



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina de Valladolid

Grado en Medicina

Curso 2024-2025

Trabajo de Fin de Grado

Revisión bibliográfica: Bases ético-legales de la eutanasia



Alumna: Elena Fernández Illera

Tutor/a: Doña Ana María García
Rodríguez

Cotutora: Doña Paula Álvarez
Manzanares

ÍNDICE

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE
2. INTRODUCCIÓN
3. JUSTIFICACIÓN
4. OBJETIVOS
5. MATERIAL Y MÉTODOS
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN
 - a. Historia
 - b. Marco legislativo, leyes reguladoras en diferentes países y en España
 - c. Reflexión ética e implicaciones del médico
7. CONCLUSIONES
8. BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

Este trabajo es una revisión bibliográfica en torno al tema de la eutanasia y el suicidio asistido. Inicialmente se explica la terminología básica y su concepción a lo largo de la historia, para más tarde centrarnos en las bases legales y éticas de estas cuestiones. Se analiza los marcos legales y la ley de la regulación de la eutanasia española, incidiendo en sus puntos fuertes y débiles, para luego dar paso a una visión global de la legislación a nivel global. Se compara la ley española con otras leyes similares, en concreto con la legislación que regula la eutanasia en Bélgica y en los Países Bajos. Una vez entendido el contexto legal, se desarrolla la parte ética. Se comienza con el análisis de los principios éticos, así como otros valores y cuestiones puestos en juego. La autonomía y la evitación el sufrimiento se identifican como los principios centrales. Por otra parte, se debaten argumentos como la “pendiente resbaladiza” o el supuesto enfrentamiento entre los cuidados paliativos y la eutanasia. Por último, se analizan los principales factores que influyen en la opinión acerca de la eutanasia, se recalca la importancia del respeto a la objeción de conciencia y la diversidad de ideas y valores entorno a la eutanasia.

PALABRAS CLAVE

Eutanasia, suicidio asistido, cuidados paliativos, medicina legal, principios bioéticos, prestación de ayuda para morir.

INTRODUCCIÓN

Quiero iniciar este trabajo aclarando la terminología a utilizar. La gran cantidad de términos utilizados para referirse a las acciones tomadas en el final de la vida generan una gran confusión a nivel lingüístico y conceptual. Aquí aclararé los principales términos y explicaré los que utilizaré con la finalidad de definir y simplificar dichos términos. Algunos de los términos utilizados para definir los distintos tipos de muerte asistida son: eutanasia, suicidio asistido, asistencia médica para morir o muerte digna.

La asistencia médica para morir muchos lo aceptan como término que engloba a la eutanasia y al suicidio asistido (1). Para definir la eutanasia me regiré por la Ley española Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, que dice así: “aquella que se produce de manera activa y directa, de manera que las actuaciones por omisión que se designaban como eutanasia pasiva (no adopción de tratamientos tendentes a prolongar la vida y la interrupción de los ya instaurados conforme a la *lex artis*), o las que pudieran considerarse como eutanasia activa indirecta (utilización de fármacos o medios terapéuticos que alivian el sufrimiento físico o psíquico aunque aceleren la muerte del paciente –cuidados paliativos–) se han excluido del concepto bioético y jurídico-penal de eutanasia” (2) . Es decir que para considerar eutanasia debe ser un acto activo y directo. Esto evita malentendidos por ejemplo la retirada de soporte vital (provoca una muerte pasiva) o la sedación paliativa (donde la muerte es un efecto indirecto). La diferenciación de la eutanasia de estas prácticas lo hace especialmente importante ya que así se evita la llamada obstinación terapéutica y previene la confusión de conceptos en la sociedad.

Es cierto que la ley española evita la expresión suicidio asistido, utilizando el término conducta eutanásica como definición común. La ley distingue entre dos conductas eutanásicas diferentes, la eutanasia donde el médico administraría las sustancias al paciente y aquella en la que es el paciente quien se las administra así mismo después de un asesoramiento y prescripción médica (2). Con la finalidad de simplificar el lenguaje en el apartado de reflexión ética utilizaré el término eutanasia como término que englobe también el suicidio asistido.

JUSTIFICACIÓN

Hoy en día la mayoría de las personas con enfermedades graves viven los últimos momentos de su vida alejadas de la vida pública y de sus seres queridos, altamente

medicalizados o dependientes de máquinas o dispositivos que los mantienen con vida. Este panorama poco a poco está cambiando gracias a la nueva concepción de la medicina donde el enfoque principal ya no son solo los avances técnicos y científicos sino donde también entra en valor el trato humano y otros paradigmas más humanísticos (3). Esta nueva concepción de la medicina va indudablemente ligada la autonomía del paciente. Por eso no es de sorprender que cada vez se escuchen más propuestas en pro de este valor, siendo una de ellas la eutanasia.

La eutanasia es un tema a la orden del día, pero en verdad ha sido un tema recurrente a lo largo de la historia de la humanidad que siempre ha suscitado grandes dudas acerca de su validez ética y moral. Cómo médicos que ejercen su profesión en España debemos como mínimo conocer su regulación que es la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. También deberíamos ir más allá y cuestionarnos desde un punto de vista ético su validez, teniendo en cuenta no solo nuestras convicciones personales sino la pluralidad de ideas acerca de este tema y factores que influyen en ella. Solo así podremos adaptarnos a cada paciente respetando sus valores y consiguiendo un trato más personalizado y centrado en la persona.

OBJETIVOS

- **Objetivo general:** Revisar las bases legales de la eutanasia en España y otros países y examinar la bibliografía disponible sobre la eutanasia de los últimos años, centrándose en la parte legal y ética que concierne a este tema.
- **Objetivos específicos:**
 - Establecer el marco legal y las leyes que promueven los derechos del paciente en España.
 - Exponer la regulación de las instrucciones previas y su relación con la eutanasia.
 - Comparar la ley española junto con otras legislaciones europeas similares.
 - Aclarar los puntos fuertes y débiles de la ley reguladora de la eutanasia en España.
 - Deliberar sobre los principios y valores en bioética.
 - Exponer los argumentos a favor y en contra de la eutanasia.
 - Entender algunos de los principales factores que influyen en la opinión de la eutanasia.
 - Ofrecer algunas guías y consejos para la práctica clínica.
 - Recalcar la importancia de la objeción de conciencia y la pluralidad de ideas.

