

Reflexiones sobre la implementación de la ley de eutanasia en España: ¿Qué podemos aprender de la experiencia?*

Reflections on the implementation of the euthanasia law in Spain. What can we learn from the experience?

Série Especial – O SOFRIMENTO HUMANO NA DOENÇA GRAVE

– coordenada por Rui Carneiro (ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0213-2504>)

Itxaso Bengoetxea Martínez

Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, Hospitalización a domicilio, España

Universidad de Deusto, Facultad de Ciencias de la Salud, España

 ORCID ID <https://orcid.org/0009-0005-8262-9009> @ itxaso.bengoetxeamartinez@osakidetza.eus

Palabras clave

Eutanasia, Suicidio asistido, Trastornos mentales, Recopilación de datos

Resumen

La implementación de la Ley Orgánica 3/2021 ha permitido consolidar un derecho fundamental, pero también ha evidenciado desafíos importantes: desigualdades territoriales, lagunas en la recogida de datos, dificultades en la identificación de supuestos clínicos, limitaciones en la inclusión de patologías mentales y tensiones derivadas de la objeción de conciencia y la

judicialización. La experiencia acumulada ofrece lecciones valiosas para optimizar la regulación, fortalecer los equipos referentes, homogeneizar los criterios clínicos y éticos, y garantizar que la prestación de ayuda para morir se realice de manera segura, equitativa y respetuosa con la autonomía y dignidad de cada paciente

Keywords

Euthanasia, Assisted suicide, Mental disorders, Data collection, Referral and Consultation

Abstract

The implementation of Organic Law 3/2021 has consolidated a fundamental right, but it has also highlighted significant challenges: regional inequalities, gaps in data collection, difficulties in identifying clinical cases, limitations in the inclusion of mental illnesses, and tensions arising from conscientious objection and judicialisation. The experience gained offers valuable lessons for optimising regulation, strengthening referral teams, standardising clinical

and ethical criteria, and ensuring that assisted dying is provided in a safe, equitable manner that respects the autonomy and dignity of each patient.

Introducción

La Ley Orgánica 3/2021, reguladora de la eutanasia, entró en vigor en España en junio de 2021, y se apoya en la armonización entre el derecho fundamental a la vida y la integridad física y moral, y principios constitucionales como la dignidad, la libertad y la autonomía personal, que permiten decidir sobre

el propio final de vida. Esta prestación se incluye en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud con el objetivo de asegurar su financiación pública, pero garantizando también su prestación en centros privados o en el domicilio de la persona que la solicita. Su aplicación exige que la persona solicitante padezca una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante,

* Durante a elaboração deste trabalho, o(a)s autor(es)(as) declaram não ter utilizado Sistemas de Inteligência Artificial. Esta declaração não se aplica à utilização de ferramentas básicas para verificação gramatical, ortográfica, referências, etc.

manteniendo plena capacidad para decidir, o que acceda a ella mediante un documento de voluntades anticipadas en el que haya expresado su voluntad de recibir la prestación de ayuda a morir.

Así mismo establece que debe existir una comisión de garantías y evaluación por cada una de las comunidades autónomas del estado, cuya función principal entre otras es autorizar y supervisar el adecuado cumplimiento del procedimiento en cada una de las solicitudes.

Tras ejercer como presidenta de la Comisión de Garantías de Eutanasia de Euskadi durante cuatro años, vengo a realizar una reflexión sobre la implementación del procedimiento de eutanasia en España. El objetivo es ofrecer una visión basada en la experiencia acumulada, identificando áreas críticas, retos recurrentes y aspectos susceptibles de mejora. Esta lectura pretende aportar información sobre la práctica real del proceso y servir como guía para optimizar la atención, la gestión y la regulación, favoreciendo una aplicación segura, ética y equitativa. Para facilitar la claridad expositiva mostraré los puntos de interés por separado.

Datos globales y perfil de los solicitantes: Los registros de la prestación y las desigualdades entre las comunidades autónomas.

