



ASOCIACIÓN NACIONAL  
DE  
MÉDICOS FORENSES

## REVISTA ESPAÑOLA DE MEDICINA LEGAL

[www.elsevier.es/mlegal](http://www.elsevier.es/mlegal)



### REVISIÓN

# Estudio médico legal de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia en España en comparación con el resto de los países que regulan la eutanasia y/o el suicidio asistido

Mercedes Martínez-León\*, Jorge Feijoo Velaz, Daniel Queipo Burón y Camino Martínez-León

Área de Medicina Legal y Forense, Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid, España

Recibido el 16 de diciembre de 2021; aceptado el 24 de enero de 2022

Disponible en Internet el xxxx

#### PALABRAS CLAVE

Eutanasia;  
Suicidio asistido;  
Ayuda para morir;  
Regulación

**Resumen** La regulación de la eutanasia ha sido objeto de debate desde hace años, desde los campos de la medicina, el derecho y la bioética, y por tanto de la medicina legal, en la que estas 3 disciplinas convergen. En los últimos 30 años hemos vivido un proceso de despenalización y regulación en diferentes países del mundo. Actualmente la eutanasia y/o el suicidio asistido están regulados en 7 países: Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Canadá, Colombia, Nueva Zelanda y España, así como en 11 estados de EE. UU.: Oregón, Washington, Montana, Vermont, California, Colorado, Hawai, Maine, Nueva Jersey, Nuevo México y el Distrito Federal de Columbia/Washington D.C., y en 2 estados de Australia: Estado de Victoria y Australia Occidental. En este trabajo de revisión realizamos un estudio sobre los aspectos más importantes de la nueva Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia en España comparando con el resto de los países en los que también tienen la regularización de la eutanasia y/o el suicidio asistido.

© 2022 Asociación Nacional de Médicos Forenses. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

#### KEYWORDS

Euthanasia;  
Assisted suicide;  
Help to die;  
Regulation

**Medico legal study of the organic law of the regulation of euthanasia in Spain compared to the rest of the countries that regulate euthanasia and / or assisted suicide**

**Abstract** The regulation of euthanasia has been the subject of debate for years, from the fields of Medicine, Law and Bioethics, and therefore of Legal Medicine, in which these three disciplines converge. In the last thirty years we have experienced a process of decriminalization and regulation in different countries of the world. Currently euthanasia and/or assisted suicide are regulated in 7 countries: Holland, Belgium, Luxembourg, Canada, Colombia, New Zealand

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [mercedes.martinez.leon@uva.es](mailto:mercedes.martinez.leon@uva.es), (M. Martínez-León), [jorgenihil@gmail.com](mailto:jorgenihil@gmail.com), (J. Feijoo Velaz), [daniel.queipo@uva.es](mailto:daniel.queipo@uva.es), (D. Queipo Burón), [caminomar74@gmail.com](mailto:caminomar74@gmail.com) (C. Martínez-León).

and Spain, as well as in 11 US states: Oregon, Washington, Montana, Vermont, California, Colorado, Hawaii, Maine, New Jersey, New Mexico and the Federal District of Columbia / Washington D.C., and in 2 states of Australia: State of Victoria and Western Australia. In this review work we carry out a study on the most important aspects of the new law of the regulation of euthanasia in Spain compared to the rest of the countries in which they also have the regularization of euthanasia and / or assisted suicide.

© 2022 Asociación Nacional de Médicos Forenses. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

Como sugiere su etimología, procede del griego eu: bueno, y thanatos: muerte, eutanasia significa «buena muerte», en el sentido de una muerte apacible sin dolores ni tormentos. Con esta acepción la introdujo en el vocabulario el científico Francis Bacon (1623), con el sentido de aliviar los sufrimientos y procurar una muerte tranquila y serena<sup>1</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la eutanasia como «aquella acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa y reiterada de este»<sup>2</sup>.

La regulación de la eutanasia ha sido objeto de debate desde hace años, desde los campos de la medicina, el derecho y la bioética, y por tanto de la medicina legal, en la que estas 3 disciplinas convergen. En los últimos 30 años hemos vivido un proceso de despenalización y regulación en diferentes países del mundo. Actualmente la eutanasia y/o el suicidio asistido están regulados en 7 países: Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Canadá, Colombia, Nueva Zelanda y España, así como en 11 estados de EE. UU.: Oregón, Washington, Montana, Vermont, California, Colorado, Hawai, Maine, Nueva Jersey, Nuevo México y el Distrito Federal de Columbia/Washington D.C., y en 2 estados de Australia: Victoria y Australia Occidental<sup>3</sup>.

## Aspectos importantes de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia en España

La entrada en vigor el 25 de junio de 2021, de la Ley Orgánica 3/2021 de Regulación de la Eutanasia en España (LORE), ha supuesto un cambio importante en el ejercicio profesional médico.

Eutanasia es la actuación de un profesional sanitario que produce la muerte de un paciente de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo de este, y que se lleva a cabo en un contexto del sufrimiento debido a una *enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante* que el paciente experimenta como sufrimiento intolerable y que no ha podido ser mitigado por otros medios.

