



PARLAMENTO

DEL URUGUAY

CÁMARA DE REPRESENTANTES

Secretaría

L legislatura

100 años

PALACIO LEGISLATIVO
1925 - 2025

Comisión de Salud Pública y Asistencia Social

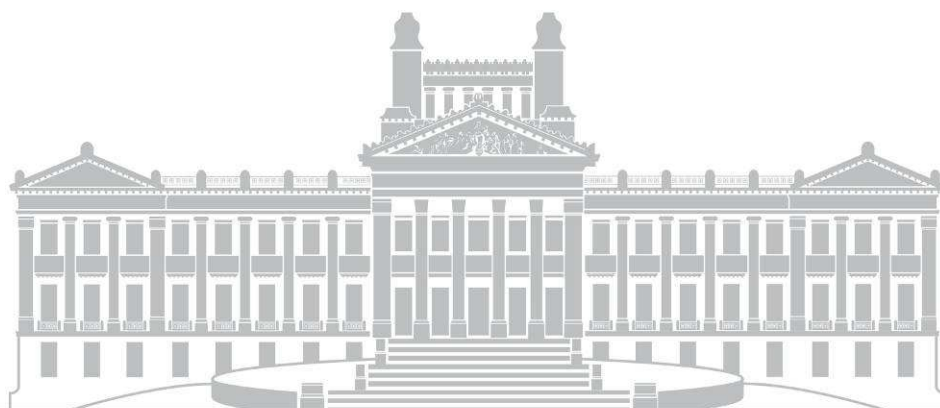
Carpeta Nº 133 de 2025

Anexo I al
Repertorio Nº 214
Agosto de 2025

MUERTE DIGNA

Regulación

Informes



=====ÍNDICE=====

	Página
Informe en mayoría.....	1
Proyecto de ley	8
Informe en minoría	14
Proyecto de resolución	26
Disposiciones referidas.....	29

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA SOCIAL

INFORME EN MAYORÍA

Señoras y señores Representantes:

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, recomienda al plenario aprobar el siguiente proyecto de ley con modificaciones: “MUERTE DIGNA. Regulación”. (Carpeta N° 133/2025).

El proyecto de ley sobre Muerte Digna que se somete a la consideración de la Cámara de Representantes es el resultado de la modificación y perfeccionamiento del proyecto que fuera presentado oportunamente ante este plenario el 6 de setiembre de 2022 y votado en amplia mayoría.

El presente proyecto mantiene la esencia del proyecto anterior, siendo su objeto el reconocimiento del derecho de la persona a morir dignamente de acuerdo a la expresión de su válida voluntad, de cumplirse las condiciones contempladas en la norma y previendo un sistema de controles y garantías para todos los involucrados. Cabe destacar que la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes, inicia el estudio de la temática con un amplio acervo generado en la legislatura anterior lo que le permitió perfeccionar la presente propuesta normativa.

Desde el año 2020 a la fecha se invitó y recibió a más de 25 (veinticinco) delegaciones que concurrieron a la Comisión a dar su opinión sobre el tema. Se escuchó y consideró las opiniones técnicas, científicas, académicas, éticas, filosóficas, religiosas, ideológicas, así como las de organizaciones civiles, dando espacio a una concurrencia de casi un centenar de personas que integraron las delegaciones invitadas o que solicitaron ser oídas, algunas de las cuales volvieron a presentarse ante la Comisión durante este 2025 desde el mes de marzo a la fecha.

La discusión ha sido profunda y ardua y llevó al análisis de variadas propuestas de modificación del articulado hasta llegar a la versión que hoy se presenta.

En suma, se procura regular y garantizar el derecho de las personas a transcurrir dignamente el proceso de morir y a recibir asistencia para

hacerlo en las circunstancias que el texto normativo indica. Se reconoce el derecho de los individuos a decidir sobre su propio destino y a evitar sufrimientos que entiendan insoportables según su percepción personal. Asimismo, a través de esta ley se establecen garantías concretas para pacientes, médicos y otros actores involucrados en el proceso asistencial. Estas buscan asegurar la libertad, la dignidad, la ausencia de presiones de cualquier tipo, la claridad e igualdad en los procedimientos y la seguridad jurídica.

Esta ley se inscribe en el contexto de los instrumentos internacionales de Derechos Humanos de los que el país forma parte. La Declaración Universal de Derechos Humanos proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el día 10 de diciembre del año 1948, (primer considerando del Preámbulo y artículo 1 y 3 de dicha declaración); la Convención Americana sobre Derechos Humanos llamada Pacto de San José de Costa Rica, firmada en la ciudad de San José, Costa Rica, el día 22 de noviembre del año 1969 y ratificada por Ley N° 15.737, de 8 de marzo de 1985 (artículo 5.1). Nuestra Constitución, en el artículo 7º establece que todos los habitantes de la República tienen derecho a ser protegidos en el goce de su vida, honor y libertad (entre otros derechos), sin perjuicio de lo que establezcan las leyes por razones de interés general. El artículo 10 consagra la libertad de las acciones privadas de las personas que no atacan el orden público ni perjudican a terceros. Asimismo, el artículo 72, prevé que la enumeración de derechos, deberes y garantías hechas por la Constitución, no excluye los otros que son inherentes a la personalidad humana, como lo es el derecho a decidir sobre el fin de la vida. En buena parte del mundo se ha instalado con fuerza desde hace varios años el debate sobre la asistencia a morir de forma digna. Así, podemos citar el Estado de Oregón en los Estados Unidos, con una ley del año 1994, que fue ratificada en un referéndum realizado en noviembre del año 1997. También otros Estados, como Washington (2008), Montana (2009), Vermont (2013), Washington D.C. (2016), Hawái (2018), Nueva Jersey y Maine (2019). En Canadá, una ley del año 2016 autorizó a prestar ayuda médica para morir a personas que padezcan graves problemas de salud. Por otra parte, en Europa, puede citarse a Suiza como la pionera en habilitar determinados procedimientos para garantizar el proceso de morir a las personas. Holanda y Bélgica en el año 2002 legislaron habilitando la eutanasia activa, y lo mismo hizo Luxemburgo en el año 2009. En 2020, Nueva Zelanda, legalizó también el procedimiento de eutanasia. En España en junio del año 2021 entró en vigor la ley de eutanasia. En tanto, en nuestro continente, Colombia fue el primer país donde se despenalizó la eutanasia, con la sentencia C239 del año 1997, que consagró a la muerte digna como un complemento del