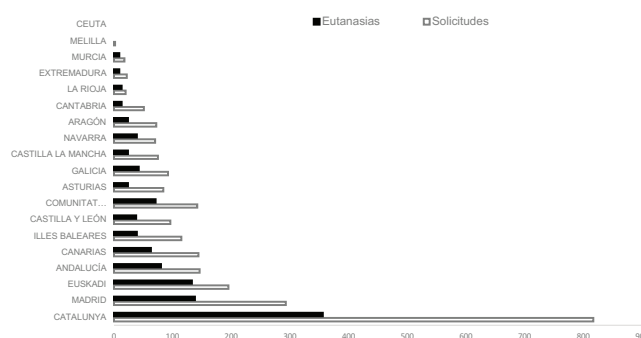
Según los datos acumulados aportados por la asociación derecho a morir dignamente,^{1,2} desde su implantación en 2021, hasta finales de 2024, se han registrado en España 2.475 solicitudes de ayuda para morir, (1.034 de ellas terminaron en una prestación de eutanasia, un 42%). En 2024, se registraron 960 solicitudes y 427 prestaciones. Una cuarta parte de los solicitantes falleció durante la tramitación, antes de que la solicitud pudiera resolverse. El perfil habitual de los solicitantes correspondería a personas de edad avanzada, principalmente entre 70 y 79 años, con patologías oncológicas o neurodegenerativas. El tiempo medio de tramitación de la solicitud hasta la prestación es de aproximadamente 67 días (con una mediana de 54.2 días).

Sin embargo cabe reconocer que el sistema de información de eutanasia de España debe implementar mejoras estructurales: algunas comunidades autónomas distinguen entre solicitudes (las que se inician en el médico responsable pero que por diversos motivos no llegan hasta la comisión) y expedientes (que serían las solicitudes una vez que cumplen con todos los pasos y llegan a la comisión para su evaluación) mientras que otras solo recogen los datos

de estas segundas. La ley establece que el médico responsable solo tiene obligación de notificar a la comisión correspondiente las solicitudes que deniega o las que cumplen todo el trámite (deliberación, segunda solicitud, consentimiento y valoración por médico consultor). Al no existir esa obligación legal de reportar todos los casos iniciados se genera una laguna de información que limita tener una visión de la demanda real y del desarrollo de la prestación en España. Por ello, se deberían implementar medidas que permitieran que las comisiones de garantía o las administraciones competentes tuviesen conocimiento de todas y cada una de las solicitudes iniciadas en su ámbito asistencial, para garantizar la trazabilidad y se realizase un esfuerzo común para establecer una nomenclatura universal, para que los datos entre comunidades sean comparables.

De los datos que tenemos se deriva que las tasas de la prestación varían sustancialmente entre las distintas comunidades autónomas, (imagen 1), esto puede deberse a particularidades culturales-sociales, políticas y de implantación de la propia prestación. Estudiar las causas de estas desigualdades es una asignatura pendiente. Para ello además de estandarizar la recogida de datos ya mencionada, sería conveniente que el ministerio incorporase indicadores socioeconómicos en los informes y promoviese la homogenización de los procedimientos con la actualización del Manual de Buenas Prácticas (única edición vigente de 2021).³

Imagen 1. Evolución solicitudes/eutanasias por comunidades 2021-2024



Fuente: elaboración propia a partir de informes Ministerio de Sanidad

Supuestos clínicos y desafíos en su identificación.

La ley distingue dos supuestos clínicos por los que se puede acceder a la prestación:⁴

1. **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.

2. **Enfermedad grave e incurable**, 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.

De las solicitudes recibidas en nuestra comisión de garantías y evaluación hemos observado que identificar pacientes del primer supuesto presenta mayores dificultades que en el segundo. Esta complejidad se debe a varios factores: la subjetividad del sufrimiento y del impacto funcional, la falta de criterios objetivos estandarizados para evaluar la gravedad de las enfermedades crónicas, la variabilidad en la interpretación entre distintas especialidades médicas, dificultades para evitar la excesiva compartimentación de las patologías que merma la capacidad de ver a la persona en su conjunto y la incertidumbre que genera en el profesional el acceso a la prestación de pacientes que en principio no tienen una limitación temporal inminente de su pronóstico de vida.

Ambos supuestos requieren la existencia de un sufrimiento insoportable o intolerable que justifique la solicitud de la prestación. Entender y atender el sufrimiento es una de las asignaturas pendientes de la medicina actual, eso lo sabemos bien los paliativistas, pero cabe destacar que mientras los pacientes ponderan aspectos psicológicos y éticos para evaluar su sufrimiento, los profesionales de la salud se basan en parámetros objetivos, como la eficacia y duración de tratamientos.⁵

Las enfermedades mentales como padecimientos crónicos limitantes y la jurisprudencia.