Según el artículo 3. Definiciones de la LORE<sup>4</sup>:

*Enfermedad grave e incurable*: es la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere

tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva. Un ejemplo sería el cáncer.

*Padecimiento grave, crónico e imposibilitante*: situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico. Como ejemplo, podría ser una limitación progresiva a largo plazo como una EPOC o un ictus o de un deterioro prolongado como una esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple o distrofia muscular.

Por lo que vemos, la LORE amplía la posibilidad de poder realizar la prestación de ayuda para morir (PAPM) a otro tipo de enfermos con padecimiento grave, crónico e imposibilitante no solo a los pacientes con una enfermedad grave e incurable, como ocurre en otros países, por ejemplo en determinados estados de EE.UU., Colombia y Australia.

Otras definiciones importantes de la LORE<sup>2,4</sup> son:

*Médico responsable*: es un facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo, en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales. Puede ser cualquier profesional médico, como por ejemplo el médico de la familia u otro médico especialista de confianza como un médico internista.

*Médico consultor*: es un facultativo con formación en el ámbito de las enfermedades que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable. Puede ser un médico con formación o un especialista en la enfermedad que padece el paciente, como por ejemplo un oncólogo, un neurólogo, un geriatra, un internista, un generalista o un médico de familia.

R Las 2 modalidades de la PAPM<sup>[4]</sup> serían:

1) La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente (eutanasia).

2) La prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte (suicidio asistido).

*Situación de incapacidad de hecho*: situación en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes

para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica. La valoración de la incapacidad de hecho corresponde al médico responsable quien coordina toda la información y la asistencia sanitaria del paciente. El médico responsable es el encargado de valorar la situación de incapacidad de hecho conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud<sup>5</sup>.

Respecto a las personas aquejadas de trastornos mentales, se ha estimado conveniente una revisión de la realización de los documentos de instrucciones previas o voluntades anticipadas, cuando incluyan la solicitud de la eutanasia, de manera que quede acreditada la capacidad de consentimiento informado<sup>6</sup>. Ya que, como vemos en los requisitos de la PAMP (tabla 1), es la única excepción en la que personas con incapacidad de hecho. Solamente se podrá realizar esta PAMP, si previamente hubiesen realizado un documento de instrucciones previas en el que quede acreditado su deseo o voluntad respecto de la solicitud de la eutanasia.

Los requisitos de la PAMP los podemos ver en la tabla 1<sup>4</sup>.

El proceso regulado en la ley se puede resumir de la siguiente manera (fig. 1):

- 1) Solicitud de PAMP. Se realizará por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia (cuando las condiciones de salud no permitan al paciente fechar y firmar sería válido en formato audiovisual, ratificada la veracidad de la grabación por el médico responsable), firmada por el paciente que la solicita y un médico, que puede ser el médico responsable del paciente o no. Si no es el médico responsable, se lo entregará a este.
- 2) Una vez recibida la solicitud, en el plazo máximo de 2 días, el médico responsable debe comprobar que el

paciente cumple con los requisitos (es mayor de edad, residente en España, capaz y competente y sufre una enfermedad grave, crónica e incapacitante o grave e incurable). En este momento el médico responsable realizará un proceso deliberativo con el paciente sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas (incluidos los cuidados paliativos) y los resultados esperables. Esta información debe facilitarse también por escrito.

- 3) Si la persona decide continuar, deberá realizar una segunda solicitud dejando al menos 15 días naturales desde la primera. Esta segunda solicitud será igualmente por escrito o por otro medio que permita dejar constancia (cuando las condiciones de salud no permitan al paciente fechar y firmar sería válido en formato audiovisual, ratificada la veracidad de la grabación por el médico responsable) y firmada por el paciente y el médico responsable habitualmente, aunque en algunos casos también puede ser firmada la solicitud por otro profesional médico que siempre le hará llegar la solicitud al médico responsable.
- 4) Tras recibir la segunda solicitud, el médico responsable retomará en el plazo máximo de 2 días el proceso deliberativo, a fin de resolver las dudas o la necesidad de ampliación de la información.
- 5) Trascorridas 24 h desde la finalización del proceso deliberativo anterior, el médico responsable recabará del paciente solicitante su decisión de continuar o no. En caso afirmativo, firmará en este momento el consentimiento informado. Igualmente, se informará en este momento al equipo asistencial y a los familiares, en el caso de que así lo solicitara el paciente.
- 6) El médico responsable deberá solicitar en este momento la opinión de un médico consultor. Este médico consultor debe ser un facultativo con formación en el ámbito de las enfermedades que sufre el paciente y ajeno al equipo del médico responsable. Su función consiste en elaborar un informe sobre el cumplimiento o no de los requisitos, y comunicarle las conclusiones al paciente.
- 7) Con el informe favorable del médico consultor, el médico responsable pondrá el caso en conocimiento de la Comisión de Garantía y Evaluación. Dicha comisión designará a 2 de sus miembros, un médico y un jurista, para que comprueben que se cumplen los requisitos y las condiciones.
- 8) La comisión pondrá en conocimiento del médico responsable la resolución definitiva, que, en caso de ser favorable, permitirá proceder a realizar la PAMP. Si el paciente decide autoadministrarse la medicación que acabará con su vida, el equipo asistencial mantendrá la debida tarea de observación y apoyo hasta el momento del fallecimiento.
- 9) Tras el fallecimiento del paciente, el médico responsable emitirá a la Comisión de Garantía y Evaluación 2 documentos sobre el procedimiento seguido para que esta comisión realice una revisión a posteriori.