derecho fundamental a la vida digna. En Perú, donde no hay ley al respecto, la Justicia autorizó su práctica en un caso individual al fallar en el recurso de amparo promovido por la señora Ana Estrada. En nuestra legislación interna, el artículo 37 del Código Penal, legisla sobre “homicidio piadoso”, y dispone que “Los Jueces tienen la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima”. Es decir, el homicidio piadoso, se tipifica como delito, pero se habilita al Juez a exonerar de castigo al agente si se cometió en las condiciones previstas en la norma, reconociendo que la asistencia a la muerte de otra persona en ciertas circunstancias, cuando el motivo es la compasión ante el padecimiento, merece un tratamiento especial. Nuestro ordenamiento jurídico vigente ya establece los derechos de las personas a decidir sobre los tratamientos que aceptan recibir. Tanto en el artículo 17 de la Ley N° 18.335, de 15 de agosto de 2008, sobre pacientes y usuarios de la salud como en la Ley N° 18.473, de 3 de abril de 2009, sobre voluntades anticipadas existen antecedentes expresos del reconocimiento del derecho de las personas a decidir sobre el final de sus vidas, incluso si eso implica una priorización de la calidad sobre la duración de la misma. Tanto los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, la legislación comparada contemporánea, las normas constitucionales y legales nacionales avanzan en el sentido de habilitar el proceso de decisión voluntaria de las personas a morir en forma digna de acuerdo con sus convicciones, camino que pretendemos seguir a través de la aprobación del presente proyecto de ley, fundado en los derechos fundamentales de las personas sobre su vida, dignidad y libertad.

El proyecto consta de 13 artículos. En el artículo 1° se establece el objeto de la ley y se indica que es el de regular y garantizar el derecho de las personas a transcurrir dignamente el proceso de su muerte en las circunstancias que la propia norma determina.

El artículo 2° prevé el ámbito subjetivo de aplicación, determinando las condiciones que debe reunir el paciente que necesariamente debe ser mayor de edad y psíquicamente apto, cursando la etapa terminal de una patología incurable e irreversible o que como consecuencias de las mismas padezca sufrimientos que le resulten insoportables con grave y progresivo deterioro de su calidad de vida. Cumplidas estas condiciones tiene derecho a que a su pedido se le asista para que su muerte sea apacible, indolora y respetuosa de su dignidad.

Se define asimismo el alcance de la norma que comprende a los ciudadanos uruguayos naturales o legales y a los extranjeros que acrediten fehacientemente su residencia en el país.

El artículo 3º establece la definición de eutanasia, con el objetivo de precisar y facilitar la rigurosidad de su interpretación normativa.

En el artículo 4º se establece el procedimiento y condiciones con el objetivo de precisar con claridad las garantías que el sistema debe ofrecer, junto a las formas de manifestación de la voluntad firme y reiterada del paciente de acceder al derecho. De tal forma se garantiza que la voluntad del paciente de poner fin a su vida sea, como dice el proyecto, libre, seria y firme. Libre, porque toda presión la viciaría irremediabilmente; seria, en el sentido de que no debe tener otra finalidad que la declarada; y firme, porque el carácter irreparable del acto a realizar exige que todas las dudas o vacilaciones se hayan despejado antes de su comisión. Se consagra la necesidad de dos opiniones médicas independientes y en caso de discordancia entre ambas se deberá recabar el dictamen de una Junta médica. Se regula el plazo para expedirse tanto de los médicos como de la Junta mencionada. Esta última deberá estar integrada por tres profesionales médicos, de los cuales uno deberá ser psiquiatra y otro especialista en la patología que padece el solicitante.

Por último, el paciente debe reiterar la expresión final de su voluntad por escrito y ante dos testigos que no obtengan beneficio económico de la decisión adoptada.

Cumplida la voluntad del solicitante el médico actuante lo comunicará al Ministerio de Salud Pública con copia de la historia clínica y demás antecedentes a cuyos efectos se crea una Comisión de Revisión integrada por un representante del Ministerio, uno del Colegio Médico del Uruguay, uno de la Universidad de la República y uno de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo. Si se entendiere que hubo un grave apartamiento del procedimiento legal, se deberá comunicar a la Fiscalía General de la Nación a sus efectos.

El artículo 5º establece que la declaración de voluntad final es siempre revocable, como no puede ser de otra manera. La revocación no queda sujeta a formalidad alguna y su consecuencia será el cese inmediato y la cancelación definitiva del procedimiento.

El artículo 6º establece la obligación de los prestadores integrales de salud que forman parte del Sistema Nacional Integrado de Salud, así como los Servicios de Sanidad Policial, Sanidad Militar y Hospital de Clínicas de brindar los servicios que esta ley

establece. Solamente las instituciones referidas y no otras, podrán prestar los servicios necesarios para el cumplimiento de la ley. El objetivo de este artículo es garantizar que todas las personas tengan derecho a acceder a una muerte digna por igual, en un marco regulado por las autoridades sanitarias. Se prevé que si alguna de las entidades contempladas no puede cumplir con las obligaciones estipuladas en este proyecto por razones estatutarias deberá igualmente prestar el servicio por medio de otro prestador.

El artículo 7º establece el derecho a la objeción de conciencia tanto para los médicos como para los demás integrantes del equipo asistencial, garantizando así su libertad para actuar de acuerdo con sus creencias filosóficas y valores.

El artículo 8º establece que no cometen delito y por tanto están exentos de responsabilidad penal, civil y de cualquier otra índole el médico y los demás integrantes del equipo asistencial que participen del proceso establecido por esta ley. No se trata pues de una exoneración de pena, lo que supondría que el delito existe, aunque no se castigue. La causa de justificación elimina la antijuridicidad de la conducta, que deja de constituir delito. Otras causas de justificación bien conocidas son la legítima defensa (artículo 26 del Código Penal), el estado de necesidad (artículo 27) y el cumplimiento de la ley (artículo 28). Lo que el proyecto propone es incorporar la eutanasia, cuando se ejecuta de acuerdo con las disposiciones de la ley, al elenco de causas de justificación admitidas por nuestro derecho positivo.

El artículo 9 modifica el literal D) del artículo 17 de la Ley Nº 18.355, de 15 de agosto de 2008 para dar coherencia a lo contemplado por esta norma y lo que se viene de decir en el párrafo anterior.