La sentencia 19/2023, el Tribunal Constitucional declaró que la Ley orgánica de regulación de eutanasia es compatible con la Constitución, reconociendo la eutanasia como un derecho de autodeterminación dentro de los límites legales.⁶ Sin embargo, según algunas interpretaciones de la fundamentación jurídica

de la sentencia, lo descrito restringe la aplicación de la eutanasia en pacientes cuya patología principal sea una enfermedad mental. En concreto, el texto de la sentencia recoge que “*El «padecimiento» definido en el artículo 3 b) ha de presentarse siempre como una dolencia o enfermedad somática en su origen, aunque los sufrimientos constantes e intolerables que la Ley Orgánica en este punto requiere puedan ser de orden psíquico». En este extremo es concluyente su preámbulo que, al referirse al «contexto eutanásico», comienza por aclarar que «debe delimitarse con arreglo a determinadas condiciones que afectan a la situación física de la persona con el consiguiente sufrimiento físico o mental». Esta distinción entre la patología o dolencia física [sin posibilidad de curación o mejoría apreciable] o «incurable», apartados b) y c), respectivamente, del art. 3], de un lado, y los sufrimientos físicos o psíquicos asociados a ella, del otro, excluye de raíz que la LORE, frente a lo que los recurrentes dicen, pretenda o permita incluir entre tales «padecimientos» la «enfermedad psicológica» o, incluso, la «depresión».”*

Ello ha derivado en una indeterminación de si las enfermedades mentales pueden “per se” englobarse dentro del supuesto de padecimiento crónico o quedan automáticamente excluidas.

La distinción plantea problemas críticos:^{7,8}

1. El **sufrimiento**: muchas enfermedades mentales graves, resistentes al tratamiento, generan un sufrimiento profundo comparable al de enfermedades somáticas avanzadas. Su exclusión puede constituir una discriminación basada en la etiología en lugar de la intensidad del sufrimiento, y evidencia la necesidad de criterios clínicos y éticos claros para casos de salud mental.
2. La **capacidad**: Se argumenta que la capacidad de los pacientes con patología mental está alterada, es común sostener que estas personas tienen dificultades para tomar decisiones autónomas debido tanto a su sintomatología como a las reacciones adversas de los tratamientos farmacológicos. Si bien esto puede ser cierto en algunos casos, no lo es para todos. Diversos estudios han analizado en profundidad la competencia para la toma de decisiones en personas con trastornos mentales.⁹ Se concluye que muchos, incluso con enfermedades mentales graves como esquizofrenia o trastorno bipolar, son capaces de tomar decisiones informadas y responsables sobre su salud. Por tanto, no se justifica rechazar solicitudes de eutanasia

y/o suicidio asistido basándose en la presunta incapacidad de estas personas. Es necesario evitar generalizaciones injustas y reconocer que la incompetencia para decidir, si ocurre, se da en “algunos” casos y para “algunas” decisiones, no en “todos” los casos ni para “todas” las decisiones. Es muy importante recordar que la evaluación de la competencia es específica para una tarea, en un momento determinado y respecto a un paciente en particular.

3. Posibilidad de una **pendiente resbaladiza**: los estudios empíricos demuestran que en países donde la eutanasia ha sido legalizada no se ha producido un aumento significativo en los casos de eutanasia por trastornos mentales.^{10, 11} Lo que indica que los temores de una pendiente resbaladiza en su forma empírica no se sostienen con la realidad observada.^{12,13}
4. La **limitación que incida en la autonomía**: se señala que ha de haber una fragilidad progresiva. El término fragilidad ha sido frecuentemente enfocado en el ámbito geriátrico. Fried considera que la fragilidad se evidencia en componentes clínicos como debilidad muscular, baja actividad física, sensación de agotamiento, marcha lenta y pérdida de peso.¹⁴ Quizás esta propuesta encajaría más en psicogeriatría (demencias, Alzheimer, etc.); pero podría ser poco operativo en otros trastornos mentales en los que los pacientes fuesen incluso jóvenes. En salud mental, dicha fragilidad también debería revisarse a la luz del deterioro cognitivo o del bienestar del paciente

