

>> Haciendo lazos



De qué hablamos cuando hablamos de “muerte digna”. Nuevos desafíos.

Mg. Dinah Magnante*

El final de la vida sigue siendo uno de los temas más complejos, sensibles y actuales en el ámbito de la Bioética. Pero no es un debate exclusivo de expertos: es una inquietud latente en la sociedad en general. Esto se vuelve evidente cada vez que trascienden casos de pacientes con patologías irreversibles que reclaman de manera pública —y a veces ante los estrados judiciales— el derecho a “morir con dignidad”, ya sea por sí mismos o a través de sus familiares cuando se trata de personas imposibilitadas de expresarse.

Como respuesta a estas demandas legítimas, la mayoría de los países han tenido que sancionar leyes que amparan, en mayor o menor grado, este derecho fundamental.

Lecciones de la pandemia

Con la crisis del Covid-19, los conceptos involucrados en el “final de la vida” tomaron una fuerza y trascendencia inéditas. La urgencia obligó a las instituciones de salud a acelerar la capacitación de sus equipos. Lo dramático de la situación, paradójicamente, favoreció que los profesionales de la salud valoraran aún más los métodos y procedimientos diseñados para una toma de decisiones ética y equitativa.

Durante este período, se puso de manifiesto el valor de protocolos y guías, herramientas esenciales para una asistencia más humanizada y estructurada, como así también, la importancia de los Cuidados Paliativos, un pilar indispensable para garantizar el alivio del dolor y el sufrimiento.

En ese marco, es importante destacar que la sedación paliativa (antes denominada terminal) es parte de los cuidados paliativos. La misma, consiste en la administración de sedantes y analgésicos al final de la vida para tratar la agitación, el dolor y el malestar, que no responden a otras medidas

Claridad conceptual y cumplimiento legal

A pesar de los avances, estas cuestiones no siempre son claras ni bien comprendidas por el grueso de la población, e incluso por el propio sistema de salud. La experiencia cotidiana demuestra que todavía es imprescindible insistir respecto a los conceptos involucrados en la temática y a la evolución de los mismos, la interpretación y cumplimiento de la normativa actual. Garantizar que las leyes existentes no sean solo letra muerta, sino herramientas accesibles para ciudadanos y médicos.

A pesar de que Argentina cuenta con un marco normativo de vanguardia (Leyes 26.529, 26.742, 27.678 y el Código Civil y Comercial), en la práctica existe una brecha para respetar el derecho a rechazar tratamientos o bien, para aplicar la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET).

Es importante destacar que la AET consiste en el retiro o la no instauración de intervenciones médicas que el profesional sanitario considera fútiles o desproporcionadas, al carecer el paciente de expectativas razonables de mejoría en su cantidad y calidad de vida futuras. Su función principal es evitar la obstinación terapéutica.

El artículo 2, inc. e) de la ley 26.529 -Derechos del Paciente, año 2009- reconoció expresamente “el 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”. El paciente se encuentra facultado para rechazar indicaciones médicas aun cuando de dicha negativa dependa su supervivencia biológica, con el único límite de no afectar derechos de terceros (art. 19 CN).

Sin embargo, esto resultaba insuficiente, y en atención a las dificultades que se siguieron suscitando en el ámbito sanitario, sumado al reclamo legítimo de familiares de pacientes con trastornos graves e irreversibles de la conciencia, en el año 2012 se sancionó la ley 26.742, llamada también “Ley de Muerte Digna”, que modificó y actualizó la “Ley de Derechos del Paciente”, a la que se incorporaron algunos artículos a los fines de brindar mayores precisiones en cuanto a los tratamientos que se pueden ser retirados o no instaurados.

En su texto, se evidencia con mayor claridad el fundamento para la práctica de la AET. De tal manera que, el mismo artículo 2, inciso g), estableció 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”.

De ello surge que, la legislación local impone a los profesionales de la salud la obligación jurídica de informar activamente sobre el derecho al rechazo de soportes vitales fútiles. Corresponde al equipo tratante el deber deontológico de evaluar la desproporcionalidad técnica de las medidas para evitar incurrir en obstinación diagnóstica o terapéutica. El estándar reglamentario orienta la actuación hacia el “mejor interés del paciente”, garantizando las condiciones de dignidad en el proceso de morir.

El imperativo ético de la no-maleficencia: Sostener intervenciones médicas fútiles o desproporcionadas en pacientes con patologías irreversibles o en estadios terminales — cuando media un rechazo informado— contradice el principio bioético de no-maleficencia. El

deber profesional de evitar el daño (*primum non nocere*) orienta la práctica médica hacia la abstención o el retiro del soporte, permitiendo que el proceso natural de la enfermedad siga su curso en condiciones de máximo alivio y dignidad.