METODOLOGÍA

La fuente de artículos utilizada fue la plataforma de Pubmed, se buscó otros artículos en la plataforma de Cochrane sin ningún resultado que cumpliera los criterios de la búsqueda. Los criterios de inclusión utilizados fueron:

1. Artículos recientes desde 2021-2025.
2. Artículos que permitan leer el texto entero gratuito.
3. Con estos criterios se han introducido las palabras clave junto con diferentes operadores booleanos:
 - a. Euthanasia AND Legislation = 113 artículos en la búsqueda -> 26 seleccionados
 - b. Euthanasia AND Law = 170 artículos en la búsqueda -> 36 seleccionados
 - c. Euthanasia [Title] AND Ethics NOT Dementia NOT Psychiatry = 85 artículos en la búsqueda -> 40 seleccionados
 - d. Euthanasia [Title] AND Bioethics = 51 artículos en la búsqueda -> 12 seleccionados

Quedando así un total de 114 artículos. Para refinar la búsqueda y selección de estos se examinaron los artículos y se determinó un número de 25 artículos. Finalmente se mencionan 10 de estos artículos sin llegar a analizarlos debido a la limitación de la extensión del trabajo y a la complejidad de los temas que atañen.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A) Historia

La palabra eutanasia proviene del griego donde “eu” significa bueno y “thanatos” muerte, de aquí se puede deducir que su significado etimológico sería “buena muerte”. Su contrario sería la distanasia, donde “dis” se refiere a difícil o mal, por lo que se traduciría como “mala muerte”. Ya en la antigua Grecia importantes pensadores reflexionaron y discutieron sobre el final de la vida y su afrontamiento. Hipócrates, Pitágoras, Aristóteles o Epicuro fueron algunos de los principales pensadores que se mostraron en contra de estas prácticas (4). De aquí proviene el famoso juramento hipocrático donde, aunque no se mencione explícitamente la palabra eutanasia se puede interpretar como un texto claramente en contra: “no daré ninguna droga letal a nadie, aunque me la pidan, ni sugeriré un tal uso” (5). Otros pensadores como Platón o Sócrates apoyaban estas

prácticas en ciertos contextos, así en el libro III “La República” de Platón explica que el Estado se limitará a cuidar a los sanos de cuerpo y alma y se dejará morir a quienes no lo sean por no ser de utilidad a sí mismos y a la sociedad (4,6).

Durante la Edad Media el catolicismo se impuso en grandes territorios de la hoy conocida Europa, influyendo en la moral y vida de las personas. La Iglesia se posiciona fuertemente en contra del suicidio ya que considera la vida sagrada al ser creada por Dios (7). Además, sostiene que el dolor y el sufrimiento físico son parte del camino a la glorificación, similar al camino que siguió Jesús en su Calvario. Con la llegada del Renacimiento el ser humano pasó a ser la prioridad dejando de lado el teocentrismo de la Edad Media. Los nuevos filósofos se inspiraron en los antiguos pensadores de la edad Antigua, así surgieron textos como “Utopía” de Thomas More publicado en el 1516 en donde afirma que en la nación ideal se debe proporcionar el cuidado necesario en los últimos momentos de la vida. Añade que en caso extraordinario de sufrimiento se recomienda la privación de comida y administración de una droga letal, pero sólo si el paciente está de acuerdo con ello, aproximándose mucho al concepto que tenemos hoy en día de la eutanasia (4).

Con la llegada de los nazis el término eutanasia se utilizó para escudar los asesinatos cometidos durante este periodo. Ya antes en Londres a principios del siglo XX se comenzó un exterminio de aquellos rechazados por la sociedad, tales como, los ciegos, sordos, retrasados mentales, epilépticos, criminales o violadores. El nombre dado a esta práctica durante el periodo nazi fue “Aktion T4”, donde la ley al comienzo exigía a los hospitales dar cuenta de los recién nacidos discapacitados y poco a poco se fue extendiendo a los adultos con otras enfermedades crónicas, etnias o pensamiento diverso a su ideología (4).

B) Marco legislativo, leyes reguladoras en España y otros países

Desde hace un tiempo se está dejando de lado el modelo paternalista o simplemente informativo y se está imponiendo un nuevo modelo medico/paciente, el deliberativo. En este modelo prima la autonomía del paciente, por ello la legalización de la eutanasia supone un avance en este ámbito. Una ley que regule la eutanasia permite respetar la voluntad de la persona y proporcionar las garantías suficientes para que se lleve a cabo en un contexto justo y seguro.

Uno de los primeros marcos reguladores en España en cuanto a protección de los derechos humanos en medicina fue el Convenio de Oviedo del 4 de abril de 1997. Este

convenio se define como instrumento para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. En el artículo 5 del convenio se recalca la importancia del consentimiento libre e informado del paciente antes de cualquier intervención médica, lo que resuena con la toma de decisión de la eutanasia que debe ser autónoma y consciente. El artículo 9 establece la toma en consideración de los deseos anteriormente expresados por un paciente en caso de no poder expresar sus voluntades en el momento (8).

En el año 2002, se publicó la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, donde se refuerzan temas ya tratados en el Convenio de Oviedo, tales como el consentimiento informado o la libre elección del paciente después de recibir la información adecuada, considerándolos como principios básicos. El artículo 11 regula ya las instrucciones previas (9). Estas son un documento por el cual la persona expresa su voluntad por anticipado en cuanto al manejo sanitario sobre todo enfocado a los últimos momentos de la vida. El solicitante ha de ser una persona mayor de edad, capaz y libre, puede especificar qué cuidados y tratamientos médicos acepta o rechaza en determinadas circunstancias clínicas y el destino de su cuerpo u órganos una vez fallecido. Actualmente en Castilla y León este tema está regulado gracias al decreto 30/2007, de 22 de marzo, es por el que se regula el documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro de instrucciones previas, actualizado el 21 de noviembre de 2024 (10,11).