El artículo 10 refiere al certificado de defunción. El presente artículo modifica el artículo 4º de la Ley Nº 19.628 de 21 de junio de 2018, que regula el Certificado de defunción disponiéndose que “Los médicos que participaron de la asistencia de un persona fallecida están obligados a expedir el certificado de defunción, salvo que se tratare de una muerte de causa violenta o exista sospecha fundada de un delito, en cuyo caso se deberá dar noticia a la Fiscalía competente, quedando la expedición del certificado de defunción a cargo del médico forense.

La misma obligación alcanza a los médicos que practicaron la eutanasia en la forma dispuesta en la ley respectiva.

Cuando la muerte se haya producido por el procedimiento legal de eutanasia, en el certificado de defunción se indicará la causa básica de la muerte y además se hará constar que la eutanasia fue su causa final. A todos los efectos la muerte por eutanasia será considerada como muerte natural”.

En relación a los cambios introducidos al artículo 10 de la Ley N° 19.928 de 21 de junio de 2018, los mismos responden en forma congruente con el texto del presente proyecto, al permitir al médico firmar el certificado de defunción ya que en dicho documento se indicará la causa básica de la muerte y además se hará constar que la eutanasia es su causa final.

Por otra parte se estipula que a todos los efectos la eutanasia se considera muerte natural. Se recurre a esta ficción jurídica, a fin de evitar una tipificación de homicidio o de suicidio asistido, y particularmente relacionado a las posibles consecuencias civiles tanto para el equipo médico como para el propio paciente, por ejemplo, si tiene una póliza de seguro (con esta ficción se pretende evitar que ésta no lo cubra).

Si bien desde un punto de vista médico no es una muerte por causa natural, es necesario esta construcción jurídica por lo explicado anteriormente.

El artículo 11 crea en el Ministerio de Salud Pública la Comisión de Revisión referida anteriormente, que tendrá como objetivo la revisión de los procedimientos realizados en el marco del ejercicio del derecho que establece esta ley. Asimismo se elaborará un informe anual que deberá remitir al Ministerio de Salud Pública y por su intermedio a la Asamblea General.

El artículo 12, en relación a este artículo, al consagrarse el derecho de las personas a morir con dignidad, resulta imperativo derogar el artículo 46 de la Ley N° 19.286, de 25 de setiembre de 2014 (Código de Ética Médica), que se refiere a la eutanasia activa como contraria a la ética de la profesión médica. Esta disposición, leída en coordinación con los artículos 19, 24 y 28 de la Ley N° 18.591, de 18 de setiembre de 2009, por la que se crea el Colegio Médico del Uruguay y su Tribunal de Ética, permitiría que se inhabilitara a un médico para el ejercicio de su profesión hasta por diez años, en caso de haber practicado la eutanasia a un paciente; equivale pues a una prohibición de la eutanasia. El proyecto deroga el artículo 46 citado para eliminar la prohibición, sin perjuicio de reconocer el derecho del médico y los demás integrantes del equipo asistencial a oponer la objeción de conciencia para negarse a practicar el acto en cuestión.

El artículo 13 determina la reglamentación de esta ley por el Poder Ejecutivo.

Considerando lo expuesto anteriormente, es que la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes aconseja al plenario la aprobación del presente proyecto de ley.

Sala de la Comisión, 16 de julio de 2025

LUIS GALLO CANTERA
MIEMBRO INFORMANTE
JUAN GOROSTERRAZÚ RIVERO
FEDERICO PREVE COCCO
NIBIA REISCH



PROYECTO DE LEY

MUERTE DIGNA

Regulación

Artículo 1°. (Objeto).- La presente ley tiene como objeto regular y garantizar el derecho de las personas a transcurrir dignamente el proceso de morir, en las circunstancias que ella determina.

Artículo 2°. (Derecho).- Toda persona mayor de edad, psíquicamente apta, que curse la etapa terminal de una patología incurable e irreversible, o que como consecuencia de patologías o condiciones de salud incurables e irreversibles padezca sufrimientos que le resulten insoportables, en todos los casos con grave y progresivo deterioro de su calidad de vida, tiene derecho a que a su pedido y por el procedimiento establecido en la presente ley, se le practique la eutanasia para que su muerte se produzca de manera indolora, apacible y respetuosa de su dignidad.

Podrán ampararse a las disposiciones contenidas en esta ley los ciudadanos uruguayos naturales o legales y los extranjeros que acrediten fehacientemente su residencia habitual en el territorio de la República.

Artículo 3°. (Definición a los efectos de esta ley).- Se denomina eutanasia al procedimiento realizado por un médico o por su orden, tras seguir el procedimiento indicado en la presente ley, para provocar la muerte de la persona que se encuentra en las condiciones por ella previstas y así lo solicita reiteradamente en forma válida y fehaciente.

Artículo 4°. (Procedimiento).- El derecho regulado por la presente ley se ejercerá mediante el siguiente procedimiento, del cumplimiento de cuyas etapas se dejará constancia en la historia clínica del paciente:

- A) (Iniciativa).- Quien quiera recibir asistencia para morir deberá solicitarla personalmente a un médico, por escrito que firmará en su presencia. Si no supiere o no pudiere firmar lo hará a su ruego otra persona mayor de edad, en presencia del solicitante y del médico.
- B) (Control de admisibilidad).- Si el médico actuante considera que quien solicita asistencia para morir se encuentra en las condiciones establecidas en el artículo 2º de la presente ley, lo hará constar así en la historia clínica, indicando los fundamentos de su opinión.

Seguidamente el médico actuante dialogará con el paciente; le dará información acerca de los tratamientos disponibles, incluidos los cuidados paliativos, y verificará que la voluntad que él expresa sea libre, seria y firme.

Si no se verificaren las condiciones aludidas o la voluntad del solicitante no tuviere las características indicadas, el médico actuante dará por rechazado el procedimiento, haciéndolo constar en la historia clínica y comunicándoselo de forma inmediata al paciente, el que quedará habilitado para formular una nueva solicitud ante otro médico.

A los efectos del cumplimiento de lo estipulado en el presente literal, el médico actuante contará con un plazo de hasta tres días.

- C) (Segunda opinión médica).- Cumplidos los requisitos de admisibilidad a los que se refiere el literal B) del presente artículo, el médico actuante someterá la solicitud de asistencia para morir a la consideración de un segundo médico, quien mantendrá una consulta presencial con el paciente y estudiará su historia clínica; todo, en un plazo no mayor de cinco días.