Está claro que en los pacientes con patología mental como causa fundamental para solicitar la prestación se deben realizar evaluaciones multidisciplinarias, prolongadas y rigurosas para asegurar la competencia, estabilidad y reflexión sostenida del paciente. Quizás en el paciente con patología mental debemos manejar otros márgenes de tiempo y otros calibres para medir la capacidad, el sufrimiento y lo imposibilitante que resulta la patología, más allá de la funcionalidad. Llegados a este punto por lo tanto, lo prudente sería imitar a Canadá y solicitar una prerrogativa que permita estudiar este tema en profundidad.¹⁵

Judicialización del procedimiento y el “interés legítimo de terceros”.¹⁶

Tras dos recursos contencioso-administrativos interpuestos por los progenitores de dos solicitantes,

ante los Juzgados de lo Contencioso-Administrativo de Barcelona, contra resoluciones de la Comisión de Garantía y Evaluación de Cataluña que habían emitido informes favorables para la prestación de la eutanasia, se ha abierto el debate en España sobre el “interés legítimo de terceros” y la posibilidad de recurso de estos. Los recurrentes, solicitaron la anulación de las resoluciones y la adopción de medidas cautelares, alegando incumplimiento de los requisitos previstos en la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia. Con anterioridad, en 2022 y 2023, se habían planteado impugnaciones a través de la vía penal. Estas actuaciones han generado significativa atención mediática y suscitan cuestiones jurídicas relevantes: la legitimación activa de terceros para recurrir actos de autorización de eutanasia y la prevalencia de los derechos de familiares frente a los derechos fundamentales del solicitante adulto y competente.

El artículo 24 de la constitución Española garantiza la tutela judicial efectiva, permitiendo impugnar actos administrativos a quienes ostenten un derecho o interés legítimo afectado.¹⁷ En este contexto, el interés legítimo se identifica con la expectativa de obtener un beneficio o evitar un perjuicio en la esfera jurídica del recurrente. Sin embargo, la titularidad del derecho a solicitar la eutanasia es estrictamente personal y se encuentra respaldada por derechos fundamentales, como la integridad física y moral, la dignidad y la libre autodeterminación (arts. 10.1 y 15), así como por los derechos a la vida privada y a la vida consagrados en los arts. 8.2 y 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos.¹⁸ Por consiguiente, únicamente la persona solicitante es titular del derecho cuya afectación legitima el acto impugnado.

En tanto no se dicte resolución judicial firme, la eficacia de las resoluciones favorables de la Comisión de Garantía y Evaluación permanece suspendida. La legislación procesal permite la interposición sucesiva de recursos ante el Tribunal Superior de Justicia, el Tribunal Supremo, el Tribunal Constitucional e incluso el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, lo que puede prolongar la ejecución de las resoluciones durante meses o más de un año.

Desde una perspectiva jurídica y ética, la eutanasia constituye un derecho personalísimo vinculado a la autonomía y la autodeterminación del individuo frente a su propio sufrimiento. La posibilidad de que terceros impugnen la decisión introduce un riesgo de interferencia paternalista, donde intereses ajenos podrían prevalecer sobre la voluntad expresada y los

derechos fundamentales del solicitante, desvirtuando el principio de autodeterminación personal protegido por la legislación nacional e internacional

La objeción de conciencia y dilemas éticos.

La ley reconoce el derecho de los profesionales a la objeción de conciencia. En España se ha establecido que la objeción no puede ser parcial (a una parte del procedimiento) y requiere que los profesionales se inscriban en un registro para poder declararse objetores. La experiencia nos demuestra que la objeción puede reflejar tanto un conflicto ético profundo como una evitación de compromiso profesional. Quizás el esfuerzo garantista de la ley que exige la valoración en tres etapas (médico responsable, médico consultor y comisión de garantías) para llevar a cabo el procedimiento ha evitado una objeción masiva similar a la observada en la interrupción voluntaria del embarazo.

De las jornadas de reflexión realizadas en Euskadi se recogieron testimonios clínicos que revelan que la interacción directa con pacientes puede transformar posturas teóricas, generando un “conflicto de lealtades” entre principios personales, mandato legal y responsabilidad profesional hacia el paciente. La deliberación ética, la empatía y la solidaridad son esenciales para resolver estas tensiones.

La formación y la participación de equipos de referentes/enlaces que acompañan en el procedimiento a los profesionales directamente implicados se han demostrado medidas eficaces para evitar la llamada objeción de conveniencia, si bien es cierto que hasta que no se implementen las medidas de registro adecuadas no podremos conocer el alcance real de la objeción de conciencia y su repercusión en el desarrollo de esta prestación.