**Tabla 1** Requisitos de la prestación de ayuda para morir

- Tener nacionalidad española, residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en el territorio español superior a los 12 meses, la mayoría de edad y ser capaz y consciente.
- Disponer por escrito de la información de su proceso médico, las alternativas, incluidos los cuidados paliativos y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.
- Haber formulado 2 solicitudes de manera voluntaria y por escrito o por otro medio que permita dejar constancia (cuando las condiciones de salud no permitan al paciente fechar y firmar sería válido en formato audiovisual), dejando una separación de al menos 15 días naturales entre ambas.
- Presentar una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante.
- Prestar el consentimiento informado previo a la PAMP, que se incorpora a la historia clínica.
- Personas en «Situación de incapacidad de hecho» solamente si han realizado previamente un documento de instrucciones previas, un testamento vital o voluntades anticipadas, en el que conste específicamente su voluntad respecto a la posibilidad de la eutanasia.

Otro de los aspectos importantes de la LORE<sup>4</sup>, es el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales directamente implicados en la PAMP, que en el artículo 3 de la citada ley: «Objeción de conciencia sanitaria»: derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender

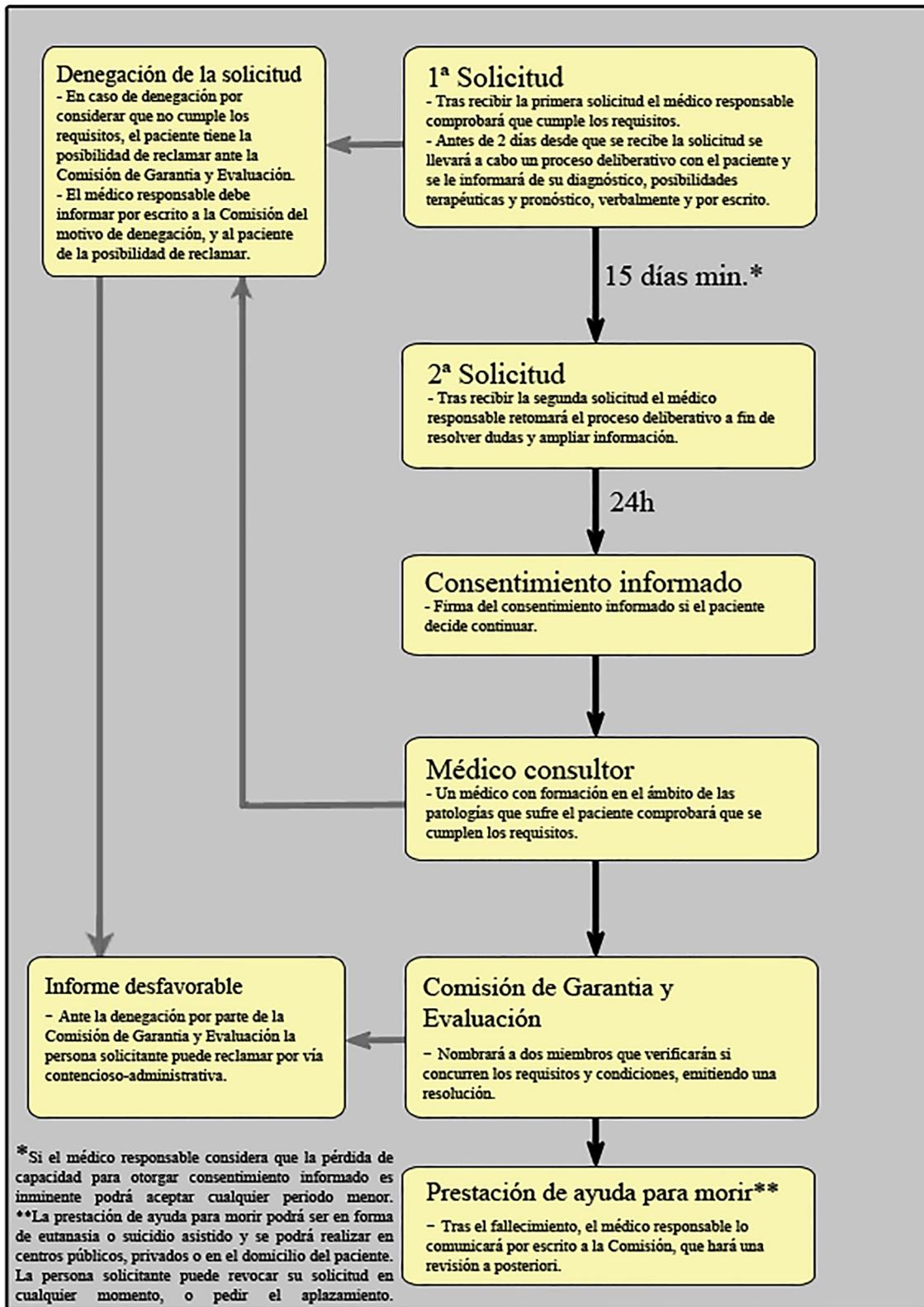


Figura 1 Procedimiento para la prestación de ayuda para morir (PAPM).

aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones y en el artículo 16.

*Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.*

Los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia.

El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.

Las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la PAMP.

En la [tabla 2](#), vemos un resumen de los profesionales sanitarios directamente implicados en la PAMP que podrían ejercer su derecho a la objeción de conciencia de acuerdo con el artículo 16.1 de la LORE, y que son aquellos que realicen actos necesarios o simultáneos, sin los cuales no fuese posible llevarla a cabo<sup>5</sup>.

Como resumen, podemos concluir que la LORE sigue el modelo anglosajón basado en el estado de Oregón, primer estado de EE. UU. en legalizar la práctica del suicidio asistido en 1997 y en la ley canadiense. La ley española es una regulación muy garantista con requisitos y plazos muy concretos que cumplir, que tenemos desarrollados en todos los modelos de documentos necesarios a cumplimentar en el «Manual de buenas prácticas en eutanasia» editado por el Ministerio de Sanidad<sup>6</sup>. Los plazos y flujogramas del proceso que hay que cumplir para poder realizar la PAMP vienen muy detallados en «Derecho a la eutanasia. Guía del proceso general y plazos de la PAMP», editado por la gerencia de Salud de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León<sup>7</sup>.

Es importante tener en cuenta que Colombia y España son los 2 únicos países en que para realizar esta PAMP es necesario un informe previo favorable por parte de las Comisiones de Garantías y Evaluación de cada Comunidad Autónoma. Sin embargo, en Holanda y Bélgica la actuación de las Comisiones Regionales Holandesas y Belgas es con posterioridad a la práctica de la ayuda en el morir.

**Tabla 2** Resumen de los profesionales sanitarios que podrían ejercer su derecho a la objeción de conciencia

- Médico responsable
- Médico consultor
- Profesionales de la medicina y de enfermería que intervengan en la PAMP
- Otros profesionales de la medicina y de enfermería que intervengan en la PAMP como psiquiatras y psicólogos clínicos
- Farmacéuticos/as en el caso de la necesidad de fórmulas magistrales y de kits de medicamentos para la PAMP

## Países en los que está regulada la práctica de la eutanasia y/o el suicidio asistido

### Holanda

Holanda fue el primer país del mundo en tener una ley reguladora de la eutanasia y el suicidio asistido en abril de 2002 mediante la Ley 26691/2001 «Ley de terminación de la vida a petición propia y de auxilio al suicidio».

La ley holandesa permite la aplicación de la ayuda para morir a menores por encima de los 12 años, siempre que se les considere capaces de hacer una evaluación razonada de sus intereses y uno de los padres esté de acuerdo con la decisión. Entre los 16 y los 18 años los padres solamente participarán en la toma de la decisión.

Uno de los aspectos más controvertidos de la ley holandesa, además de incluir a los menores de edad, es el practicar la eutanasia en los pacientes cuya causa de sufrimiento es única o principalmente un trastorno psiquiátrico<sup>8</sup>, lo que expresamente está prohibido en otros países.

Las RTE (Regionale Toetsingscommissies Euthanasie) son las Comisiones Regionales de Revisión de la Eutanasia, encargadas de revisar cada caso de eutanasia o suicidio asistido ya realizado para comprobar a posteriori el cumplimiento de los criterios, así como de emitir anualmente un informe con los datos referentes a los casos de eutanasia y suicidio asistido llevados a cabo.

La actuación de las Comisiones Regionales Holandesas y Belgas es con posterioridad a la práctica de la ayuda en el morir. Sin embargo, en Colombia y en España para que se puede realizar la PAMP es imprescindible contar con un informe previo favorable de un médico y un jurista miembros de las Comisiones de Garantías y Evaluación de cada comunidad.

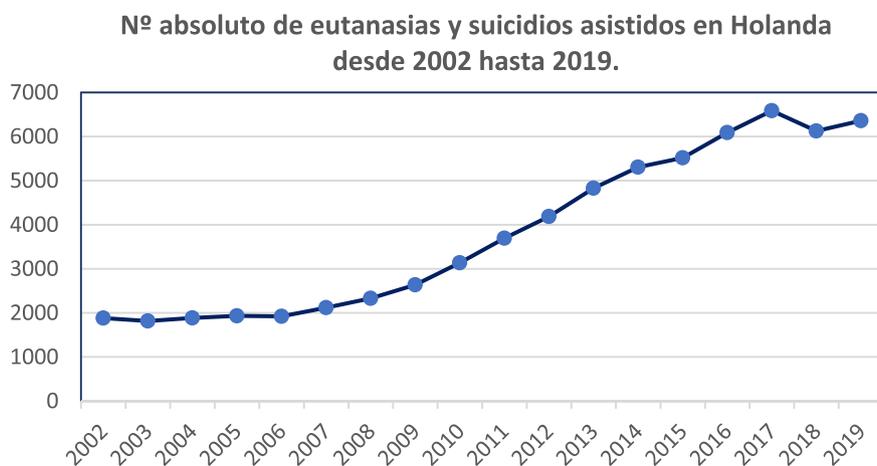
En la [figura 2](#), vemos cómo desde el año 2002, se practicaron un total de 1.882 eutanasias siguiendo una tendencia creciente con alguna pequeña disminución en el número de casos de eutanasias y suicidios asistidos practicados<sup>9</sup>.