El segundo médico no debe estar subordinado al primero de ninguna manera. No debe haber vínculo de parentesco entre ambos médicos, ni entre cualquiera de ellos y el paciente.

Si el segundo médico confirma la opinión del primero, el procedimiento seguirá su curso. En caso contrario se deberá recabar el dictamen de una Junta Médica, la que se expedirá definitivamente sobre la solicitud en un plazo no mayor a cinco días, comunicándoselo inmediatamente al solicitante. Dicha Junta Médica se conformará con tres profesionales médicos, uno de los

cuales debe ser médico psiquiatra y otro deberá ser especialista en la patología que padece el solicitante. La reglamentación dispondrá la calidad del tercer médico participante.

- D) (Segunda entrevista).- Producida una segunda opinión médica conforme y no antes de que hayan transcurrido cinco días desde el inicio del procedimiento, el médico actuante se entrevistará nuevamente con el paciente. Si este ratifica fehacientemente su voluntad de poner fin a su vida, se podrá pasar a la etapa siguiente del procedimiento.

El plazo para la segunda entrevista podrá ser menor de cinco días si el médico actuante estima, por fundamentos que hará constar en la historia clínica, que hay riesgo de que el paciente pierda la capacidad de expresar válidamente su voluntad.

- E) (Última voluntad).- Durante la segunda entrevista, la persona que persista en su voluntad de poner fin a su vida lo declarará y hará constar por escrito ante dos testigos, ninguno de los cuales podrá obtener beneficio económico a causa de la muerte del declarante. Los testigos así lo declararán bajo juramento.
- F) (Final).- Expresada la última voluntad del paciente el médico actuante procederá a cumplirla cuando y donde el paciente lo decida.
- G) (Comunicación al Ministerio de Salud Pública).- Producida la muerte del paciente el médico actuante lo comunicará de inmediato al Ministerio de Salud Pública, remitiéndole copia fiel de la historia clínica del paciente y demás antecedentes necesarios para acreditar el cumplimiento de la ley. El Ministerio de Salud Pública podrá solicitarle al médico actuante toda la información complementaria que considere necesaria y aun citarlo para que comparezca personalmente a suministrar esa información.
- H) (Comunicación a la Fiscalía General de la Nación).- Si el Ministerio de Salud Pública entendiere que hubo un apartamiento grave del procedimiento legal lo comunicará a la Fiscalía General de la Nación, a los efectos correspondientes.

Artículo 5°. (Revocación).- La voluntad del paciente de poner fin a su vida es siempre revocable. La revocación no estará sujeta a formalidad alguna y determinará el cese inmediato y la cancelación definitiva de los procedimientos en curso. En todos los casos el médico deberá dejar constancia en la historia clínica.

Artículo 6°. (Deber de prestación de servicios).- Todos los prestadores integrales de salud que forman parte del Sistema Nacional Integrado de Salud, incluidos los Servicios de Sanidad Policial, Sanidad Militar y Hospital de Clínicas de la Universidad de la República deben poner a disposición de sus usuarios los servicios necesarios para el ejercicio del derecho regulado por la presente ley y sólo ellos, por intermedio de los médicos y equipos de salud que integren sus cuadros funcionales pueden prestarlos.

Las instituciones referidas en el inciso anterior cuyos estatutos contengan definiciones de carácter filosófico o religioso incompatibles con la práctica de la eutanasia, podrán acordar con las entidades antedichas, que estas se hagan cargo de la prestación del servicio a sus usuarios, dando noticia de ello al Ministerio de Salud Pública.

Artículo 7°. (Objección de conciencia).- El médico y los demás integrantes del equipo asistencial cuyos servicios se requieran para el ejercicio del derecho regulado por la presente ley, podrán oponer válidamente la objeción de conciencia para negarse a prestarlos. En tal caso la institución de asistencia médica determinará quién o quiénes deban sustituir a el o a los objetores, garantizando siempre la prestación del servicio.

Artículo 8°. (Exención de responsabilidad).- No cometen delito y están exentos de responsabilidad penal, civil y de cualquier otra índole el médico y los demás integrantes del equipo asistencial que prestan asistencia a quien pide ayuda para morir y actúan de acuerdo con las disposiciones de la presente ley.

Artículo 9°. (Modificación).- Modifícase el literal D) del artículo 17 de la Ley N° 18.335, de 15 de agosto de 2008, por el siguiente:

“D) Morir con dignidad, entendiendo dentro de este concepto el derecho a morir en forma natural, en paz, sin dolor, evitando en todos los casos prolongar artificialmente la vida del paciente cuando no existan razonables expectativas de mejora (futilidad terapéutica), con excepción de lo dispuesto en la Ley N° 14.005, de 17 de agosto de 1971, y sus modificativas”.

Artículo 10. (Certificado de defunción).- Modifícase al artículo 4° de la Ley N° 19.628, de 21 de junio de 2018, el que queda redactado en los siguientes términos:

“Los médicos que participaron de la asistencia de un persona fallecida están obligados a expedir el certificado de defunción, salvo que se tratase de una muerte de causa violenta o exista sospecha fundada de un delito, en cuyo caso se deberá dar noticia a la Fiscalía competente, quedando la expedición del certificado de defunción a cargo del médico forense.

La misma obligación alcanza a los médicos que practicaron la eutanasia en la forma dispuesta en la ley respectiva.

Cuando la muerte se haya producido por el procedimiento legal de eutanasia, en el certificado de defunción se indicará la causa básica de la muerte y además se hará constar que la eutanasia fue su causa final.

A todos los efectos la muerte por eutanasia será considerada como muerte natural”.

Artículo 11. (Comisión de Revisión).- Créase una Comisión Honoraria de Revisión, la que estará integrada por un representante del Ministerio de Salud Pública, un representante del Colegio Médico del Uruguay, un representante de la Universidad de la República y un representante de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo.

Dicha Comisión será presidida por el Ministerio de Salud Pública y tendrá como objeto la revisión de los procedimientos realizados en el marco del ejercicio del derecho de eutanasia, verificando que se haya efectuado en un todo conforme a lo dispuesto en la presente ley y su reglamentación.

Esta Comisión elaborará un informe anual pudiendo contar con la asesoría técnica de los organismos integrantes y la remitirá al Ministerio de Salud Pública y a través de este a la Asamblea General.

El plazo para la conformación de la Comisión será de hasta noventa días a partir de su reglamentación.