Donación de órganos y eutanasia: necesidad de rigor y cautela

La integración de la donación de órganos en el contexto de la eutanasia exige una gestión extremadamente cuidadosa de los tiempos y las fases del procedimiento, garantizando que ningún proceso interfiera ni condicione al otro. Es fundamental que la decisión de solicitar la eutanasia sea autónoma y que la consideración sobre la donación de órganos se plantee únicamente después de completarse la evaluación de la solicitud, asegurando así la transparencia y la ética del sistema.

Desde la entrada en vigor de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (junio de 2021) hasta el 31 de diciembre de 2024, 154 personas que accedieron a la prestación de ayuda para morir realizaron donación de órganos, permitiendo trasplantar órganos a 442 pacientes, de los cuales 197 eran menores.¹⁹

Estos datos reflejan no solo la consolidación de la eutanasia como prestación sanitaria regulada, sino también la relevancia creciente de la donación de órganos en este contexto. No obstante, el avance de ambos procesos requiere protocolos que salvaguarden la autonomía del paciente, eviten conflictos de interés y aseguren que la decisión de donar se adopte solo tras la aprobación independiente de la solicitud de eutanasia. La confianza pública depende de esta separación estricta entre decisiones clínicas, éticas y organizativas.

Acceso a la eutanasia a través del Documento de Voluntades Anticipadas (DVA).

El DVA permite a las personas expresar anticipadamente su voluntad sobre cuidados médicos y decisiones al final de la vida, incluyendo la eutanasia, en caso de que pierdan capacidad para decidir. Esta herramienta refuerza la autodeterminación, facilita la planificación de cuidados y procedimientos, y reduce retrasos o conflictos familiares. Además, proporciona un marco legal claro para los médicos, especialmente cuando el paciente no puede comunicarse directamente.

No obstante, el Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) presenta ciertas limitaciones. Con frecuencia, se redacta de manera general y poco específica, por lo que resulta recomendable que, al elaborarlo, se realice un análisis detallado de la situación y del momento concreto en que el paciente desearía acceder a la prestación. Esto permitiría que, en el futuro, la decisión sea inequívoca y difícilmente sujeta a interpretaciones diversas. Quienes critican el uso del DVA para la aplicación de la eutanasia señalan que este procedimiento podría estar expuesto a influencias externas, litigios o a una percepción de automatización, dejando de lado el diálogo clínico directo y la evaluación actualizada del sufrimiento del paciente.

La evaluación de la capacidad del paciente

La capacidad del paciente para solicitar la eutanasia es un requisito legal y ético central. A diferencia de otros actos médicos, en esta prestación los

profesionales son receptores pasivos de la solicitud, obligados a evaluar la competencia del paciente en lugar de asumir un rol decisorio sobre indicaciones clínicas. Esta inversión del paradigma habitual genera desafíos: los criterios convencionales para evaluar capacidad en contextos clínicos tradicionales no se aplican directamente a la eutanasia.

El procedimiento definido en el Manual de Buenas Prácticas propone entrevistas clínicas, herramientas de apoyo y consultas con especialistas para asegurar que el paciente comprenda la situación, valore alternativas y tome decisiones libres y fundamentadas.³ Sin embargo, herramientas como el Mini-Mental, ACE o MACCAT requieren adaptación y formación especializada para evaluar capacidad en este contexto. Asimismo, la intervención de especialistas en neurología o psiquiatría puede aportar información, pero no garantiza una valoración integral de la capacidad decisional en la eutanasia.

El papel de la enfermería en la prestación de la eutanasia

La ley apenas menciona a la enfermería, a pesar de que las enfermeras y enfermeros acompañan al paciente, administran cuidados y participan en el seguimiento, generando un vacío legal sobre sus competencias y responsabilidades. La enfermería permite evaluar sufrimiento, detectar cambios clínicos, ofrecer apoyo emocional y garantizar un enfoque humanizado centrado en la persona.

En otros países con regulación eutanásica, la enfermería participa activamente en la preparación y asistencia durante la administración del fármaco, bajo supervisión médica. Actúa como puente de comunicación entre paciente, familia y equipo médico, y garantiza la comprensión y autonomía del paciente, aspectos no regulados en la ley orgánica de regulación de eutanasia de España. La ausencia de reconocimiento formal puede inhibir su participación, disminuir la calidad del cuidado y aumentar la carga ética.