En cuanto a las enfermedades que motivaron la solicitud, en todos los años la primera causa fue el cáncer<sup>10</sup>, seguidamente aparecen las enfermedades del sistema nervioso, cardiovasculares y pulmonares, en ese orden. Las prestaciones a los enfermos mentales y con demencia suponen un porcentaje bajo respecto al total (3,02% en demencia y 1,07% en la enfermedad mental en el año 2019), pero que se ha visto incrementado progresivamente: en el año 2010 el porcentaje era de 0,80% en demencia y 0,06% en enfermedad mental. Los casos en los menores de edad son muy esporádicos: 9 casos en los últimos 6 años, con ninguno en el 2019.

### Bélgica

En mayo de 2002 Bélgica aprobó una ley reguladora de la eutanasia, pero no la del suicidio asistido.

La gran peculiaridad de la ley belga es que, desde la modificación de 28 de febrero de 2014 se puede aplicar la eutanasia a cualquier menor de edad, siempre que esté dotado de la capacidad de discernimiento y consciente en el



**Figura 2** Datos obtenidos de los Informes Anuales publicados por las Comisiones Regionales de Revisión de la Eutanasia (RTE)<sup>9</sup>.

momento de la solicitud. Para que un menor de edad reciba la eutanasia debe encontrarse además en una situación terminal y los padres deben estar de acuerdo. Hoy en día es el único país sin límite de edad para la eutanasia, y junto a Holanda y a Colombia, los únicos que permiten la eutanasia en menores de edad<sup>11</sup>.

Existe una Comisión Federal de Control y Evaluación que revisa cada informe emitido posteriormente a la realización de la eutanasia. Esta comisión elabora un informe de datos bianual<sup>12</sup>.

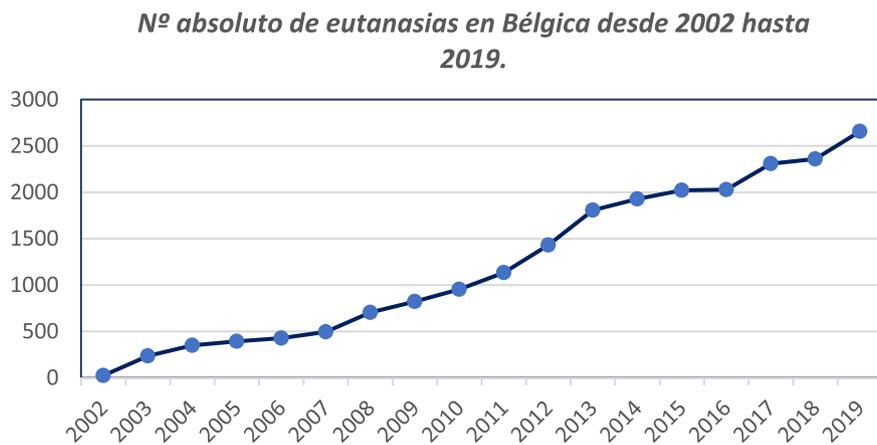
Como observamos en la *figura 3*, el número de eutanasias practicadas en Bélgica desde el año 2002, ha ido creciendo de forma considerable, con 24 eutanasias en el año 2002 hasta el último año con 2.656 eutanasias practicadas. En cuanto a las causas, el cáncer fue la enfermedad más frecuentemente referida, aunque como en Holanda, con un descenso progresivo desde 195 casos (82,98% del total) en el año 2003 hasta 1.659 (62,46% del total) en el año 2019. Los siguientes motivos son la pluripatología, las enfermedades del sistema nervioso, del sistema circulatorio y de los pulmones, por ese orden. Los motivos psiquiátricos (incluyendo demencia) son poco frecuentes, con 49 casos (1,84% del total) en el año 2019. La eutanasia en los menores de edad es excepcional, con 4 casos desde la legalización, uno en el año 2019.

### Luxemburgo

Se encuentran reguladas tanto la eutanasia como el suicidio asistido desde 2009. Sigue el modelo holandés y belga: requiere que el paciente se encuentre en una situación de sufrimiento físico o psíquico irreversible, que la solicitud se realice de forma voluntaria, reflexiva y repetida (aunque no establece periodos concretos), que no haya otra alternativa razonable a la situación del paciente y que los requisitos sean verificados por un médico consultor independiente. Así mismo, contempla la eutanasia y el suicidio asistido de los pacientes que así lo hayan reflejado en sus voluntades anticipadas o un documento equivalente. A diferencia de las leyes holandesa y belga, no contempla supuestos para la aplicación en los menores de edad.

### Suiza

El Código Penal suizo prohíbe claramente la eutanasia, aunque rebajando su condena respecto a la del homicidio no voluntario, y solo condena la asistencia al suicidio si esta aparece motivada por fines egoístas.



**Figura 3** Datos obtenidos de los Informes de Eutanasia («Rapport Euthanasie») publicados por la «Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie»<sup>12</sup>.

