iglesia Católica, lo mismo que otras confesiones religiosas, desarrollan una

²⁶ Ver, entre otras, Ley N° 24.429 (art. 20), Ley N° 24.317 (art. 9.b), Ley N° 24.301 (art. 10.b), Ley N° 25.673 y Decreto N° 1.282/2003, Ley N° 26.130 (art. 6°), Ley N° 26.150 (art. 6°); y gran cantidad de leyes provinciales.

actividad asistencial y caritativa como una exigencia de su propia doctrina. En esas instituciones, las comunidades religiosas tienen derecho a que se respete su ideario religioso y moral.

Pero en el ámbito sanitario, además, es un dato de la realidad que la atención de la salud no la realizan principalmente personas individuales aisladas, sino que es indispensable unir esfuerzos en la creación de instituciones que tengan los medios necesarios, de una complejidad y costo imposible de afrontar por un profesional por su propia cuenta. Ahora bien: es inadmisibles pensar que porque los profesionales de la salud tengan la necesidad de trabajar en conjunto, esa necesidad anule su libertad de conciencia y los prive de obrar conforme a ella.

Cuando una institución médica (lo mismo podemos decir en el ámbito de la enseñanza) posee un ideario definido, tiene derecho a exigir a quienes trabajan en ella que adecuen su conducta a ese ideario, y a reclamar que no se le imponga a la institución la realización de prácticas que sean contrarias a aquel ideario. Y los profesionales que allí trabajan tienen un deber de lealtad a ese ideario institucional.

7. Los proyectos de ley de suicidio asistido

¿Qué dicen los proyectos de ley de suicidio asistido y eutanasia en relación a la libertad de conciencia? Todos están hechos sobre el molde de la ley de promoción del aborto. Es notable que ninguno, en sus fundamentos, mencione siquiera el derecho a la objeción de conciencia, ni las implicancias éticas y religiosas del tema.

7.1. Restricción a la libertad de expresión

Por lo pronto, copiando a la Ley N° 27.610, algunas de las leyes proyectadas prohíben al personal sanitario emitir “juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o axiológicas” en su diálogo con los pacientes²⁷. En otros proyectos, se dice: “Las personas que invoquen la objeción de conciencia se abstendrán de emitir algún juicio valorativo de carácter religioso, ideológico o personal que pueda discriminar o vulnerar la dignidad humana de las personas beneficiarias de los servicios de salud. Asimismo, se abstendrán de intentar persuadir a los/as beneficiarios/as con cualquier doc-

²⁷ Proyecto Cornejo, art. 9.d.

trina religiosa, ideológica o estrictamente personal con el fin de evitar que se realice un procedimiento que pudiera ser contrario a las convicciones del personal de salud”²⁸.

Esta es una inaceptable restricción a la libertad de expresión, además de lesionar la libertad religiosa y de conciencia. ¿Por qué tanto miedo a permitir que se presente a las personas una perspectiva religiosa de la vida y de la muerte?

Como dijo la Corte en “Portillo”, “se es igual por merecer el mismo respeto y consideración cualesquiera fuesen las ideas religiosas que se sostengan, y aun cuando ninguna se sostenga. Según esta concepción, en un sistema democrático como el nuestro, se impone al Estado una actitud imparcial frente a los gobernados, aun cuando éstos profesen cultos que la mayoría rechace [...] La libertad civil asentada por la Constitución se extiende a todos los seres humanos por su simple condición de tales, y no por la pertenencia a determinados grupos o por su profesión de fe respecto de ideales que puedan considerarse mayoritarios”. En cambio, la ley de promoción del aborto impone una manera única de pensar y prohíbe la expresión de otras convicciones, y lo mismo se pretende en relación al suicidio asistido.

7.2. Se obliga a cooperar con el suicidio

En segundo lugar, como regla, se obliga al personal sanitario a prestar ayuda a la muerte del paciente que lo requiera. Esto significa que lo que hasta ahora es un delito (matar, o cooperar con la muerte autoinfligida) se quiere convertir en una obligación.

¿Cuál es la necesidad?

Porque aun suponiendo que hubiera un verdadero interés público en facilitar que las personas pongan fin a su propia vida (cosa que desde luego no comparto, pero planteo como hipótesis), ¿habría también un interés análogo en forzar a que quien no lo quiera coopere con esas muertes supuestamente voluntarias?

Esta obligatoriedad de cooperar con el suicidio es particularmente grave porque claramente no se trata de un “acto médico”, sino en todo caso lo contrario a él.

²⁸ Proyecto Brawer, art. 22.