Incorporar protocolos claros sobre funciones, competencias y objeción de conciencia de la enfermería fortalecería la seguridad clínica, la ética y la humanización de la eutanasia. El conflicto de lealtades —entre el paciente, la propia conciencia profesional y el marco legal— es particularmente relevante para enfermería debido a su cercanía al paciente y al sufrimiento, subrayando la necesidad de regulación y acompañamiento adecuados.

La experiencia de los profesionales médicos

En los países donde la eutanasia o el suicidio asistido están regulados —como en Países Bajos, Bélgica u otros— muchos médicos que han concedido o denegado peticiones de ayuda para morir refieren que enfrentan una carga emocional y un “peso moral” importante. No es un simple acto técnico: preparar y ejecutar la eutanasia suscita en muchos profesionales sentimientos complejos. La prestación de eutanasia exige un enfoque humanizado e integral, donde el médico no solo aplica un protocolo técnico, sino que asume un papel de acompañamiento, escucha, contención y respeto profundo por la autonomía y dignidad del paciente. Esto exige formación más allá de lo biomédico —ética, comunicación, apoyo psicosocial, es un acto de suma compasión hacia el doliente.

En un estudio reciente realizado sobre médicos en atención primaria en España, se señala que la prestación de ayuda para morir recae mayoritariamente en atención primaria. En un artículo publicado en el ámbito de Cataluña los médicos expresaron que no basta con la regulación y la formación: se necesita un marco de soporte —institucional, ético y psicológico— para los profesionales implicados.²⁰

Muchos médicos han expresado que no se sienten preparados para llevar a cabo eutanasias, dado que no se formaron para “administrar la muerte” ni han recibido formación específica. Según la citada investigación cualitativa realizada en Cataluña —uno de los territorios con más experiencia— la aplicación de la ley implica un cambio profundo en la práctica clínica: los profesionales viven “tensiones en la práctica”: dilemas éticos, carga emocional, replanteamiento del rol médico, responsabilidades nuevas, e incluso malestar moral ante decisiones de vida o muerte. No existen por ahora estudios extensos y sistemáticos publicados que documenten con detalle la carga emocional, el impacto psicológico o el “desgaste moral” de los profesionales implicados en eutanasia en España. En palabras de los autores de la investigación catalana, “*no conocemos ningún estudio que ofrezca evidencia sobre el detalle de las perspectivas de los profesionales implicados en la aplicación de la eutanasia en nuestro país*”. El rol real del equipo de atención primaria —médicos, enfermería, trabajo social, etc.— a menudo supera lo que la ley formalmente prevé, lo que plantea interrogantes sobre la formación, la responsabilidad, el apoyo institucional y el reconocimiento de ese papel. En contextos reales, la eutanasia no es vivida por los

profesionales como un acto técnico frío, sino como una experiencia compleja que moviliza convicciones, ética, responsabilidad y vulnerabilidad humana, lo que requiere espacios de reflexión, supervisión y apoyo para quienes la practican. Finalmente —y quizá el mayor desafío— la ausencia de estudios longitudinales sobre el impacto profesional (ético, psicológico, asistencial) limita el conocimiento sobre las consecuencias a medio y largo plazo para los médicos, enfermeros y equipos que participan.

Otro aspecto relevante es la percepción diferenciada de la eutanasia entre los médicos paliativistas y el resto de profesionales, observada durante la jornada de reflexión celebrada en Euskadi en abril de 2025. Si bien todos coincidieron en reconocer la carga emocional que conlleva esta prestación, los médicos paliativistas señalaron que el procedimiento permite un desarrollo más ordenado y pausado, con espacios para la reflexión y oportunidades de comunicación más amplias con el paciente. Esto contrasta con otros escenarios de final de vida, en los que, debido a derivaciones tardías al ámbito paliativo, algunos procesos deben concluir mediante sedaciones paliativas complejas, sin la posibilidad de un acompañamiento tan estructurado. Este contraste constituye un aspecto que merece un análisis más profundo y podría ser objeto de estudio futuro. ☹️

Conflictos de intereses:

Ninguno de los autores presenta conflictos de intereses relevantes.

Financiación

Los autores declaran que este trabajo no ha sido financiado por ninguna entidad externa.