Esta falta de legislación de la asistencia al suicidio por motivos no egoístas permite que Suiza cuente con un suicidio asistido bastante diferente al aplicado en otros países:

- Puede aplicarse sobre cualquier persona, no siendo necesario el cumplimiento de requisitos médicos.
- Puede ser aplicado por cualquier persona. Estos 2 puntos sitúan a la asistencia al suicidio fuera del acto médico.
- Existen organizaciones creadas con el fin de asistir al suicidio. Las más conocidas son Exit, que presta asistencia al suicidio a ciudadanos suizos, y Dignitas, cuyos clientes son ciudadanos de otros países en los que la eutanasia y el suicidio asistido están penados.
- No existen datos oficiales sobre la asistencia al suicidio, ya que se contabilizan como cualquier suicidio. Los datos disponibles son los ofrecidos por las organizaciones antes mencionadas.

### Estados Unidos

Desde 1997 son 10 estados y un distrito federal los que han aprobado el suicidio asistido dentro de un plan de cuidados al final de la vida: Oregón (1997), Washington (2009), Montana (2009), Vermont (2013), California (2016), Colorado (2016), Hawai (2019), Maine (2019), Nueva Jersey (2019), Nuevo México (2021) y el Distrito Federal de Columbia/Washington D.C. (2017).

El suicidio asistido está regulado por la ley para los pacientes mayores de 18 años con un pronóstico de vida inferior a los 6 meses y un sufrimiento que no puede ser aliviado. En ningún estado es legal el suicidio asistido de los pacientes no terminales.

En el último informe de 2020 del estado de Oregón, se observa claramente la tendencia creciente en el número de suicidios medicamente asistidos desde 1998 con 16 casos, hasta el último año 2020 con 245 suicidios asistidos. La edad media fue 74 años (81% por encima de 65 años), con un ligero predominio de los hombres (50,6%, aunque este porcentaje llegaba hasta el 59,7% en 2019) y con el cáncer como condición médica principal (66%), aunque este porcentaje había disminuido respecto a los años anteriores, donde alcanzaba el 70-85%<sup>13</sup>.

### Canadá

En 2014 la provincia de Quebec legalizó la eutanasia dentro de la aprobación de una Ley de cuidados al final de la vida. Posteriormente, en el año 2016 por orden de la Corte Suprema, se legalizó la eutanasia y el suicidio asistido en todo el país<sup>14</sup>. El paciente debe ser mayor de 18 años y padecer de una enfermedad grave e irreversible que le provoque un estado avanzado de dependencia y un sufrimiento psíquico o físico que no pueda ser aliviado bajo unas condiciones que considere aceptables. La asistencia para morir no se limita solo a los enfermos terminales. Además, especifica que aquellos pacientes cuya única condición médica sea de carácter mental no pueden ser, de momento, subsidiarios de la asistencia a morir.

El último informe anual emitido por Canadá, en 2019, revela datos muy parecidos a los de Holanda y Bélgica. Por una parte, el número de eutanasias ha aumentado

progresivamente, siendo en ese año de 5.631, con un incremento del 26,1% respecto al 2018. La edad media es de 75,2 años, con diferencias muy leves entre sexos (50,9% hombres y 49,1% mujeres). El cáncer fue la condición médica más frecuentemente referida, con el 67,2% de casos.

### Colombia

Colombia es el único país de Latinoamérica en el que la eutanasia y/o el suicidio asistido están permitidos. En el año 2015 se practicó la eutanasia por primera vez, solo para los adultos y desde entonces 40 pacientes han recibido la eutanasia.

Establece situaciones particulares en distintos rangos de edad, y siempre bajo la condición de que la enfermedad sea terminal y el sufrimiento constante, insoportable y no pueda ser aliviado. El otro requisito es que el consentimiento sea libre, informado e inequívoco. Ambos criterios deben ser valorados por un médico, pero también por un Comité Científico-Interdisciplinario. Esto convirtió a Colombia en el primer país que obligaba a una valoración previa por parte de un Comité. Como en la actual ley española que también es necesario un informe favorable previo de la Comisión de Garantías y Evaluación.

Los menores de 6 años quedan excluidos, así como aquellos con discapacidades mentales o trastornos psiquiátricos. Entre los 6-12 años, solo se podrá practicar en casos excepcionales, pero será obligatorio la autorización de los padres. Entre 12-14 años prevalece la autonomía del menor, pero será obligatoria la concurrencia de los padres. Y a partir de los 14 años, solo contará con la voluntad del adolescente.

### Australia

Aunque se ha dicho que Holanda fue el primer país en legalizar la eutanasia, esto no es del todo cierto. En el estado del Territorio del Norte de Australia una ley que entró en vigor el 1 de julio de 1996 no llegó al año. Durante ese tiempo, 7 pacientes solicitaron la eutanasia, que se completó en 4 de ellos.

El estado de Victoria cuenta con una ley de muerte asistida, que entró en vigor en junio de 2019. Se trata de una de las leyes más extensas, regula el suicidio asistido y la eutanasia en los pacientes terminales.