Desde el 2021 con la aprobación de la ley de la eutanasia, las instrucciones previas incluyen esta solicitud como opción legal que puede quedar reflejada en dicho documento, siendo España el único país que contempla esta opción. Además, desde su aprobación por el parlamento se ha visto una tendencia al alza muy significativa en el número de inscripciones de Instrucciones previas. En concreto en el año 2024 se han inscrito en el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León un total de 3.451 nuevos documentos, un 18,3% más que el año anterior (12). Este gran aumento creemos que en parte se debe a la nueva ley que ha generado una gran movilización en ambas direcciones, tanto de solicitud como de rechazo.

En marzo de 2021 se aprobó en España la ley de regulación de la eutanasia. Está dividida en cinco capítulos, el Capítulo I (Disposiciones generales) delimita el objeto y ámbito de aplicación de la ley, estableciendo las definiciones básicas del texto normativo. El Capítulo II (Derecho de las personas a solicitar la prestación de ayuda para morir y requisitos para su ejercicio): establece los requisitos y las condiciones para

su solicitud y ejercicio. También incluye el documento de instrucciones previas u otro documento legal para su aplicación. El Capítulo III (Procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir): Regula el procedimiento y las garantías que han de observarse en la aplicación de dicha prestación. Tiene especial importancia la creación de Comisiones de Garantía y Evaluación como salvaguardas de ley y garantía del proceso. El Capítulo IV (Garantía en el acceso a la prestación de ayuda para morir): Establece esta práctica pública incluyéndola en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. Por último, el Capítulo V (Comisiones de Garantía y Evaluación): establece las funciones de las Comisiones de Garantía y Evaluación que debe haber una por comunidad autónoma, incluida Ceuta y Melilla (2).

Los requisitos principales para la solicitud de la asistencia médica para morir en España son ser mayor de edad, tener nacionalidad o residencia legal en España, en el momento de la solicitud debe uno ser capaz y consciente, disponer de toda la información necesaria por escrito (consentimiento, pronóstico, alternativas, etc.) y que se de el llamado contexto eutanásico. La ley define este contexto como padecimiento grave, incurable e imposibilitante o enfermedad grave e incurable que causa un sufrimiento físico o psicológico intolerable (2). Los pasos en el procedimiento de manera resumida son: proceso previo (con la manifestación del paciente y la información necesaria), la primera solicitud, segunda solicitud con al menos 15 días de separación de la primera, valoración por un médico consultor, validación de la Comisión de Garantía y Evaluación y Aplicación de la prestación de ayuda para morir (13).

Haciendo una visión general de los países en el mundo y la regulación de la muerte asistida se puede observar distintas variantes. Hay países donde solo la ley solo permite el suicidio asistido, es el caso de determinados estados de EE.UU. Otros como Suiza y Alemania también permiten únicamente el suicidio asistido, pero sin una legislación específica en base a sentencias judiciales. La mayoría de los países donde están reguladas estas prácticas permiten la eutanasia y el suicidio asistido, estos son Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, en Colombia (legalizada por sentencia de la Corte Constitucional), Australia (recientemente en todos los estados), Nueva Zelanda, Austria y España (14,15).

La primera ley en el mundo sobre la muerte asistida se aprobó en abril de 2002 en los Países Bajos, seguida de Bélgica en septiembre de 2002 (14). En España y en estos dos países tanto la eutanasia como el suicidio asistido están permitidos. En cuanto a las características del sujeto en España ha de ser mayor de edad, capaz y consciente a la hora de realizar la petición (a excepción de si se ha dejado reflejado en unas

instrucciones previas). En los Países Bajos se permite a mayores de edad, a menores entre 12 y 16 años si se recibe un permiso parental y entre 16 y 18 años si los padres han participado en la decisión. En Bélgica se permite a mayores de edad, aunque también incluye a menores emancipados y/o maduros, y menores no emancipados con la valoración psicológica y autorización parental. En todos los casos capaz y competente. En cuanto al tipo de petición en todos debe ser voluntaria, repetida y libre de presiones externas. España y Bélgica además especifican que se dé de forma escrita, en caso de no poder ser escrita se nombraría a un representante mayor de edad elegido por el paciente. Ambos países exigen al menos dos peticiones siendo en España el tiempo mínimo entre las dos peticiones 15 días y en Bélgica un mes, pudiendo acortarse dada la situación de pérdida de capacidad. Sobre la situación clínica los tres países delimitan un contexto eutanásico similar que describen como enfermedad seria, crónica (con pronóstico de no recuperación) y coinciden en la importancia de que haya un sufrimiento físico y/o psicológico (mental) intolerable. En todos ellos se requiere la consulta de un segundo médico no vinculado con el paciente y un comité de revisión (1,16).

Bélgica y Países Bajos son los países a los que más se parece la ley española por lo que se espera que en el futuro España alcance unas cifras similares (14). En el 2023, Bélgica computó 3.423 casos reportados de eutanasia (17). En España en el año 2023 se han publicado 766 solicitudes para la prestación de ayuda para morir, correspondiendo a las siguientes CC.AA.: Cataluña 219, País Vasco 58, Madrid 89, Comunidad Valenciana 56, Islas Baleares 37, Canarias 62, Galicia 41, Aragón 22, Asturias 33, Castilla-La Mancha 28, Castilla y León 27, Navarra 24, Andalucía 43, Murcia 2, Cantabria 19, La Rioja 4, Extremadura 2, Melilla 0 y Ceuta 0. De estas 766 solicitudes, 334 fueron realizadas en 2023, 190 fallecieron durante la tramitación del procedimiento (18). De aquí se deduce que 242 fueron rechazadas o siguen en tramitación.