7.3. Limitaciones a quienes pueden invocar la objeción de conciencia. Registro de objetores

Los proyectos de ley (nuevamente, siguiendo e incluso copiando el modelo de la Ley N° 27.610) prevén la objeción de conciencia individual pero de modo absolutamente mezquino y restringido.

Sólo se prevé la objeción respecto de intervención “directa”²⁹, lo que pareciera excluir la objeción a la colaboración indirecta con el suicidio y la eutanasia. Solamente el “Proyecto Cobos” extiende el derecho de objeción al “resto del personal al que corresponda prestar funciones durante la práctica”³⁰. Pero en los demás casos, la literalidad de la norma deja a la intemperie al personal auxiliar (enfermeros, camilleros, farmacéuticos, mucamas) y administrativo del lugar donde vaya a proporcionarse el “servicio” de adelantar la muerte de las personas.

Todos los proyectos exigen que el objetor haya manifestado esa condición “anticipadamente y por escrito”³¹. Es conocido y evidente que los registros de objetores se prestan a ser instrumentos de discriminación en perjuicio de quienes allí deban anotarse. Ese registro supone obligar a la revelación de las propias convicciones, lo que abiertamente vulnera la libertad religiosa, y además no respeta el derecho a la reserva de datos sensibles³², como son las convicciones ideológicas y religiosas. Suponiendo que fuera necesario un registro para uso de los pacientes, o de los establecimientos sanitarios, ¿por qué en todo caso no llevar un registro de médicos y profesionales que estén dispuestos a colaborar con el suicidio, en lugar de un registro de objetores? Sería mucho más razonable.

7.4. La obligación de derivar

Los cinco proyectos obligan a los profesionales a derivar al paciente a otro profesional no objetor, “sin dilaciones”³³. Este deber de derivación

29 Proyecto Cornejo, art. 16; Proyecto Estévez, art. 12; Proyecto Brawer, art. 22; Proyecto Moisés, art. 18.

30 Proyecto Cobos, art. 12.

31 Proyecto Cornejo, art. 16; Proyecto Cobos, art. 12; Proyecto Estévez, art. 12, Proyecto Moisés, art. 18.

32 Es una contradicción con lo establecido en la Ley N° 25.326 de protección de datos personales, art. 2°, que prohíbe como regla la confección de bases de datos o registros de datos sensibles.

33 Proyecto Cornejo, art. 16; Proyecto Estévez, art. 12; Proyecto Brawer, art. 22; Proyecto Moisés, art. 18.

constituye una forma de cooperación con la práctica objetada, y por lo tanto violenta la libertad de conciencia del objetor.

La omisión de esta derivación inmediata es amenazada con sanciones “administrativas, penales y civiles, según corresponda”.

7.5. Sanciones (incluso penales) a quien no coopere con el suicidio

Las leyes proyectadas amenazan a los profesionales que se nieguen a cooperar con el suicidio de sus pacientes con “sanciones disciplinarias, administrativas, penales y civiles, según corresponda”³⁴, como vimos. Es que como dijimos, la cooperación con el suicidio se convierte en un deber jurídico para los profesionales, a contramano de siglos de ética médica.

Es más, el Proyecto Cobos, copiando una vez más la Ley N° 27.610, propone incorporar al Código Penal un nuevo delito, castigando con pena de prisión e inhabilitación a “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”. En términos casi idénticos está redactado el Proyecto Brawer.

Los objetores de conciencia sufren además una discriminación por razón de sus convicciones, ya que en alguno de los proyectos se les prohíbe formar parte de las comisiones encargadas de evaluar los casos de pedido de asistencia al suicidio³⁵.

7.6. Restricción a la objeción institucional o de ideario

También la objeción institucional o de ideario está restringida. Por lo pronto no está prevista como una decisión institucional. Solo para los casos de instituciones en las que todos los profesionales sean individualmente objetores (que no es lo mismo que una institución que por norma no se presta a estas prácticas) hay una tímida previsión, pero también a ellas se las obliga a derivar a los pacientes a quien sí acepte realizar la práctica (colaborando de ese modo con ella), a costo de la institución que realiza la derivación³⁶.

³⁴ Proyecto Cornejo, art. 16; Proyecto Estévez, art. 12.

³⁵ Proyecto Brawer, art. 22.

³⁶ Proyecto Cobos, art. 17; Proyecto Cobos, art. 12; Proyecto Estévez, art. 13; Proyecto Brawer, art. 23; Proyecto Moisés, art. 19.

A las obras sociales, empresas de medicina prepaga, y “todos aquellos agentes y organizaciones que presten servicios médico-asistenciales”, cualquiera sea su figura jurídica, se los obliga a incorporar a sus prestaciones la eutanasia, con cobertura total³⁷. Sin excepción alguna ni siquiera para las instituciones confesionales.