En el estado de Australia Occidental en 2019 se aprobó una ley de muerte asistida muy similar a la de Victoria. La principal diferencia es que equipara la eutanasia y el suicidio asistido.

### Alemania

El Código Penal alemán (Strafgesetzbuch) en su §216 recoge el homicidio bajo demanda como delito penado con pena de prisión de entre 6 meses y 5 años. En el siguiente §217 recoge que la asistencia al suicidio llevada a cabo con intención repetitiva está penada con hasta 3 años de prisión, o multa. Sin embargo, el punto 2 exime a aquellos que no tengan una intención repetitiva, y sean familiar o persona cercana<sup>15</sup>.

Por tanto, lo que busca el Código Penal alemán es despenalizar el suicidio asistido esporádico, llevado a cabo

por familiares de manera aislada. Esto sitúa al suicidio asistido fuera del acto médico y prohíbe la existencia de empresas privadas dedicadas a ayudar a morir. El 26 de febrero de 2020 el Tribunal Constitucional Federal de Alemania declaró nulo dicho artículo 217, abriendo la posibilidad de una regulación más amplia del suicidio asistido.

### Nueva Zelanda

En octubre de 2020 Nueva Zelanda aprobó su Ley de decisión al final de la vida (End of Life Choice). Se trata de una ley reguladora tanto de la eutanasia como del suicidio asistido en los pacientes terminales, mayores de edad, con un sufrimiento físico o psíquico que no pueda ser aliviado en unas condiciones que consideren aceptables. La ley entró en vigor el 6 noviembre de 2021.

### Otros países

En muchos países todavía sigue existiendo un intenso debate, tanto a nivel ético como legal<sup>16</sup>.

Portugal es ejemplo de ello. En enero de 2021 su parlamento aprobó una ley despenalizadora de la eutanasia en determinados supuestos no limitados a los enfermos terminales, que fue revocada por el Tribunal Constitucional antes de su entrada en vigor.

El 5 de noviembre de 2021 el parlamento aprobó de nuevo la norma que despenalizaba la eutanasia. Pero finalmente otra vez, el presidente de Portugal, Marcelo Rebelo de Sousa, ha vetado la ley.

El Reino Unido es el fundador de los cuidados paliativos «care not killing». Es uno de los lugares más firmes contra el suicidio asistido<sup>1</sup>, se han leído múltiples propuestas de

legalización del suicidio asistido, la última creada en 2019 y pendiente todavía de segunda lectura en la Cámara de los Lores.

En Francia, una ley de marzo de 2015 permite la sedación «profunda y continua» de los pacientes en fase terminal, regula los testamentos vitales, pero favoreciendo «los cuidados paliativos». La eutanasia está calificada jurídicamente de asesinato o envenenamiento con premeditación, y puede castigarse con cadena perpetua. En marzo de 2021 se rechazó en el senado una ley reguladora de la eutanasia.

En Italia, la Ley de Testamento Vital dice que, no serán vinculantes las decisiones del enfermo sobre el fin de la vida y que la última palabra la tiene el médico. El texto prohíbe la eutanasia, sinónimo de homicidio voluntario, así como el suicidio asistido. El Tribunal Constitucional afirmó en 2019 que hay determinados supuestos en los que la eutanasia no debe ser castigada<sup>3</sup>.

La figura 4 resume las legislaciones de los países y los estados expuestos.

Pensamos que antes de llegar a solicitar la petición de la práctica de la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, o PAMP, sería muy importante también desarrollar en todos los países unos adecuados planes de cuidados paliativos, para también como alternativa poder ayudar a vivir a los enfermos terminales el tiempo que les quede sin sufrimientos físicos ni psíquicos, ya que, no es fácil diferenciar si un paciente desea morir o desea dejar de sufrir. Los cuidados paliativos son un tipo de asistencia que tiene como objetivo proporcionar bienestar, comodidad y la mejor calidad de vida<sup>17</sup>. Así lo hicieron los países como Bélgica y Luxemburgo que aprobaron en el mismo día simultáneamente, la Ley Reguladora de la Eutanasia y la Ley de los Cuidados Paliativos como alternativa.

	Tipo de regulación	Año	Limitado a pac. terminales	Aplicable en menores	Casos en el último año (% mortalidad)	Variación nº casos año anterior	Motivo principal (%)	Sexo y edad más frecuentes (%)
Holanda	Ley de eutanasia y suicidio asistido	2002	No	Sí (≥12 años)	6326 (4,19%)	↑3,8%	Cáncer (64,5%)	Hombre (52%) 70-80 años (32,7%)
Bélgica	Ley de eutanasia	2002	No	Sí (solo terminales)	2656 (2,44%)	↑12,6%	Cáncer (62,5%)	Hombre (53%) 70-79 años (28,5%)
Luxemburgo	Ley de eutanasia y suicidio asistido	2009	No	No	25 (<1%)	↑56,2%	Cáncer (72%)	Hombre (60%) 60-79 años (48%)
Suiza	Despenalización suicidio asistido	1937	No	No específica	-	-	-	-
EEUU <sub>1</sub> (11 estados)	Ley de suicidio asistido	Desde 1997	Sí	No	245 (<1%)	↑28,3%	Cáncer (66%)	Hombre (50,6%) >65 años (81%)
Canadá	Ley de eutanasia y suicidio asistido	2014 (Quebec) y 2016 (país)	No	No	5631 (2%)	↑26,1%	Cáncer (67,2%)	Hombre (50,9%) 65-75 años (30,2%)
Colombia	Ley de eutanasia y suicidio asistido por resolución judicial	1997 (resolución judicial), 2015 (regulación)	Sí	Sí (≥6 años)	26 (<1%)	↓40,9%	Cáncer <sub>2</sub> (90,2%)	Hombres <sub>2</sub> (54,5%)
Australia (2 estados)	Ley de eutanasia y suicidio asistido	2017 (Victoria), 2019 (A. Occidental)	Sí	No	-	-	-	-
Nueva Zelanda	Ley de eutanasia y suicidio asistido	2020	Sí	No	-	-	-	-
España	Ley de eutanasia y suicidio asistido	2021	No	No	-	-	-	-