La ley española destaca con algunos puntos fuertes sobre otras leyes internacionales. En primer lugar, es una ley que establece garantías, es decir que tiene una serie de filtros que permite que sea llevada a cabo de forma justa y legal. Existen tres figuras en este proceso, el médico inicial quien recibe la solicitud, un médico diferente al que se consulta y valora de forma independiente y una Comisión de Garantía y Evaluación. Las comisiones a diferencia de otros países se aseguran tanto antes como después de que el proceso ha cumplido todos los requisitos (3). Otro punto importante es la objeción de conciencia que se describe en el artículo 16 de la ley. Esta se exige crear un registro confidencial con aquellos profesionales sanitarios objetores de conciencia para la

eutanasia, para poder garantizar la gestión adecuada de este servicio y asegurarse de que el paciente tiene un médico que le acompañe y ayude en el proceso (2).

Como punto en contra de la ley algunos autores opinan que no se diferencia suficientemente claro entre el término eutanasia y el término suicidio asistido (16). La ley utiliza la expresión eutanasia para englobar a este segundo concepto. El problema es que no existen unas definiciones oficiales y cada país define en su legislación los términos con más o menos precisión y difiriendo unos de otros. Países como Bélgica y España usan "Eutanasia" como única definición. En el caso de países Bajos usan términos descriptivos como "Petición para Terminar con la Vida" y "Suicidio Asistido". Algunos estados como Oregón, Washington o el distrito de Columbia la denominan "Acto para una Muerte Digna". Aunque en la mayoría de los países utilizan descripciones que incluyen de alguna forma estos conceptos "Ayuda para Morir" o "Suicidio Médicamente Asistido" (19).

Otro punto débil de la ley española que los mismos autores referencian es la falta de un equipo multidisciplinario legalmente reconocido. La ley pone en manos de un médico prácticamente toda la responsabilidad, cuando en la realidad la mayoría de este tipo de decisiones se toman en equipo. La implementación de esta ley debería ir acompañada de un equipo paliativo de calidad y accesible, apoyos psicológicos (tanto para el paciente como para los cuidadores) y trabajadores sociales cualificados (16). Por último, son muchos los que critican que esta ley haya sido aprobada sin a una regulación de los cuidados paliativos a nivel estatal. La mayoría de las comunidades autónomas tienen regulaciones en cuanto a medidas terapéuticas al final de la vida, pero no todas tienen una regulación específica (16).

C) Reflexión ética e implicaciones del médico

Los principios bioéticos en la medicina establecen un marco ético para trabajar en base a unos principios morales que son aceptados universalmente. Los principios son: no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia.

El principio de autonomía es el argumento central que se escucha en todas las reflexiones a favor de la eutanasia. Este principio se describe como la capacidad de toda persona de tomar decisiones propias racionales y elecciones morales, respaldado en el valor incondicional e intrínseco de toda persona (20). Ayudar a una persona capaz y consciente a morir dignamente cuando lo desea supone un respeto a su autonomía. Muchos se cuestionan si es válido dejar ejercer esa autonomía a toda persona. Según

la ley de regulación de la eutanasia española, la persona ha de ser capaz, consciente y libre de presiones. Uno de los grandes problemas supone establecer cuando se cumplen todos estos criterios o más bien dicho en qué medida y dónde poner el límite. Una persona depresiva, gravemente desmoralizada o afectada por una dinámica familiar disfuncional, ¿es plenamente capaz y libre en su decisión? Existen escalas para la valoración de la desmoralización y la depresión que podrían ayudar a establecer quien puede tomar dicha decisión y quien no (21). Quiero aclarar que el suicidio en personas con depresión no es sinónimo de eutanasia. En el primer supuesto se ha demostrado que ese deseo proviene de una decisión impulsiva liderada por la depresión, en cambio en el segundo es una decisión racional y sostenida en el tiempo (22).

El principio de la no maleficencia implica el evitar el daño, siendo necesario para los profesionales sanitarios no causar daño al paciente. Este principio incluye normas consideradas de valor universal tales como “no matar” o “no causar daño ni sufrimiento”. Mientras que el principio de beneficencia se refiere a la toma de acciones positivas que puedan beneficiar a otros, teniendo en cuenta el riesgo versus beneficio (20).

Causar la muerte iría en contra del ethos tradicional de la medicina “la defensa de la vida” y por tanto incumpliría el principio de la no maleficencia. Otro argumento es que la muerte nunca puede ser considerado como algo bueno. Aquí quería abrir un paréntesis en cuanto al significado de la muerte y su concepción variable a lo largo de la historia. Philippe Ariès un historiador francés en 1978 planteó un cambio en la concepción de la muerte en el ser humano. Originalmente la muerte se ha vivido como una fase natural que forma parte de la vida, es decir que tenía un valor más neutro; en cambio, afirma que ahora el hombre moderno reprime y aleja la muerte de él maquillándola y escondiéndola de su vida diaria, a pesar de ser un acto inevitable y universal ligado a la existencia humana (3). Autores más actuales como A. Novoa o M. Melguizo apuntan que no deja de sorprenderles el enorme apoyo a la eutanasia en una sociedad que “vive de espaldas a la muerte y al sufrimiento” (23).

Volviendo al principialismo, desde la perspectiva de la beneficencia podríamos incluir el argumento de evitar sufrimiento y mejorar la calidad global de una vida vivida frente a una extensión sin sentido de la vida. Por otra parte, el médico puede proveer una muerte segura que evita situaciones donde no se dan esas garantías y recursos necesarios.