El “Proyecto Cobos” y el “Proyecto Estévez” contienen un reconocimiento genérico de la “objección de conciencia sanitaria”, definida como el “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”³⁸; lo que parece excluir la objeción institucional³⁹, tal como se confirma leyendo la totalidad de los proyectos.

8. Algunas conclusiones

Los cinco proyectos analizados, más allá de la valoración que pueda hacerse genéricamente y sobre el tema de fondo, son inconstitucionales en el punto referido al respeto a la libertad religiosa y de conciencia, porque vulneran de manera clara (y, además, innecesaria) esa libertad fundamental.

Esto no quiere decir que una regulación mejor, ampliamente respetuosa del derecho a la objeción de conciencia tanto en su faz individual como colectiva, convierta a los proyectos en inobjetables y dignos de apoyo. La discusión de fondo sobre lo que proponen es otra cosa. Lo que aquí decimos es que por lo menos, como condición mínima, en el caso de que el legislador siga empeñándose en limitar y restringir el derecho a la vida en aras de una irrestricta autonomía individual, debería evitar la imposición obligatoria de la participación en tales prácticas, incluso con amenaza de sanción penal a los objetores.

Los proyectos hacen, ciertamente, una lectura muy sesgada de la autonomía individual: ella sería absoluta para quien elige poner fin a la propia vida, o a la vida de alguien que no está en condiciones de tomar por sí la decisión pero con quien tiene cierto vínculo, pero sería inexistente para quien se niega a participar de ese proceso.

37 Proyecto Cobos, art. 18; Proyecto Cobos, art. 13; Proyecto Estévez, art. 3°; Proyecto Moisés, art. 20.

38 Art. 3°, inc. c).

39 Lo mismo se deduce de una norma confusamente redactada, el art. 10, según la cual: “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”.

Suponiendo que exista un interés público en favorecer el suicidio o la eliminación de enfermos terminales (cosa que ciertamente es difícil de compartir), es muy diferente pensar que también haya un interés público prioritario y prevalente en obligar a participar de la ejecución de esas políticas a quien tiene convicciones éticas o religiosas fuertes que le impiden poner fin a la vida de otro.

Obrando de esa manera el Estado estaría violentando el derecho fundamental a la libertad religiosa y de conciencia e incumpliendo el deber de garantizar esas libertades que le imponen la Constitución y los tratados internacionales de derechos humanos.

En el supuesto de que hubiera una mayoría de la población dispuesta a convalidar una política de promoción de la eutanasia y el suicidio, lo que cabe esperar es que la ley diga que nadie está obligado a cooperar con esas prácticas. Y como mínimo, que garantice a los objetores de conciencia, sin limitaciones arbitrarias, su derecho a la libertad de conciencia.

Eso supone, al menos:

- a) Que el derecho a la objeción de conciencia sea garantizado tanto a los médicos y personas llamadas a actuar directamente en la asistencia al suicidio o la ejecución de la eutanasia, como a quienes sean llamados a hacerlo de manera indirecta o auxiliar.

En este sentido, cabe recordar que existe una gran cantidad de leyes nacionales y provinciales sobre el ejercicio de la enfermería y otras profesiones de cuidado de la salud, que reconocen expresamente el derecho a la objeción de conciencia⁴⁰, y que la reglamentación del ejercicio profesional es competencia de las provincias, por lo que una eventual ley nacional de promoción del suicidio o la eutanasia no podría desconocer esas garantías.

40 Para los enfermeros, por ejemplo, la Ley N° 12.245 de la Provincia de Buenos Aires (BO 15/01/1999), artículo 9.c; Ciudad de Buenos Aires (Ley N° 298), Salta (Ley N° 7.351), Santa Fe (Ley N° 12.501), Río Negro (Ley N° 2.999), Chubut (Decreto N° 319/1999), Chaco (Ley N° 7.346), Jujuy (Ley N° 5.297) y Catamarca (Ley N° 5.268). En La Rioja (Ley N° 9.067), la objeción de conciencia está legislada como una obligación para los enfermeros: “Negarse a realizar o colaborar en la ejecución de prácticas que entren en conflicto con sus conocimientos y formación científica y profesional, convicciones religiosas, morales o éticas” (art. 21, inc. k). Para otros profesionales, por ejemplo: técnicos de la salud en la ciudad de Buenos Aires (Ley N° 1.831), los instrumentadores quirúrgicos en Entre Ríos (Ley N° 9.680), en Corrientes (Ley N° 6.286), en el Chaco (Ley N° 7.327) y en Chubut (Ley N° I-636); los nutricionistas (Ley N° 4.515) en el Chaco; los terapeutas ocupacionales en el Chaco (Ley N° 7.033), en Río Negro (Ley N° 5.231) y en Corrientes (Ley N° 6.185); los cuidadores domiciliarios en La Rioja (Ley N° 8.931); los bioquímicos en Mendoza (Ley N° 8.401); los técnicos en emergencias médicas en Buenos Aires (Ley N° 15.094) y en Río Negro (Ley N° 4.967); los kinesiólogos, fisioterapeutas y terapeutas físicos en Santa Fe (Ley N° 13.437).