Referencias bibliográficas:

1. Sanz F. Desigualdades en el acceso a la eutanasia. DMD. 2022 Nov;(88):6-10 [citado 2025 Nov 28]. https://derechoamoris.org/wp-content/uploads/2022/11/RevistaDMD_88.pdf
2. Sánchez R. Cuatro años de una ley de eutanasia aún con barreras: "Pasé los últimos meses peleando su muerte, no despidiéndome". RTVE. 2025 Jun [citado 2025 Nov 28]. <https://www.rtve.es/noticias/20250625/cuatro-anos-ley-eutanasia-barreras/16639613.shtml>
3. Ministerio de Sanidad. Manual de buenas prácticas en eutanasia. Ministerio de Sanidad; 2025 [citado 2025 Nov 28]. https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf Ministerio de Sanidad+1
4. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado. 2021 Mar 24 [citado 2025 Nov 28]. <https://www.boe.es/%E2%80%A6>

5. Van Veen S, Ruissen A, Widdershoven G. (2020). Irremediable Psychiatric Suffering in the Context of Physician-assisted Death: A Scoping Review of Arguments. *Can J Psychiatry*, 65(9), 593-603.
6. España. Tribunal Constitucional (Pleno). Sentencia 19/2023, de 22 de marzo de 2023. Boletín Oficial del Estado, 2023; núm. 98 [citado 28 Nov 2025]. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2023-10044>
7. Ramos-Pozón Sergio. Legitimidad de la eutanasia en salud mental: un análisis crítico desde la bioética. *Rev Bioet Derecho*. 2025; 149-171.
8. Comissió de Garantia i Avaluació de Catalunya. Consideracions-pram-salut-mental. Barcelona: Comissió de Garantia i Avaluació de Catalunya; 2022 [citado 28 Nov 2025]. <https://canalsalut.gencat.cat/ca/professionals/consells-comissions/comissio-garantia-avaluacio-catalunya/parers-posicionament/peticions-pram-persones-problemes-salut-mental/>
9. Vicens E, Calcedo A, Hastings J, Männikkö M, Silvia P. (2021). What Is the Capacity of Individuals with Schizophrenia and Bipolar Disorder to Make Healthcare Decisions? An Exploratory Study of the Views of Patients, Psychiatrists, and Family Caregivers-A Survey on Decisional Capacity in Mental Health. *Psychiatry Int*, 2, 127-144.
10. Fumagalli R. (2020). Slipping on slippery slope arguments. *Bioethics*, 34:412-419.
11. Potter J. (2019). The psychological slippery slope from physician-assisted death to active euthanasia: a paragon of fallacious reasoning. *Med Health Care Philos*, 22:239-244.
12. Calati R, Olié E, Dassa D, Gramaglia C, Guillaume S, Madeddu F, Courtet P. Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients: A systematic review of the literature. *J Psychiatr Res*. 2021 Mar;135:153-173. DOI:
13. Thienpont L, Verhofstadt M, Van Loon T, Distelmans W, Audenaert K, De Deyn PP. Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. *BMJ Open* 2015; 5.
14. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 Mar;56(3):M146-56.
15. Maid and mental disorders: the road ahead. Report of the Special Joint Committee on Medical Assistance in Dying René Arseneault & Honourable Yonah Martin Joint Chairs. January 2024 44th Parliament, 1st SESSION <https://www.parl.ca/DocumentViewer/en/44-1/AMAD/report-3/>
16. Riu R. Judicialización de procedimientos de prestación de la eutanasia. DMD. 2025; 93: 8-13. [citado 2025 Nov 28]. <https://derechoamoris.org/2025/08/26/la-judicializacion-de-procedimientos-de-prestacion-de-la-eutanasia/>
17. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311. Cita en texto: (art. 24, 10.1 y 15 CE) [citado 28 nov 2025].
18. Consejo de Europa. Convenio Europeo de Derechos Humanos [Internet]. Roma: Consejo de Europa; 1950. Arts. 2, 8.2 [citado 28 nov 2025]. https://www.echr.coe.int/documents/convention_eng.pdf
19. Organización Nacional de Trasplantes. Balance ONT 2024 prensa [Internet]. Madrid: ONT; 2025 [citado 28 nov 2025]. <https://www.ont.es/wp-content/uploads/2025/01/BALANCE-ONT-2024-PRENSA-completo.pdf>
20. Masnou N, Quintana A, Planas C, Planas A, et al. La eutanasia: un estudio de metodología mixta sobre la experiencia de los referentes en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*. 2024;38:102435.

Submissão 02.12.2025

Aceitação 16.01.2026

Publicação 10.04.2026