A diferencia de lo que muchos creen el inadecuado control del dolor no es uno de los principales motivos, encontrándose en menos del 33% de los pacientes. Entre los principales motivos para la solicitud de la eutanasia se encuentra la pérdida de autonomía, la calidad de vida disminuida y la pérdida de dignidad (1). En cuanto al

sufrimiento se debe recordar que no solo es algo físico, sino que también puede ser psicológico e incluir otros aspectos tales como la falta de autoestima, una gran insatisfacción con las circunstancias vitales, desesperación ante un fatal pronóstico y otras de tipo más económico-social, el ser una carga para familiares o la falta de recursos económicos. Todo ello hace del sufrimiento un sentimiento complejo que se debe evaluar y por ello sería interesante hacerse preguntas como, ¿qué grado de sufrimiento legitima ejercer la eutanasia?, ¿puede ser la eutanasia una forma de medicalización del sufrimiento, en situaciones donde las soluciones podrían ser de tipo económico, social o espiritual?, ¿es justo que la sociedad facilite una muerte digna cuando no ha habido una vida con condiciones dignas?, ¿cómo se ha de valorar una solicitud de eutanasia en una persona con pocos recursos o que vive sola? (23).

A. Novoa y M. Jiménez proponen un cambio de perspectiva donde la autonomía y el individualismo pasan a un segundo plano, primando el principio de evitar el sufrimiento. Argumentan que el primero tiene una connotación de estilo más liberal e individualista frente a la segunda más emocional y por tanto universalizable, donde la responsabilidad pasa a cargo de la sociedad y no del “yo”. Consideran que la libertad individual tiene que ser parte de un proyecto social común compartido (23).

Los principios éticos establecen un buen marco de trabajo a la hora de identificar los valores puestos en juego. Este método fue desarrollado por Beauchamp y Childress con el objetivo de ordenar y dar coherencia a debates éticos donde algunos principios morales entraban en conflicto. Briann Rigby y Xavier Symons exponen en un artículo las limitaciones de esta teoría a la hora de resolver dilemas morales tales como la eutanasia o el aborto (20). Tener en cuenta el contexto y valores individuales de cada persona, todo ello sopesado dentro de un contexto histórico, cultural y económico actual podría ser una posible solución.

Un argumento habitualmente utilizado en contra de la eutanasia es la llamada “Slippery slope”, que viene a traducirse como la “Pendiente resbaladiza”. Esta expresión se utiliza para describir un posible escenario donde una vez legalizada y aprobada la eutanasia comiencen a darse casos en donde no sea justa y legal su aplicación y se empiece a extender la práctica sin ningún tipo de control normalizando su uso. Argumentan que acabarán dándose casos de abuso e infracción de los derechos de los más vulnerables, incluyendo a desfavorecidos y discapacitados (1). Un estudio sobre incidencia y prevalencia de casos reportados en Bélgica demuestra que este argumento es falso. Afirman que en la mayoría de los estudios que utilizan el argumento de la pendiente resbaladiza hay una falta de evidencia o se basan en estadísticas únicamente

descriptivas. Este estudio transversal demuestra como en los primeros diez años tras la puesta en marcha de la ley hubo un incremento progresivo hasta 2015 donde ese incremento se ralentiza. Explican que hasta un tercio del incremento global de la prevalencia en Bélgica se puede atribuir a cambios demográficos. En el estudio también se refleja un aumento en las solicitudes entre mujeres y una reducción de diferencia entre la zona francófona y la región flamenca. Concluyen por tanto que en Bélgica los salvaguardias que ofrece la ley parecen funcionar y no hay evidencia de tal argumento (17).

Otro argumento utilizado habitualmente en contra son los cuidados paliativos como alternativa a la eutanasia (23,24). Los cuidados paliativos no suponen una alternativa a la eutanasia sino, mejor dicho, forman parte de una atención integral y digna al final de la vida siendo otra herramienta más para el alivio del sufrimiento. Ambas comparten el propósito de promover la autonomía y evitar el sufrimiento. En cierto modo podría decirse que los cuidados paliativos alivian el dolor mientras que la eutanasia termina con ese dolor, pero al final de cuentas por distintos medios ambos buscan la ausencia de sufrimiento que es uno de los grandes objetivos de la medicina. Bajo este argumento se hace la línea más fina entre eutanasia y la sedación paliativa continua, en estas situaciones ambas evitan cualquier potencial sufrimiento. Ver la muerte como una derrota de la medicina es una concepción errónea, al igual que el pensamiento que sostiene que el único papel del médico es curar al enfermo. Aliviar y acompañar son parte de esta profesión y no por ejercer la eutanasia o cuidados paliativos se ha de pensar que se abandona al paciente, todo lo contrario. La preferencia de solicitud de eutanasia no implica necesariamente un fracaso de los cuidados paliativos. El fracaso vendría cuando se ofrecen cuidados paliativos cuando hay una clara voluntad de eutanasia y viceversa. El modelo belga integra los cuidados paliativos y la eutanasia llamándolo “cuidado paliativo integral” (24).

Lo cierto es que sin una buena sanidad que ofrezca un cuidado global al paciente (en el que se incluye a los cuidados paliativos) sería peligroso ofrecer una prestación de ayuda para morir. De hecho, en Bélgica las políticas y los profesionales enfatizan en la necesidad de un grupo de cuidados paliativos que valore previamente a todo paciente que solicite llevar a cabo la eutanasia (25). Una encuesta realizada a médicos en Suiza, Bélgica y Países Bajos calculó la frecuencia con la que se hacían distintas intervenciones al final de la vida de tipo paliativo. Por orden de frecuencia se concluyó: tratamiento intensivo de síntomas, retirada de tratamiento no paliativo, sedación profunda hasta el fallecimiento, y en último lugar eutanasia y suicidio asistido (14). Sin embargo, a pesar de la importancia de los cuidados paliativos, España tiene una menor

disponibilidad de estos servicios frente a otros países donde también se practica la eutanasia legalmente. Un estudio determinó los equipos de paliativos por cada 100.000 habitantes que atienden a domicilio/en situaciones de ingreso/hospitalizados son, respectivamente: España 0,22/0,13/0,2; Bélgica 0,25/0,47/1,02; Países Bajos: 0,11/0,41/0,36; Suiza: 0,41/0,63/0,38 (14). No son pocos los artículos, organizaciones y profesionales que demandan una regulación y un buen sistema de cuidados paliativos que acompañe o vaya previa a la regularización de la eutanasia (14,16). No obstante, la opinión en España está dividida y otros opinan que la situación legal en cuanto a los cuidados paliativos es suficientemente garantista (23). Muchos también piden un sistema accesible de salud mental que apoye y acompañe al paciente y cuidadores, incluso proporcionar el acompañamiento espiritual a aquellos que lo soliciten (16,22).