- b) Que se garantice que el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia no conllevará sanciones de ningún tipo ni desventajas o discriminaciones laborales y profesionales posteriores en perjuicio de los objetores.
- c) Que el ejercicio de ese derecho no esté condicionado a la inscripción en listas o registros previos de objetores, que vulneran el derecho al resguardo de datos sensibles y que se prestan a ser utilizados con fines persecutorios o discriminatorios.
- d) Que se garantice la libertad de ideario a las instituciones confesionales, pero también a las no confesionales que tengan un ideario explícito contrario a la ejecución de la eutanasia o la colaboración con el suicidio, y a las que tengan propietarios identificables que a título personal profesen esas convicciones.

Cabe decir que lo previsto por la Corte en el caso “Diez”, cuando reclamó que se dictasen protocolos que contemplen el ejercicio de la objeción de conciencia en este tipo de situaciones, es positivo en cuanto reconoce que existe un derecho a la objeción, pero objetable por las restricciones que parece establecer a su ejercicio, restringiéndolo además al derecho individual y sin contemplar el institucional⁴¹.

La objeción de conciencia al servicio militar, universalmente aceptada y exigida por los tratados internacionales de derechos humanos y por sus órganos de aplicación, se funda en la negativa a matar: el objetor al uso de armas no objeta por cobardía, sino porque no quiere ser cómplice de la guerra y no acepta ser puesto en la necesidad de matar a otro. Es curioso que se acepte eximir del deber de matar al enemigo en tiempo de guerra, pero se obligue a matar al inocente en tiempo de paz.

41 Dijo la Corte (considerando 33): “Que, por otra parte, la particular situación que se suscitó en la institución en la que se atendió a M.A.D. pone de manifiesto la necesidad de que las autoridades correspondientes contemplen mediante un protocolo las vías por las que el personal sanitario pueda ejercer su derecho de objeción de conciencia sin que ello se traduzca en derivaciones o demoras que comprometan la atención del paciente. A tales efectos, deberá exigirse que la objeción sea manifestada en el momento de la implementación del protocolo o al inicio de las actividades en el establecimiento de salud correspondiente, de forma tal que toda institución que atienda a las situaciones aquí examinadas cuente con recursos humanos suficientes para garantizar, en forma permanente, el ejercicio de los derechos que la ley les confiere a los pacientes [...]”.

Bibliografía

- CIDH, 4/2/2022, caso “Pavez Pavez vs. Chile (Fondo, reparaciones y costas), https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_449_esp.pdf (consultado 27/7/2022).
- Expte. 4597-D-2021, Trámite parlamentario (T.P.) 184 (25/11/2021).
- Expte. 3956-D-2022, T.P. 113/2022.
- Expte. 4734-D-2021, T.P. 191 (6/12/2021).
- Expte. 4092-D-2022, T.P. 116/2022. Este proyecto reformula uno de la misma autora (expte. 3930-D-2022) con una modificación relevante para lo que es objeto de este trabajo, ya que elimina la proyectada sanción penal a los médicos que dificulten la eutanasia.
- Expte. 4855-D-2022, T.P. 139/2022.
- Garay, O. (1999). *Código de Derecho Médico*. Ad-Hoc.
- Lafferrière, N. Análisis de los proyectos de legalización de la eutanasia y el suicidio asistido en Argentina. https://centrodebioetica.org/analisis-de-los-proyectos-de-legalizacion-de-la-eutanasia-y-el-suicidio-asistido-en-argentina/#_ftn3.
- Lafferrière, N. Quinto proyecto de ley de eutanasia en Argentina. *ED* tº 229, cita digital ED-MMMDCLXXXVI-633.
- Massini Correas, C. I. y Zambrano, P. Vida humana, autonomía y el final de la existencia: ¿existe un derecho a disponer de la propia vida? Borda, G. A. (Director). *La persona humana*.
- Navarro-Valls, R., Martínez-Torrón, J. y Valero Estarellas, M. J. (2022). *Eutanasia y objeción de conciencia*. Palabra.