



Eutanasia: razones, mitos y desatinos

Ramón Ortega Lozano

Universidad Antonio de Nebrija.

María Victoria Martínez-López

Departamento de Filosofía I. Universidad de Granada.

Belén Liedo

Instituto de Filosofía del CSIC.

Puntos clave

- No se debe apelar a la tradición médica para rechazar la ayuda médica para morir (AMpM), pues los códigos deontológicos no son estáticos, sino dinámicos y responden al contexto en el que están situados.
- La AMpM debería ser un acto médico, ya que debe ser ejecutada desde unos parámetros de profesionalidad para garantizar la protección de los derechos de la persona.
- Las posibles consecuencias perniciosas de la AMpM deben ser evaluadas de acuerdo con su probabilidad, nivel de riesgo e impacto social, y no solo por el miedo que puedan provocar.
- En los países donde se ha legalizado la AMpM no hay evidencia de que su legalización haya llevado inevitablemente a escenarios éticamente indeseables.
- La Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE)¹ no sustituye los cuidados paliativos, ni los olvida, ya que en su texto se enuncia de forma explícita

la prestación de cuidados paliativos.

- La vulnerabilidad es gradual y no siempre implica una disminución de la autonomía.
- Ninguna persona debe ser excluida del acceso a un derecho por pertenecer a un determinado colectivo, sea este vulnerable o no, sino que deben aplicarse los criterios regulados para evaluar cada caso particular.
- Incluso asumiendo que exista una influencia de los determinantes sociales, y aceptando que hay una carencia por parte de la sociedad, no se puede presumir que el/la paciente deba ser despojado/a de su autonomía para pedir una AMpM.
- No se debe eliminar la capacidad de decisión del/la paciente en función de sus circunstancias sociales, pues podría exponerlo/a a periodos potencialmente muy largos de sufrimiento insostenible.

Introducción

Este artículo tiene como objetivo analizar cinco ideas (tabla 1) que suelen usarse en contra de la AMpM. Estas concepciones están

basadas a menudo en la tradición o en intuiciones no suficientemente sustentadas en hechos y, por tanto, podrían considerarse mitos o desatinos. Este artículo no pretende elaborar una defensa ideológica de la eutanasia, sino revisar las argumentaciones que son defectuosas, para arrojar algo de claridad sobre el debate. A pesar de que estos argumentos no deslegitiman de forma absoluta la AMpM, sí que es conveniente tenerlos presentes, porque alertan de posibles cautelas que se deben contemplar para evitar situaciones de peligro o escenarios éticamente inadmisibles. La reflexión ética rigurosa acerca de la AMpM es indispensable no solo antes de su legalización, sino durante todo el proceso de aplicación.

La eutanasia no debe ser un acto médico

Uno de los argumentos más difundidos en contra de la AMpM es que toda acción directa e intencionada, encaminada a provocar la muerte de una persona en un contexto eutanásico, incluso a petición expresa y reiterada de esta, no es ni debería ser un acto médico². Aunque no es el único argumento para defender esta postura, es habitual que se acuda al juramento hipocrático, donde