Un aspecto muy interesante es la influencia del contexto cultural, económico y desarrollo sanitario en la opinión popular acerca de la eutanasia. Entre 1981 y 2018 se realizó un estudio longitudinal llevado a cabo con la base de datos de World Values Survey. Aquí se estudiaron estas variables a lo largo del tiempo en 62 países con una muestra de 389.243 participantes y los resultados son realmente interesantes. En el top del ranking de países que más apoyaban la eutanasia se encontraban Países Bajos, Dinamarca, Alemania, Finlandia y Bélgica; mientras que Pakistán, Egipto y Jordania se encuentra a la cola. España en concreto se ubica en el puesto número 17 de 62 países. El factor económico se midió a través del Producto Interior Bruto (PIB) per cápita. Se encontró una clara relación directa entre el PIB y el apoyo de la eutanasia, con una correlación $r=0,703$ ($P<0,0001$). En países como Grecia o los países Excomunistas en épocas de recesión económica se ha visto como las actitudes a favor de la eutanasia han disminuido. En cuanto al factor cultural se valoró principalmente la religión con preguntas como la importancia de Dios en la vida de las personas, la confianza de las personas en instituciones religiosas y con qué frecuencia atendían los servicios religiosos. La relación fue altamente indirecta con $r=-0,823$, $r=-0,684$ y $r=-0,702$ ($P<0,0001$) respectivamente. Por último, se valoró el desarrollo sanitario con indicadores como la esperanza de vida ($r=-0,669$), la tasa de mortalidad infantil ($r=-0,716$) y la vulnerabilidad a infecciones parasitarias ($r=-0,700$) todas ellas con una $P<0,0001$ (21). Como posible explicación a los resultados, se podría entender que sin una buena infraestructura sanitaria la eutanasia no sería ética en la gran mayoría de los casos. En la situación opuesta se encuentra un potente sistema económico y sanitario que permite no solo llevar una vida digna y llena de comodidades, sino que además es responsable de una mayor tasa de enfermedades crónicas y una mayor esperanza de vida, precipitantes todos de una visión más favorable hacia la eutanasia.

Los resultados de este estudio no solo nos ayudan a reflexionar acerca de cómo las opiniones se ven influenciadas por ciertos factores, sino que como médicos nos ayudan a adquirir otras perspectivas. Aunque es cierto que se deben evitar los prejuicios y las inferencias erróneas, conocer estas diferencias pueden ayudarnos a entender mejor al paciente mejorando la comunicación y confianza con el mismo. Por otra parte, el artículo hace crítica a la cultura Occidental ya que tiende a globalizar e imponer su visión únicamente desde el punto de vista que llaman “W-E-I-R-D”, es decir hombre Occidental, Educado, Industrializado, Rico y Democrático (21).

Las cuatro principales religiones del mundo: Cristianismo, Islam, Budismo e Hinduismo mantienen posturas similares en contra de la eutanasia. Las cuatro comparten una moral regida por un Dios o cualquier otra deidad que defiende que quitar la vida a un ser humano intencionalmente es algo incorrecto y por tanto pecado, incluso con el objetivo de evitar el sufrimiento. Adicionalmente todas estas religiones comparten la creencia de una vida después de la muerte por lo que las acciones realizadas en vida tendrán consecuencias en esa nueva etapa. Sin embargo, el Hinduismo se caracteriza por una gran variedad de corrientes y filosofías, sin una doctrina o figura autoritaria central, lo cual ha llevado a que haya una gran variedad de ideas, encontrándose escritos tanto a favor como en contra de la eutanasia (7).

Existen una gran cantidad de casos específicos controvertidos, entre ellos destacan la eutanasia en pacientes con demencia a través de instrucciones previas, eutanasia en pacientes con enfermedades psiquiátricas, eutanasia en menores de edad o situaciones donde el único motivo de solicitud de eutanasia es el cansancio de una vida ya vivida. Su análisis y discusión daría para un tema aparte, pero no quería dejar de mencionarlos ya que están suponiendo grandes debates y en un principio había seleccionado dichos artículos que dejaré citados en caso de interés (26–35).

Con todos los argumentos expuestos se hace evidente la necesidad de una ley que permita, proteja y refuerce la objeción de conciencia a todos los profesionales sanitarios. Como se menciona anteriormente la legislación de la regulación de la eutanasia en España la ampara y regula. Este derecho garantiza la libertad de pensamiento y religión, forzar a un sanitario a realizar la eutanasia estaría en contra de sus derechos fundamentales. Por otra parte, favorecer la diversidad de ideas en cuanto a temas éticos y morales mantiene el debate ético continuo recordando la complejidad ética de la eutanasia.