La Corte Suprema (caso "D., M. A." año 2015) y el Tribunal Superior de Córdoba (caso "J.S." año 2023) determinaron que la justicia es el último recurso. La ley busca que estas decisiones queden en la intimidad del paciente, su familia y el equipo de salud.

Con la sanción del Código Civil y Comercial en el año 2015, los textos enunciados de la ley, fueron incorporados en su artículo 59; en el mismo se establece con mayor flexibilidad que en caso que la paciente sea incompetente para la toma de decisiones, "el consentimiento puede ser otorgado por el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o allegado que acompañe al paciente".

Sin embargo, existe una persistencia del paternalismo médico y el temor infundado a demandas penales o civiles, lo que deriva en judicializaciones innecesarias.

Uno de los ejemplos para ilustrar una clara obstaculización institucional, es un caso real ocurrido en septiembre del 2025. Se trata de un paciente con Alzheimer avanzado quien se encontraba en internación geriátrica recibiendo alimentación e hidratación a través de una gastrostomía por más de tres años. Ante el pedido expreso de su familia, y mediando el dictamen favorable y el acuerdo de la médica especialista en cuidados paliativos (provista por la empresa de medicina prepaga del paciente), se solicitó formalmente el retiro de este sostén vital.

A pesar de contar con el consenso médico-familiar y el respaldo técnico de la especialista — quien además procedería a ejecutar la práctica y garantizar el confort posterior—, la institución residencial se negó rotundamente a realizar la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET). Por medio de una nota formal, esta institución indicó que "se respeta y se reconoce plenamente el derecho de la persona a decidir sobre los tratamientos médicos en el marco de una enfermedad progresiva y crónica". Sin embargo, como solución operativa ante la solicitud de adecuación terapéutica, "consideran adecuado el traslado del paciente a otra institución y/o domicilio para que allí se pueda satisfacer el deseo y la necesidad expresada por la familia".

Esta postura obligó a la familia a externar y trasladar al paciente a los fines exclusivos de poder ofrecerle, finalmente, una muerte digna, evitando así recurrir a los estrados judiciales para hacer efectivos sus derechos. No solo que desconoció la normativa vigente, sino que prolongó artificialmente una situación de futilidad terapéutica, incurriendo de forma directa en una vulneración al principio de no-maleficencia bajo el ropaje de un supuesto deber de cuidado.

Este caso, también demuestra la necesidad de evaluar críticamente la colocación misma de sondas de alimentación en estadios avanzados de deterioro cognitivo, ya que suelen implantarse sin un beneficio real, prolongando solo el estadio terminal.

Asimismo, deja al descubierto cómo las instituciones, amparándose en una pretendida y jurídicamente inexistente “objección de conciencia institucional”, obstaculizan la voluntad del paciente y su familia.

Objección de conciencia

La objeción de conciencia no está contemplada en las leyes argentinas –tampoco en el orden internacional- de derechos del paciente, muerte digna o cuidados paliativos. El legislador la omitió porque estas normas no regulan prácticas destinadas a causar la muerte de forma activa.

Es una excepción regulada exclusivamente en normativas que habilitan la interrupción deliberada de un proceso vital mediante un factor exógeno, como la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ley 27.610) o leyes o bien, proyectos de regulación de la eutanasia.

Modificar el objetivo terapéutico o retirar un soporte fútil no es eutanasia (no interrumpe la vida), sino que representa el cese de una intervención artificial para permitir que el fallecimiento ocurra por causas naturales.

La dignidad en el morir no es solo la ausencia de dolor físico; es el respeto absoluto por la autonomía, la biografía y los valores de la persona en su etapa más vulnerable.

El concepto “derecho a morir dignamente” incluye el acceso a la eutanasia

Hoy nos encontramos ante una tendencia mundial hacia la ampliación del derecho a morir dignamente. Esto implica que los debates se centren en cuestiones más delicadas y complejas.

En nuestro país desde el año 2021, legisladores de diferentes partidos políticos fueron presentando diversos proyectos destinados a regular la práctica eutanásica en sus dos modalidades —la eutanasia propiamente dicha y el suicidio médicamente asistido—; un debate que ha cobrado impulso desde que nuestro país vecino, Uruguay, ha sancionado y reglamentado su ley de muerte digna, sin embargo, todavía sigue pendiente en la agenda legislativa.

Entiéndase por eutanasia, la práctica que consiste en provocar la muerte a través de una droga en dosis mortal, suministrada por un profesional de la medicina a pedido de una persona que padece una patología o condición de salud irreversible, que le produzca un sufrimiento físico o psíquico insoportable. La distinción entre la eutanasia y suicidio asistido, radica en que en este último, el profesional médico pone al alcance del paciente la droga necesaria para provocar la muerte siendo el mismo paciente quien la auto-administra.