Artículo 12. (Derogación).- Derógase el artículo 46 de la Ley Nº 19.286, de 25 de setiembre de 2014.

Artículo 13. (Reglamentación).- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley en un plazo no mayor de ciento ochenta días desde la fecha de su promulgación.

Sala de la Comisión, 16 de julio de 2025

LUIS GALLO CANTERA
MIEMBRO INFORMANTE
JUAN GOROSTERRAZÚ RIVERO
FEDERICO PREVE COCCO
NIBIA REISCH

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA SOCIAL

INFORME EN MINORÍA

Señoras y señores Representantes:

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes, recomienda al Plenario aprobar el siguiente Proyecto de Resolución, por el que se rechaza el proyecto de ley con modificaciones: "MUERTE DIGNA. Regulación". (Carpeta N° 133/2025).

I.- Introducción

Nos corresponde la enorme responsabilidad de informar sobre un proyecto de ley que, de aprobarse, implicaría un cambio radical de nuestra sociedad: de sus fines, de los valores que fundamentan el Derecho, del carácter inherente de los Derechos Humanos, de su irrenunciabilidad, del deber de la sociedad de garantizar el derecho a la vida a todos por igual, de la igual dignidad de todo ser humano, del deber social de protección y especial ayuda a los más débiles.

Confiamos en que todos coincidimos en querer que las personas puedan transcurrir el final de sus vidas en paz y sin dolor, al igual que el resto de las etapas de su biografía. La diferencia principal no es la finalidad subjetiva que se persigue, sino cuáles son los medios convenientes para lograrlo.

No es prudente simplificar el debate entre sufrir o morir. Nadie quiere sufrir. Es preciso informar debidamente a la ciudadanía para conocer su postura sobre las prácticas actualmente disponibles para ejercer la autonomía al final de la vida, y sobre la eutanasia.

Luego de analizar los aportes de las distintas representaciones que comparecieron a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, estas son las conclusiones de quienes integramos, como minoría, dicha Comisión.

II.- LOS ARGUMENTOS PARA RECHAZAR LA LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA

1) NO compartimos que “la eutanasia es una cuestión de libertad individual y que es un derecho”. La cuestión en discusión no se trata de la libertad de alguien para acabar con su vida (lo que constituye la tragedia del suicidio que tanto nos ocupa), sino de que un tercero le provoque la muerte a una persona. Ningún pacto internacional de Derechos Humanos considera a la eutanasia como un derecho. Por el contrario, la consideran un atentado a derechos fundamentales y una desprotección a aquellos que pierden su derecho a la vida y al cuidado en manos de proyectos de ley como el que discutimos hoy.

Llamar “muerte digna” a la práctica de la eutanasia constituye una manipulación semántica que confunde a la ciudadanía. El título del proyecto no nombra el acto que regula -la provocación médica de la muerte- sino que lo disfraza con un concepto emocionalmente positivo y universal. Este uso del lenguaje tergiversa el debate democrático al instalar la idea de que, sin esta ley, las personas morirían “indignamente”, cuando en realidad ya existen herramientas legales y médicas para asegurar un final de vida en paz, sin dolor y sin adelantar la muerte. La dignidad es atributo de la vida, no del acto de matar.

2) No existe el derecho a disponer de la propia vida. Porque es un ejercicio contrario al orden público, un derecho irrenunciable): los demás (y especialmente los médicos e instituciones de salud) mantienen el deber de facilitar los medios para que viva, y de no facilitar los medios para que se mate.

Los supuestamente obligados (los médicos e instituciones de salud) tienen (igual que todos) el deber contrario, inherente a la personalidad: deber de no dañar, de no

matar. Y tienen un especial deber contrario: cuidar, aliviar, acompañar (manifestaciones jurídicas del deber ético de valorar).

Consideramos que el derecho a la vida es irrenunciable, sí se garantiza considerándolo de orden público: aunque un paciente quiera renunciar a él, sigue teniendo derecho a morir dignamente: “en forma natural”, sin eutanasia -art. 17 D Ley N° 18.335-.

No hay ninguna norma de derecho (nacional ni internacional) que establezca el derecho a disponer de la propia vida (salvo en países con ley de eutanasia o suicidio asistido).

3) El alivio al sufrimiento con los cuidados paliativos. Como señalamos al comienzo, la finalidad compartida por todos es que las personas mueran en paz y sin dolor.

Es fundamental la universalización de los cuidados paliativos, que permita que los usuarios de todo el país puedan acceder a los mismos.

En lugar de **reconocer su derecho a la vida**, y en vez de **garantizar** tal derecho exigiendo a las instituciones médicas y médicos que no adelanten su muerte, y tutelando esa vida con la respectiva sanción penal, esa misma sociedad, a través de la ley, establece un supuesto nuevo derecho, con el que viola todos esos derechos: derecho a la muerte, a través de un médico o de quien actúe por su orden, con la correspondiente “exención de toda responsabilidad civil, penal y de cualquier otra índole”.

Es la misma sociedad que, en lugar de **valorar a todos como igualmente dignos**, y de **ayudar más a quien más ayuda necesita**, la que devalúa la vida de los más necesitados de valoración, ayuda, acompañamiento y alivio: a un grupo de ciudadanos, les provoca el sufrimiento por el que piden la muerte, y luego les provoca alegando que ello corresponde a un nuevo derecho que les otorga: el derecho a perder todos sus derechos.

Cuando la persona sí tiene la opción de los cuidados paliativos, tampoco se exige un tiempo de atención en estos para confirmar la refractariedad del sufrimiento: si puede o no revertir, con tratamientos adecuados, según criterios médicos-paliativos. Se invoca como fundamento el **sufrimiento insoportable**, pero no se exige la existencia de este requisito, sino sólo su invocación. No tiene mayor sentido, porque siempre que una persona quiere morir es porque tiene un sufrimiento existencial insoportable.

El Dr. Marcos Gómez Sancho explica: *“Cuando un enfermo manifiesta deseo y voluntad de que lo maten no es morir lo que primariamente busca, sino acabar con una serie de condiciones: dolor, soledad, incapacidad propia, ser molestia y estorbo para los demás, miedos interiores, debilidad, depresiones normales, agotamiento, que le hacen la vida demasiado dura e imposible”. Y se pregunta: “¿No sería más humano aliviar estos síntomas que acceder de inmediato a lo que en otras condiciones él mismo rechazaría? Esta petición manifiesta fundamentalmente una demanda implícita para otro tipo de ayuda que está necesitando, o surge en un estado psicológico y afectivo demasiado condicionado por su actual situación. La respuesta mejor no consiste en darle gusto, cogerle la palabra, sino en ofrecerle aquellos medios sanitarios, psicológicos y afectivos que le hagan llevadera y soportable su vida a pesar de las condiciones degradadas en que se encuentra”*

4) La respuesta de la legalización de la eutanasia termina provocando lo que pretende evitar: el sufrimiento, e impidiendo que tal sufrimiento pueda superarse.