CONCLUSIONES

- La eutanasia es un concepto tan antiguo casi como la existencia del ser humano, desde la antigua Grecia ya se debatía acerca de validez ética.
- Es un concepto que ha ido cambiando a lo largo del tiempo.
- La terminología actual puede resultar confusa, aunque la Ley reguladora de la eutanasia en España deja clara su definición.
- La legislación de la eutanasia en España muestra grandes parecidos con las normativas de Bélgica y Países Bajos, por lo que se esperan cifras similares en un futuro próximo.
- La legislación en España ha causado diversas opiniones tanto a favor como en contra, se destacan como puntos fuertes unas buenas estructuras que aseguran las garantías de la ley o el respeto de la objeción de conciencia.
- Los principales valores de la eutanasia son la autonomía y la evitación del sufrimiento.
- Entre las principales ideas utilizadas como argumentos en contra son la “pendiente resbaladiza” y la rivalidad entre los cuidados paliativos y la eutanasia.
- Parece haber un acuerdo común entre la necesidad de un buen sistema sanitario, incluidos los cuidados paliativos, previo a la oferta de un servicio como la eutanasia.
- La opinión pública a favor o en contra de la eutanasia se ve influenciada fuertemente por factores ideológicos, políticos, económicos y el desarrollo sanitario del país.
- La objeción de conciencia debe proteger y amparar los derechos de libertad y respeto de todos los profesionales sanitarios.
- Promover la diversidad de ideas y su respeto es siempre beneficioso para mantener el debate ético, así como para ofrecer un servicio sanitario más respetuoso e ideológicamente plural.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mroz S, Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Assisted dying around the world: a status quaestionis. *Ann Palliat Med*. 2021;10(3):792-801.
2. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. BOE. España. 2021 Mar 25; Núm. 72.
3. Jiménez-Herrera M, Escalada-Roig X. Reflexiones sobre la ley de eutanasia de España. *Emergencias*. 2024 Jul 31;34(1):63-5.

4. Picón-Jaimes YA, Lozada-Martinez ID, Orozco-Chinome JE, Montaña-Gómez LM, Bolaño-Romero MP, Moscote-Salazar LR, et al. Euthanasia and assisted suicide: An in-depth review of relevant historical aspects. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022 Mar;75:103380.
5. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de Deontología Médica. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2011.
6. Miret Magdalena E. Eutanasia: Filosofía y Religión. Madrid: HUMANITAS, Humanidades Médicas; 2003.
7. Grove G, Lovell M, Best M. Perspectives of Major World Religions regarding Euthanasia and Assisted Suicide: A Comparative Analysis. *J Relig Health*. Dec 2022;61(6):4758-82.
8. Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. BOE. España. 1999 Oct 20; Núm. 251
9. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE. España. 2002 Nov 15; Núm. 274.
10. Decreto 30/2007, de 22 de marzo, por el que se regula el documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León. BOCyL. 2007 Mar 23; Núm. 59
11. Registro de Instrucciones Previas 2024. Plan Estadístico de Castilla y León 2022-2025 Castilla y León. BOCyL. 2024 Nov 25; Núm. 251.
12. Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad. Registro de Instrucciones Previas 2024. Plan Estadístico de Castilla y León 2022-2025. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2024.
13. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Guía proceso prestación ayuda para morir. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2023 May 31.
14. Velasco Bernal C, Trejo-Gabriel-Galan JM. Leyes de eutanasia en España y en el mundo: aspectos médicos. *Atención Primaria*. enero de 2022;54(1):102170.
15. Eutanasia y suicidio asistido en el mundo. Madrid. Derecho a Morir Dignamente.
16. Velasco Sanz TR, Pinto Pastor P, Moreno-Milán B, Mower Hanlon LF, Herreros B. Spanish regulation of euthanasia and physician-assisted suicide. *J Med Ethics*. 2023 Jan;49(1):49-55.
17. Wels J, Hamarat N. Incidence and Prevalence of Reported Euthanasia Cases in Belgium, 2002 to 2023. *JAMA Netw Open*. 23 de abril de 2025;8(4):e256841.
18. Ministerio de Sanidad, Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud. Informe Evaluación Anual Sobre la Prestación de Ayuda a Morir 2023. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 Nov.

19. Downie J, Gupta M, Cavalli S, Blouin S. Assistance in dying: A comparative look at legal definitions. *Death Stud.* 2022;46(7):1547-56.
20. Rigby B, Symons X. Abortion, euthanasia, and the limits of principlism. *Med Health Care Philos.* 2023 Dec;26(4):549-56.
21. Inglehart RC, Nash R, Hassan QN, Schwartzbaum J. Attitudes Toward Euthanasia: A Longitudinal Analysis of the Role of Economic, Cultural, and Health-Related Factors. *J Pain Symptom Manage.* 2021 Sep;62(3):559-69.
22. Love CS. Tipping Point: Pathogenic Stress and the Biopolitics of Euthanasia. *Linacre Q.* 2025 May;92(2):162-81.
23. Novoa-Jurado A, Melguizo-Jiménez M. La Medicina de Familia ante la ley sobre la ayuda médica para morir: responsabilidad y garantías. *Aten Primaria.* 2021 May;53(5):102058.
24. Riisfeldt TD. Euthanasia and Assisted Suicide Are Compatible with Palliative Care and Are Not Rendered Redundant by It. *Camb Q Healthc Ethics.* 2023;32(2):254–62.
25. Archer M, Willmott L, Chambaere K, Deliens L, White BP. What Domains of Belgian Euthanasia Practice are Governed and by Which Sources of Regulation: A Scoping Review. *Omega (Westport).* 2023 Dec 14;00302228231221839.
26. Ramos-Pozón S, Terribas-Sala N, Falcó-Pegueroles A, Román-Maestre B. Persons with mental disorders and assisted dying practices in Spain: An overview. *Int J Law Psychiatry.* 2023 Mar;87:101871.
27. Ramos-Pozón S. The role of the ethics expert in Spanish legislation on euthanasia and mental health. *Monash Bioeth Rev.* 2025 Feb 16
28. van Veen S, Widdershoven G, Beekman A, Evans N. Physician Assisted Death for Psychiatric Suffering: Experiences in the Netherlands. *Front Psychiatry.* 2022 Jun 20;13:895387.
29. Groenewoud AS, Leijten E, van den Oever S, van Sommeren J, Boer TA. The ethics of euthanasia in dementia: A qualitative content analysis of case summaries (2012–2020). *J Am Geriatr Soc.* 2022 Jun;70(6):1704-16.
30. de Boer ME, Coers DO, Sizoo EM, ten Bokkel Huinink DMJ, Leget CJW, Hertogh CPM. Seeking consensus on dilemmas related to euthanasia in dementia based on an advance directive: a Delphi study from a medical, ethical and legal perspective. *J Med Ethics.* 2025 Jan 28;jme-2024-110276.
31. Campbell S, Cernat A, Denburg A, Moola F, Petch J, Gibson J. Exploring assisted dying policies for mature minors: A cross jurisdiction comparison of the Netherlands, Belgium & Canada. *Health Policy.* 2024 Nov;149:105172.
32. Verhagen AAE (Eduard), Buijsen M. Should the Dutch Law on Euthanasia Be Expanded to Include Children? *Camb Q Healthc Ethics.* 2023 Jan;32(1):5-13.
33. Verhagen E, Lantos J. The Dutch model for regulating paediatric euthanasia. *Arch Dis Child.* 2025 May;110(5):397-9.