Actualmente se está llevando a cabo una Campaña Nacional por el Derecho a la Eutanasia, consistente en divulgar la temática y debatir los proyectos presentados, la que cuenta con la participación de legisladores comprometidos con la regulación de este derecho.

Desde ese espacio, se ha dado difusión mediante una Carta pública de adhesión a una Ley de Eutanasia en Argentina, que lleva la firma de referentes y personalidad de nuestro país,

invitando a la ciudadanía a acompañar con su firma:
<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc-p9cSnX-lyMpwke1fkAoxGVKrXuhs21qBWlqCXQs42IBPIQ/viewform>

Reflexiones finales

El camino a seguir nos exige priorizar la capacitación constante de los equipos de salud en aspectos éticos y legales, garantizando el respeto por la dignidad humana en la toma de decisiones. Esto se vuelve indispensable en un contexto donde el debate sobre el final de la vida avanza rápidamente y el horizonte global nos encamina hacia la regulación de la eutanasia y el suicidio asistido.

Esta necesidad de evolución se entiende mejor cuando miramos historias reales. Detrás de las teorías hay personas que sufren, como María del Carmen Ludueña, quien en 2024 tuvo que pedir autorización en la justicia a través de un recurso de amparo para solicitar la asistencia médica para morir (eutanasia) interpuesto por una defensoría pública de Moreno.

María del Carmen falleció por el avance natural de su condición el 18 de enero de 2026, tras 14 meses de estéril espera por una autorización oficial y tras siete años de estar postrada. Su caso muestra el vacío legal que todavía existe para quienes piden una ayuda activa para morir.

En cambio, la realidad de quienes transitan enfermedades graves en países con leyes de eutanasia nos muestra la otra cara de la moneda. Un ejemplo fue el del exfuncionario argentino Darío Lopérfido, quien antes de fallecer en Madrid en 2026 a causa de la ELA, expresó en una entrevista el enorme alivio que le daba saber que tenía esa opción legal a su disposición si su vida se convertía en una tortura.

El desafío social y legislativo pendiente no es eludir estas discusiones complejas por temor o tabú, sino asumirlas con madurez democrática. Solo así lograremos que la muerte digna deje de ser un reclamo que se litiga en los tribunales o se sufre en la burocracia, y pase a ser una garantía de respeto a la libertad humana hasta el último instante.

Bibliografía

ANDORNO, Roberto, "El Principio de Dignidad Humana en el Bioderecho Internacional", en ppct.caicyt.gov.ar/index.php/bcaeem/article/download/1059/929.

BEAUCHAMP, T. L., - CHILDRESS, J. F. "Principles of biomedical ethics". Nueva York 1979, OUP

CALIPARI, M. "Curarse y Hacerse Curar: entre el abandono del paciente y el encarnizamiento terapéutico, Editorial Educa, Buenos Aires 2007."

CALIPARI, M. "Ética al final de la vida. Aplicación a personas en estado vegetativo", publicación del Instituto de Bioética, UCA, Vida y Ética, Buenos Aires (2004), año 5, n. 2.

COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA. "Pautas y recomendaciones para la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital en el

paciente crítico". MEDICINA - Volumen 59 - Nº 5/1, Buenos Aires 1999, pp 501-504. Disponible en <http://www.sati.org.ar/files/bioetica/guias/1999-Comite-de-%20Bioetica-Pautas-y-recomendaciones-para-la-Abstencion-y-o-el-retiro-de-los-metodos-del-soporte-vital-en-el-paciente-critico.pdf>.

"Eutanasia en la Argentina: en medio del debate social, en el Congreso hay cuatro proyectos para legalizarla". <https://www.udesa.edu.ar/noticias/eutanasia-en-la-argentina-en-medio-del-debate-social-en-el-congreso-hay-cuatro-proyectos-para>, publicado el 27/03/2026 (Consulta realizada el 26/05/26).

GARAY, O. "Derecho de los Pacientes", en Diccionario Latinoamericano de Bioética, p. 249.

GHERARDI, C. "Vida y Muerte en Terapia Intensiva", Buenos Aires, Ed. Biblos, año 2007.

GRACIA, D. Primun non nocere. El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica, Madrid, Real Academia Nacional de Medicina, 1990.

Infobae: <https://www.infobae.com/sociedad/2026/01/20/paso-siete-anos-postrada-en-su-cama-y-murio-a-la-espera-de-que-el-estado-aprobara-su-eutanasia/>

Infobae: "Darío Lopérvido tiene ELA y habla sobre eutanasia: 'No se puede obligar a nadie a vivir cuando la vida se convierte en una tortura'", publicado el 20/12/2025.