En efecto: como la ley de eutanasia determina qué personas son “eutanasiables” (quienes tienen una “patología o condición de salud crónica, irreversible e incurable” que “menoscabe gravemente su calidad de vida” según criterio del médico), **ya les está dando un mensaje a estas personas, que es opuesto al mensaje que dan los cuidados paliativos para ayudar a superar el sufrimiento.**

La ley de eutanasia, en cambio, les dice a estas personas que su estado de salud (crónico, incurable) y su calidad de vida determinan que su vida pueda ser eliminada, que no vale, que no tiene dignidad: por eso, les ofrece provocarles la muerte si ellos lo piden.

Así, estas personas que son las más vulnerables, quienes más necesitan que los valoren para poder valorarse, sentirán el estrés social (como dijo Theo Boer, desde su experiencia en Holanda), que los empujará a plantearse si vale la pena seguir viviendo, si podrán superar el sufrimiento, cuando la sociedad les está diciendo que no.

Hace falta escuchar a los expertos en cuidados paliativos, y ellos nos han dicho con claridad que tienen como principio básico (y así quedó reflejado en el proyecto de ley de cuidados paliativos) la valoración incondicional de la persona, independientemente de su condición de salud. Si la familia, la institución médica y la sociedad le dicen a un paciente que su vida no vale como la del resto como para considerarla irrenunciable, se atenta contra los objetivos compartidos de un final de vida digno.

III.- Principales objeciones al proyecto aprobado en Comisión.

1) Su amplitud: Como lo adelantábamos, una de las mayores objeciones que le hacemos a este nuevo proyecto es que amplía muchísimo el abanico de personas que podrán solicitar la eutanasia ya que no es solo para quien padece una enfermedad terminal; sino que se alcanza a todos aquellos que padezcan una patología o condición de salud crónica, incurable e irreversible. No importa si es una enfermedad crónica que tiene un tratamiento que permita controlarla, porque por más que esté controlada si es incurable e irreversible, es eutanasiable.

Incurable e irreversible no es lo mismo que terminal o en el final de la vida, sino que son características inherentes a la mayoría de las enfermedades crónicas: enfermedades vasculares, la mayoría de las enfermedades oncológicas, enfermedades respiratorias, diabetes, reumatismos, enfermedades autoinmunes, enfermedades inflamatorias intestinales, enfermedades renales, cirrosis hepática, enfermedades neurodegenerativas, enfermedades hereditarias, como para mencionar algunas de todas aquellas que quedarían alcanzadas. En cambio, cuando hablamos de enfermedad **terminal**, nos referimos a aquellas que además de ser irreversible e incurable, son progresivas por definición de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y con un pronóstico de vida menor a 6 meses.

Como si esa amplitud ya no fuera excesiva, el proyecto que estamos tratando hoy no refiere únicamente a patologías (enfermedades) con estas características, sino también a “condiciones de salud”. Como mencionamos, este concepto incluye condiciones de discapacidad física, vejez con limitación funcional, paraplejia, cuadriplejia, depresión crónica, entre otras.

2) Falta de garantías para el paciente: Este proyecto le ofrece al médico el poder de decidir que una persona debe morir, la protección legal para causarle la muerte u ordenar a otro que se la cause, y luego la supervisión legal para informar la muerte a las autoridades. Sin embargo, la falta de garantías para el paciente es notoria. **Varias instituciones han planteado con preocupación que el proyecto no da garantías al paciente.**

Además cabe destacar algunas disposiciones que no dan garantías al paciente:

A) Al establecer “**por un médico o a su orden**”: no da precisión sobre quién es la mano ejecutora del acto eutanásico. ¿Esto implica que lo puede realizar alguien que no sea médico? ¿enfermeros, auxiliares de enfermería, practicantes? ¿un familiar? No lo sabemos porque el texto no es claro.

B) **No se exige la intervención preceptiva un médico especializado** sino sólo para el caso de que el segundo médico no confirme la opinión del primero. Por lo que puede darse el caso de que los médicos que admitan la eutanasia lo decidan sin el conocimiento de la patología y las posibilidades de cura o tratamientos. No hay preceptivamente ni psiquiatra, ni psicólogo, ni especialista en cuidados paliativos, ni comité de bioética, ni asistente social, sino que el discernimiento de algo tan grave podría recaer en solo dos médicos generales. ¿Pueden dos médicos generales saber si se agotaron los recursos terapéuticos para tratar patologías específicas y complejas de las que quizás no tienen siquiera la formación suficiente?

C) **Carece de evaluación psiquiátrica preceptiva:** Tampoco hay ninguna referencia sobre quién califica que la persona sea psíquicamente apta. Ser psíquicamente apto es fundamental para garantizar que el paciente esté plenamente consciente de la decisión que está tomando.

D) **No hay control anterior ni concomitante:** El proyecto prevé un único control por parte del MSP que se realiza cuando ya se le dio muerte al paciente, cuando ya no hay posibilidades de revertir lo actuado. Durante el tratamiento de los proyectos anteriores en la Comisión de Salud del período pasado, tanto el Instituto de Derecho Civil de la UdelaR, el Instituto Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, la Cátedra de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la Unidad Académica de Bioética de la Facultad de Medicina de la UdelaR, la Comisión de Bioética de la Academia Nacional de Medicina, el Colegio Médico del Uruguay, la Federación Médica del Interior, **todos manifestaron de forma unánime que el control del procedimiento debe ser antes de que se realice la eutanasia, para que exista una vigilancia preventiva que detecte posibles errores.**

3) Imposición de modificaciones al Código de Ética Médica: Este proyecto deroga un elemento sustancial de un código que fue trabajado y plebiscitado por los médicos y elevado a rango de ley. Paradójicamente, el Parlamento -ideólogo del procedimiento de reforma del Código de Ética Médica votado en la ley de la creación del Colegio Médico- es quien decide violar ese procedimiento y atentar contra la autonomía de este colectivo.