<sup>1</sup>Los datos de EEUU corresponden a Oregón, estado con más años realizando suicidios asistidos. <sup>2</sup>Los datos de motivo principal y sexo en Colombia corresponden al total de casos realizados, no solo al último año. Colombia no ofrece datos de edad.

Figura 4 Resumen de las legislaciones de los países y estados expuestos.

## Financiación

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores público, comercial, o sin ánimo de lucro.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Bibliografía

1. Martínez-León M, Asensio Villahoz P, Martínez León C, et al. Análisis ético y médico-legal de la eutanasia en la unión europea. *An Real Acad Med Cir Vall.* 2014;51:129–39.
2. Organización Médica Colegial: atención médica al final de la vida. Conceptos Madrid: OMC. 2009 (Consultado 25 Jul 2021). Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/conceptos\\_atencion\\_medica\\_final\\_vida\\_2009.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/conceptos_atencion_medica_final_vida_2009.pdf).
3. Feijoo Velaz J, Martínez-León M. Estudio médico-legal de la evolución legislativa de la eutanasia en España y en otros países. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2021 (Consultado 10 Sep 2021). Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/47440>.
4. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. BOE número. 2021;72:34037–49 de 25 de mar de 2021. (Consultado 30 Mar 2021). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-4628>.
5. Manual de buenas prácticas en eutanasia. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. (Consultado 7 Jul 2021). Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/en/eutanasia/docs/Manual\\_BBPP\\_eutanasia.pdf](https://www.mscbs.gob.es/en/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf)
6. Arimany-Manso J, Martín-Fumadó C. Aspectos médico-legales de la ley de regulación de la eutanasia en España. *Rev Esp Med Legal.* 2021;47:89–91.
7. Derecho a la eutanasia. Guía del proceso general y plazos de la prestación de ayuda para morir. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2021. (Consultado 7 de Jul 2021). Disponible en: [https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/eutanasia.ficheros/2055369-Gui%C2%BFa%20proceso%20prestacion%20ayuda%20para%20morir%20\\_Actualizaci%C3%B3n%20diciembre%202021.pdf](https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/eutanasia.ficheros/2055369-Gui%C2%BFa%20proceso%20prestacion%20ayuda%20para%20morir%20_Actualizaci%C3%B3n%20diciembre%202021.pdf).
8. Calati R, Olié E, Dassa D, et al. Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients: a systematic review of the literature. *J Psychiatr Res.* 2021;135:153–73.
9. Annual reports publish for Regional Euthanasia Review Committees. Netherlands: Regional Euthanasia Review Committees; 2019. (Consultado 15 Jul 2021). Disponible en: <https://english.euthanasiacommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>
10. Dierickx S, Onwuteaka-Philipsen BD, Penders Y, et al. Commonalities and differences in legal euthanasia and physician-assisted suicide in three countries: a population-level comparison. *Int J Public Health.* 2020;65:65–73.
11. Rurup ML, Smets T, Cohen J, et al. The first five years of euthanasia legislation in Belgium and the Netherlands: description and comparison of cases. *Palliat Med.* 2012;26:43–9.
12. Rapport Euthanasie publish for Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie. Belgium : Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie (Consultado 16 Jul 2021). Disponible en: <https://consultativebodies.health.belgium.be/en/node/13312019>.
13. Death with Dignity Act Annual Reports publish for Oregon Health Authority. Oregon: Oregon Health Authority; 2019. (Consultado 16 Jul 2021). Disponible en: <https://www.oregon.gov/oha/ph/providerpartnerresources/evaluationresearch/deathwithdignityact/pages/ar-index.aspx>.
14. Oczkowski SJW, Ball I, Saleh C, et al. The provision of medical assistance in dying: protocol for a scoping review. *BMJ Open.* 2017;7:1–5.
15. Grosse C, Grosse A. Assisted suicide: models of legal regulation in selected European countries and the case law of the European Court of Human Rights. *Med Sci Law.* 2015;55:246–58.
16. Chao Y-S, Boivin A, Marcoux I, et al. International changes in end-of-life practices over time: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:539.
17. García-Garcés L. Por qué los cuidados paliativos son la única solución?En: García-Sánchez E, editor. 10 interrogantes bioéticos actuales. Navarra: ediciones universidad de Navarra EUNSA; 2021. p. 43–50.