Infobae: "Derecho a morir: Una ley de eutanasia debería incluir a las niñas, niños y adolescentes", entrevista realizada a esta autora y publicada el 03/06/26 en Infobae <https://www.infobae.com/historias/2023/06/03/derecho-a-morir-una-ley-de-eutanasia-deberia-incluir-a-las-ninas-ninos-y-adolescentes/> (Consulta realizada el 26/05/26).

Ley 26.742, BO 24/5/12, incorporada a la ley 26.529 "Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado". Decreto 1089/12 "Reglamentación de la ley 26.529, modificada por la ley 26.742 "Derechos del Paciente", BO 6/7/2012.

MAGLIO, I. y WIERZBA, S. "El derecho en los finales de la vida. Muerte digna". Revista Jurídica La Ley. Año IXXIX Nº 167. Tomo 2015-E. Buenos Aires, 7 de septiembre de 2015.

MAGNANTE, D. "Tratamientos proporcionados y desproporcionados en el estado vegetativo persistente", Vida y Ética, año 11, nº 1, Buenos Aires, (junio, 2010). <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/tratamiento-estado-vegetativopersistente.pdf>.

MAGNANTE, D. "Síntesis de la sustanciación de la prueba pericial ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación en los autos caratulados: «D. M. A. s/ declaración de incapacidad» (Expte. 376 - Año 2013 – Tomo 49 – Letra D)", MJ-DOC-7361-AR | MJD7361, 3-sep-2015.

MAGNANTE, D. "Bioética clínica: toma de decisiones: final de la vida: legislación internacional", ed. Corpus, Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2023, 2º ed.

MAGNANTE, D., "Ley de eutanasia en España «Vivir es un derecho, no una obligación»", MJ-DOC-15923-AR | MJD15923, 26/04/2021, disponible en

<https://aldiaargentina.microjuris.com/2021/04/28/doctrina-ley-de-eutanasia-en-espana-vivir-es-un-derecho-no-una-obligacion/> (consulta realizada 19/04/26).

MAGNANTE, D. "Por una ley de eutanasia en Argentina". MJ-DOC-17005-AR | MJD17005. 14-feb-2023.

MAGNANTE, D. "Muerte digna: el máximo tribunal de Córdoba confirmó la sentencia de cámara y ordenó el retiro de soporte vital a un paciente en estado vegetativo", MJ-DOC-17532-AR | MJD17532, 12-dic-2023. Causa: "SOSA OCAMPO, ROSA MARIANELA Y OTROS C/ MUNICIPALIDAD DE CÓRDOBA – AMPARO LEY 4915" (Expte. N° 12077654, iniciado el 29/06/2023)".

MAGNANTE, D. "Uruguay, el primer país de la región en aprobar una ley de eutanasia. Breve análisis sobre la norma y sus implicancias", TR LALEY AR/DOC/220/2026, publicado en: ADLA 2026-3, 175.

MARÍN CASTÁN, María Luisa, "En torno a la dignidad humana como fundamento de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO", Rev. Bio. y Der. 2015; Número extra, recopilatorio especial: 125-145.

ZALAZAR, C. y SANDOVAL JUNYENT, S. El derecho a la eutanasia en Argentina Análisis constitucional a partir del caso "Ludueña". Jurisprudencia Argentina: Thomson Reuters, 27/02/2026.



* Dinah Magnante es Abogada, Magíster en Ética Biomédica, y Docente en la Unidad de Bioética de la Facultad de Medicina de la UBA. Autora del libro "Bioética Clínica. Toma de Decisiones. Final de la Vida. Legislación Internacional", ed. Corpus, Año 2019, 2° ed. Año 2023. Es autora de artículos y protocolos para la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico, exponente en Congresos, Jornadas y docente en Diplomaturas sobre temas de Bioética y Derecho de la Salud en Argentina y en el exterior. Presidenta de la Comisión de Derecho Sanitario de la Asociación de Abogadas y Abogados de Buenos Aires (AABA). Miembro de la Comisión de Derecho Sanitario de la Federación Argentina de Colegios de Abogados (F.A.C.A.); del "Instituto de Derecho de la Salud" del Colegio Público de la Abogacía de la Capital Federal (CPACF), y de Plataforma Dignidad. Intervino en los casos más emblemáticos de solicitud de Adecuación del Esfuerzo Terapéutico y continúa ejerciendo la defensa de los derechos de los pacientes.

¿Cómo citar este artículo?

Magnante, D. (2026) *De qué hablamos cuando hablamos de "muerte digna". Nuevos desafíos*. Boletín Bioeticar Asociación Civil, vol. VI, N°17, julio 2026, ISSN 2953-3775
<https://www.bioeticar.com.ar/boletin17.html>