Así lo manifestó oportunamente el Profesor de Derecho Constitucional de la UdelaR, el Dr. Correa Freitas: *“el Código de Ética Médica fue aprobado por un procedimiento especial, a iniciativa del Sindicato Médico y del Colegio Médico, y luego se llevó a cabo un referéndum entre todos los médicos socios del Sindicato Médico. Quiere decir que estamos frente a una ley que tuvo un procedimiento especial, razón por la cual debemos tener en cuenta el principio general de derecho que establece que la ley general no deroga una ley especial. En otros términos: para derogar o modificar las normas del Código de Ética Médica hay que seguir el mismo procedimiento. No bastaría con incluir o aprobar alguno de estos proyectos con un tercer proyecto, si se decidiera unir los dos, para solucionar el problema de la eutanasia, en la hipótesis de que existan mayorías, por*

supuesto, en ambas Cámaras, para aprobar uno u otro proyecto o un tercero. Este es un primer problema de orden formal que es importante”.

Cabe acotar que si bien una representación del Colegio Médico del Uruguay concurrió a la Comisión de Salud de Diputados a exponer su opinión, creemos que el colectivo médico en su conjunto y el resto del personal de salud del país no fue consultado sobre el tema, y lo que es mas preocupante, carece de la información necesaria sobre lo que implica el proyecto de ley.

4) Resulta inaceptable que el acceso a los cuidados paliativos no es condición previa: Algo que han planteado profesionales de la salud y referentes de diferentes instituciones médicas y cátedras universitarias, es que aun estando a favor de la eutanasia en casos excepcionales, **consideran inadmisibile legalizar la eutanasia sin antes tener efectivamente acceso de todos los uruguayos a cuidados paliativos.**

La eutanasia provocaría una grave injusticia para los uruguayos más desfavorecidos y no sería una cuestión de libertad, por la falta de equidad en el acceso a cuidados paliativos. No se trata solo de apoyar los Cuidados Paliativos, se trata de asegurarlos. Sin ellos, no podemos hablar de libertad sino de lo contrario: algunos ciudadanos estarían injustamente condicionados a tomar ciertos caminos, a causa de la insuficiencia de los cuidados a los que tienen acceso.

IV.- Hace falta otra respuesta

Creemos que la igual dignidad de toda persona exige a la sociedad que valore igualmente toda vida hasta su fin natural y que le procure los medios para aliviarla, acompañarla y ayudarla a sentirse valorada como tal, y que es esta valoración precisamente la que necesitan quienes están sufriendo, más aún cuando no consideran valiosa su vida: éste es el deber de la sociedad, que no puede cambiar, porque no depende de la voluntad del legislador, ni de las mayorías, ni de la percepción subjetiva, sino de la inherente dignidad de todo ser humano, expresada en sus derechos humanos fundamentales, inderogables e irrenunciables.

Como expresó el Dr. Miguel Pastorino: *“Lo que se pretende con los proyectos pro-eutanasia es ir contra los fundamentos de los derechos fundamentales. Se busca que no sea delito una forma de homicidio, y se lo llama “nuevo derecho”, cuando es un antiderecho que descarta a los seres humanos más desprotegidos, a los que más necesitan alivio, apoyo y contención emocional. Se les predica una libertad idealizada que solo abre la puerta a toda clase de abusos y manipulaciones insensibles bajo el argumento de la compasión. Hemos pasado de la estigmatización del suicidio a la romantización idílica de la autonomía para solicitar la muerte. En lugar de prevenir el suicidio, se lo termina promoviendo culturalmente -solo en enfermos y ancianos- como una opción que deberíamos apoyar empáticamente en las vidas que se consideran “indignas”, cuando la verdadera empatía –y compasión– es hacer propio el sufrimiento del otro y buscar aliviarlo y hacerlo sentir valioso hasta el final. Este tipo de proyectos, en tan solo unos pocos años, se presentan como urgencias en materia de derechos humanos, cuando en realidad son un retroceso en materia de derechos, una verdadera pérdida de derechos fundamentales y de garantías en la protección del derecho fundamental de los más vulnerables. El proyecto de eutanasia es un proyecto individualista que no piensa en los otros, y que no tiene en cuenta las injusticias sociales ya evidentes en todos los países donde es legal, donde personas en situaciones de discapacidad, depresión, pobreza o soledad acuden a la eutanasia para poner fin a su desesperación que no fue atendida por sistemas de cuidado insuficientes.*

Legalizar la eutanasia debilita y relativiza el fundamento de los derechos humanos y los principios fundamentales de la ética médica: la dignidad inherente de todo ser humano que no se pierde por enfermedad, ni por edad, ni por discapacidad. Pensar que hay vidas que pueden ser eliminadas por vivir en una condición llamada “indigna”, les haría valer menos y ser descartables. Sin embargo, para que no caiga mal se dice: “es tu derecho”, es “un nuevo derecho”, “es tu decisión”, como una expresión mágica que vuelve al homicidio en manos de un médico un acto de reconocimiento de derechos. ¿Qué se le propone al Estado? Que en lugar de mejorar las condiciones de vida de los más vulnerables, les proponga un “nuevo derecho”: que puedan pedir que los maten cuando

“sus vidas ya no tengan ningún sentido ni valor”. ¿Cuánto de esto tiene detrás injusticias sociales invisibilizadas de las que no nos queremos hacer cargo?” (17-12-2021).

Creemos que la legislación vigente de voluntades anticipadas y el acceso universal a cuidados paliativos de calidad, son la respuesta más humana, solidaria y justa que reconoce la dignidad y la libertad, protege la vulnerabilidad y valora a los ciudadanos, sin importar su condición o situación vital. Si nuestra legislación vigente ya defiende una muerte digna entendida como morir en paz, sin dolor y sin sufrimiento, de forma natural, sin prolongar innecesariamente la vida, ni adelantar la muerte (Ley N° 18.335, art. 17, Lit. D), y además nos ocupamos de que esto sea realidad gracias a un acceso real de todos los uruguayos a cuidados paliativos cuando los necesiten, no se entiende el apuro por despenalizar una forma de homicidio que en lugar de eliminar solo el sufrimiento, elimina al que sufre.

Lo más grave de los proyectos de ley de eutanasia y suicidio asistido, es que procurando satisfacer pedidos excepcionales se proponen ofrecer la muerte anticipada como una opción institucionalizada, lo que, a juzgar por lo ocurrido en otros países, terminará por estimular y promover una demanda hoy casi inexistente. A su vez, el derecho no solo transforma estructuras jurídicas, sino que crea cultura, cambia la mentalidad de lo que es deseable y lo que no, lo que ha de ser comprendido como un derecho y por lo tanto como un bien a proteger.