34. Satakar P, van der Geest S. Divergent Views and Experiences Regarding 'Completed Life' and Euthanasia in the Netherlands. *Omega (Westport)*. 2024 Mar;88(4):1628-46.
35. van den Berg VE, Zomers ML, van Thiel GJ, Leget CJ, van Delden JJ, van Wijngaarden EJ. Requests for euthanasia or assisted suicide of people without (severe) illness. *Health Policy*. 2022 Aug;126(8):824-30.



Universidad de Valladolid

Bases ético- legales de la eutanasia

Elena Fernández Illera, Dra. Ana María García Rodríguez, Dra. Paula Álvarez Manzanares



1. Introducción



Suicidio asistido

Muerte digna

Asistencia médica para morir

Eutanasia

- La asistencia médica para morir: engloba a la eutanasia y al suicidio asistido.
- Definición eutanasia según la LORE: **activa y directa**
- Evita malentendidos: la retirada de soporte vital (provoca una muerte pasiva) o la sedación paliativa (donde la muerte es un efecto indirecto).
- La LORE evita la expresión suicidio asistido, utilizando el término conducta eutanásica como definición común.

2. Objetivos

Objetivo general: Revisar las bases legales de la eutanasia en España y otros países y revisar la bibliografía centrada en la parte **legal y ética** que concierne a este tema de los últimos años.

Objetivos específicos:

- Establecer el marco legal y las leyes que promueven los derechos del paciente en España.
- Exponer la regulación de las instrucciones previas y su relación con la eutanasia.
- Comparar la ley española junto con otras legislaciones europeas similares.
- Aclarar los puntos fuertes y débiles de la ley reguladora de la eutanasia en España.
- Deliberar sobre los principios y valores en bioética.
- Exponer los argumentos a favor y en contra entorno a la eutanasia.
- Entender algunos de los principales factores que influyen en la opinión de la eutanasia.
- Ofrecer algunas guías y consejos para la práctica clínica.
- Recaltar la importancia de la objeción de conciencia y la pluralidad de ideas.



3. Metodología

Revisión bibliográfica



- **Euthanasia AND Legislation** = 113 artículos en la búsqueda -> 26 seleccionados
- **Euthanasia AND Law** = 170 artículos en la búsqueda -> 36 seleccionados
- **Euthanasia [Title] AND Ethics NOT Dementia NOT Psychiatry** = 85 artículos en la búsqueda -> 40 seleccionados
- **Euthanasia [Title] AND Bioethics** = 51 artículos en la búsqueda -> 12 seleccionados

Total, 114 artículos → refinados, 25 artículos

5. Reflexión ética e implicaciones del médico



Otros argumentos en contra:
 • **“Pendiente resbaladiza”:** una vez legalizada y aprobada la eutanasia comienzan a darse casos de abuso e infracción de los derechos de los más vulnerables.
 • **La falta de cuidados paliativos,** recursos económicos y sociales que establezcan un sistema sanitario de garantías.

Base de datos World Values Survey recoge en 62 países de 1981 a 2018 los principales factores que influyen en la opinión a cerca de la eutanasia:

Economía	Cultura (religión)	Desarrollo Sistema Sanitario
• PIB r = 0,703*	• Importancia de Dios en la vida de las personas • Frecuencia con la que atienden los servicios religiosos r = -0,823 / -0,702*	• Esperanza de vida • Tasa de mortalidad infantil • Vulnerabilidad a infecciones parasitarias r = -0,669 / -0,716* / -0,700*
• P < 0,0001		



6. Conclusiones

- La eutanasia es un concepto tan **antiguo** casi como la existencia del ser humano, desde la **antigua Grecia** ya se debatía acerca de validez ética.
- Es un concepto que ha ido **cambiando** a lo largo del tiempo.
- La **terminología** actual puede resultar confusa, aunque la Ley reguladora de la eutanasia en España deja clara su definición.
- La legislación de la eutanasia en España muestra grandes **parecidos** con las normativas de **Bélgica** y **Países Bajos**, por lo que se esperan cifras similares en un futuro próximo.
- La legislación en España a causado **diversas opiniones** tanto a favor como en contra, se destacan como puntos fuertes como unas buenas estructuras que aseguran las **garantías** de la ley o el respeto de la **objeción de conciencia**.
- Los principales valores de la eutanasia son la **autonomía** y la **evitación del sufrimiento**.
- Entre los principales argumentos utilizados en contra de la eutanasia son la **“pendiente resbaladiza”** y el dilema entre los **cuidados paliativos** y la eutanasia.
- Parece haber un acuerdo común entre la necesidad de un **buen sistema sanitario**, incluidos los cuidados paliativos, previo a la oferta de un servicio como la eutanasia.
- La opinión pública a favor o en contra de la eutanasia se ve influenciada fuertemente por factores **religiosos, económicos** y el **desarrollo sanitario** del país.
- La **objeción de conciencia** debe proteger y amparar los derechos de libertad y respeto de todos los profesionales sanitarios.
- Promover la **diversidad de ideas** y su **respeto** es siempre beneficioso para mantener el debate ético, así como para ofrecer un servicio sanitario más respetuoso e ideológicamente plural.

Objetivo: favorecer la diversidad de ideas en cuanto a temas éticos y morales

7. Bibliografía