No siempre una ley crea demanda, pero en este caso se dan las condiciones para que si ocurra. No puede desconocerse la incidencia de las tendencias individualistas y utilitaristas, que configuran un campo propicio para visualizar al enfermo como carga, y priorizar lo económico por sobre la calidad de vida de los más frágiles. Sin soslayar que estamos inmersos en una cultura de lo inmediato y con cada vez más baja tolerancia a la frustración. En este marco, se normalizaría una práctica que puede aparecer como solución rápida para liberarse de las cargas que implican los cuidados de la salud en enfermedades graves e incurables.

No se puede desconocer que las leyes valen por sus efectos y no pueden ignorarse las lecciones aprendidas por otros países. Los proyectos de ley no deben analizarse por las intenciones, sino por sus previsibles efectos. Es un hecho que este tipo de legislaciones en otros países como Holanda, Bélgica o Canadá, muestran sus consecuencias trágicas: número de muertes anticipadas de personas, incluso sin su consentimiento, ampliación de los casos excepcionales, hasta personas sanas con sufrimientos psicológicos y personas con discapacidad o simplemente “cansadas de vivir”. Es un hecho que el cambio cultural que generan hace que las mismas víctimas que lo solicitan, perversamente sean presentadas a la sociedad como héroes que deciden renunciar a vivir, como muestras de autodeterminación, pero presionados por una sociedad que comenzó diciéndoles que era su derecho y ahora lo ha convertido en un mandato social para quienes ya no son productivos, son dependientes y no tienen una vida considerada “digna” por los estándares actuales de lo que sería una vida “de calidad”.

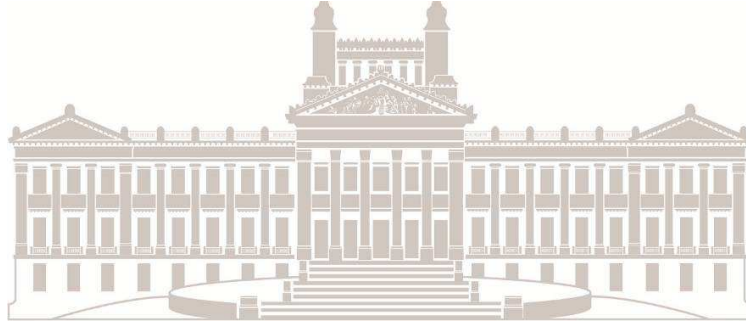
La responsabilidad política en un asunto tan grave, exige un discernimiento y una discusión mucho más profunda y una mayor prudencia en la toma de decisiones que afectarán a los más desprotegidos de nuestra sociedad.

La legalización de la eutanasia no solo modifica normas legales, sino que transforma el imaginario social. Cuando el Estado convierte la muerte en una opción institucional, deja de ser un garante incondicional del cuidado y pasa a validar la idea de que hay vidas menos valiosas o directamente prescindibles. Esto afecta especialmente a los más frágiles -ancianos, discapacitados, enfermos crónicos o personas solas- que podrían empezar a sentir presión moral o económica para justificar su derecho a seguir viviendo. Una sociedad verdaderamente humana no elimina al que sufre: lo sostiene y acompaña hasta el final.

Considerando lo expuesto anteriormente, los abajo firmantes de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes, aconsejamos al Plenario la aprobación del siguiente proyecto de resolución.

Sala de la Comisión, 16 de julio de 2025

ANDRÉS GREZZI DE ARMAS
MIEMBRO INFORMANTE
NICOLLE SALLE
JOSÉ LUIS SATDJIAN



PROYECTO DE RESOLUCIÓN

Artículo único.- Recházase el proyecto de ley con sus modificaciones, contenido en la Carpeta N° 133/2025, “MUERTE DIGNA. Regulación”.

Sala de la Comisión, 16 de julio de 2025

ANDRÉS GREZZI DE ARMAS
MIEMBRO INFORMANTE
NICOLLE SALLE
JOSÉ LUIS SATDJIAN

APÉNDICE

Disposiciones referidas

—

PROYECTO DE LEY EUTANASIA. Regulación C/133/25 Repartido 214	Artículo referente
Ley N° 18.335, 15 de agosto de 2008 DERECHOS Y OBLIGACIONES DE PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD CAPITULO IV DE LOS DERECHOS RELATIVOS A LA DIGNIDAD DE LA PERSONA Artículo 17.- Todo paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno. Este derecho incluye, entre otros, a: D) Morir con dignidad, entendiendo dentro de este concepto el derecho a morir en forma natural, en paz, sin dolor, evitando en todos los casos anticipar la muerte por cualquier medio utilizado con ese fin (eutanasia) o prolongar artificialmente la vida del paciente cuando no existan razonables expectativas de mejoría (futilidad terapéutica), con excepción de lo dispuesto en la Ley N° 14.005, de 17 de agosto de 1971, y sus modificativas. Ley N° 14.005, de 17 de agosto de 1971 DONACION PARA USO CON FINES CIENTIFICOS Y TERAPEUTICOS DEL CUERPO U ORGANOS Y TEJIDOS. REGISTRO NACIONAL DE DONANTES DE ORGANOS Y TEJIDOS	9º
Ley N° 19.628, de 21 de junio de 2018 CREACION DEL MARCO NORMATIVO RELATIVO A LA EXPEDICION DE CERTIFICADOS DE DEFUNCION Artículo 4.- Los médicos que participaron de la asistencia de una persona fallecida están obligados a expedir el certificado de defunción, salvo que se tratara de una muerte de causa violenta o exista sospecha fundada de un delito, en cuyo caso deberá dar intervención a la autoridad judicial, quedando la expedición del certificado de defunción a cargo del médico forense que disponga el Juez competente, tras las pericias que éste ordene realizar.	10

Ley N° 19.286, de 25 de setiembre de 2014	13
APROBACION DEL CODIGO DE ETICA MEDICA CAPÍTULO VI PROBLEMAS ÉTICOS ESPECÍFICOS SECCIÓN II FINAL DE LA VIDA HUMANA <u>Artículo 46.</u>- La eutanasia activa entendida como la acción u omisión que acelera o causa la muerte de un paciente, es contraria a la ética de la profesión.	