Tabla 1. Mitos y desatinos: argumentos y contestaciones

Mito o desatino sobre la AMpM	Descripción del mito o desatino	Desmontando el mito
No debería ser un acto médico	Va en contra de los principios de la práctica médica	Los códigos deontológicos no son estáticos La atención médica ha cambiado y ahora se encuentra en el paradigma del cuidado (indisoluble de la atención del sufrimiento) La eutanasia debe ser ejecutada desde unos parámetros de profesionalidad, siendo el profesional de la salud la persona más idónea para vigilar dichos parámetros
Su legalización nos llevará inevitablemente a diversos escenarios indeseables	Es el primer paso que lleva necesariamente a consecuencias catastróficas (falacia de la pendiente resbaladiza)	Desde un punto de vista lógico, el argumento es falaz Es posible implementar mecanismos para prevenir posibles escenarios negativos derivados de la regulación de la AMpM
Sustituye a los cuidados paliativos	La LORE ¹ se olvida de los cuidados paliativos	La LORE sí hace mención expresa a los cuidados paliativos
Pone en peligro a las personas vulnerables	La AMpM no debería ser una opción para las llamadas «personas vulnerables» ya que no tienen la misma capacidad de ejercer su autonomía que el resto de las personas y deben ser especialmente protegidas	Una situación de vulnerabilidad no siempre implica un grado insatisfactorio de autonomía Nadie debe ser excluido/a del acceso a un derecho por pertenecer a un determinado colectivo
Nadie la solicitaría si tiene sus necesidades cubiertas	Las personas que solicitan la AMpM lo hacen debido a ciertas necesidades que no han sido atendidas. En consecuencia, las personas en situación de pobreza no deberían poder optar a la AMpM hasta que estas carencias de recursos se subsanen por completo	No se puede presumir que el paciente deba ser despojado de su agencia (su autonomía) para pedir una AMpM por su situación socioeconómica Eliminar la capacidad de decisión del/la paciente en función de sus circunstancias sociales podría exponerlo/a a períodos potencialmente muy largos de sufrimiento insoportable

AMpM: ayuda médica para morir; LORE: Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia.

explícitamente se rechazaba tanto la eutanasia como el aborto³. Desde esta perspectiva, la eutanasia va en contra de uno de los principios de la práctica médica, instrumentalizando al profesional de la salud⁴.

El problema de este argumento es que está basado en la falacia *ad antiquitatem* (apelación a la tradición). Este argumento imperfecto consiste en afirmar que, si algo se ha venido haciendo o creyendo desde hace tiempo, entonces es que está bien o es verdadero. No se puede negar que la práctica médica ha cambiado mucho desde la aparición, hace más de dos mil años, del juramento hipocrático. De hecho, el principio de autonomía^{5,6}, desde el que no es posible comprender en la actualidad la relación clínica desde una perspectiva ética, no aparece en

ese tratado atribuido al mismo Hipócrates. Los códigos deontológicos no son estáticos, sino dinámicos y responden al contexto en el que están situados.

En el pasado, la medicina ha tenido la misión de curar la enfermedad y, cuando ya no era posible hacerlo, la labor del colectivo médico había terminado. Sin embargo, este paradigma ha cambiado, entre otros aspectos, debido a la disminución de la mortalidad, aunque esto haya supuesto un aumento de la morbilidad. La medicina ha entrado en el paradigma del cuidado, un cuidado que es indisoluble de la atención del sufrimiento de la persona. La misma atención paliativa se nutre de este nuevo paradigma del cuidado, atribuyendo a los fines de la medicina la consecución de una muerte en paz para el paciente, como algo tan importan-

te como el prevenir la muerte prematura, diagnosticar y tratar enfermedades². Por esta razón, usar un argumento que apele a la tradición médica (y más, remontándose a la antigua Grecia) resulta falaz.

Sin embargo, esto no resuelve la pregunta: ¿debe ser la eutanasia un acto médico? La LORE dice en su preámbulo: «No basta simplemente con despenalizar las conductas que impliquen alguna forma de ayuda a la muerte de otra persona, aun cuando se produzca por expreso deseo de esta. Tal modificación legal dejaría a las personas desprotegidas respecto de su derecho a la vida que nuestro marco constitucional exige proteger»¹. Por tanto, si se deja que la eutanasia no sea ejecutada desde ciertos parámetros de profesionalidad (conocimiento experto, pautas deontológicas

y éticas), no se puede garantizar la protección de los derechos de la persona. ¿Existe para ello un profesional más adecuado que los/as profesionales de la salud?

Aun así, existen reticencias por parte de algunos/as profesionales sanitarios respecto a ser responsables de llevar a cabo un acto que puede percibirse como algo muy demandante emocional y psicológicamente^{9,10}. Por ello, un primer paso es el de implementar formación y capacitación específica. Así como dar a conocer la regulación de la objeción de conciencia, que se aborda en el artículo de Tarodo y sus colaboradores de este monográfico «Eutanasia y libertad de conciencia: derechos y obligaciones profesionales».

La legalización de la eutanasia es el primer paso de un camino que nos llevará a escenarios peligrosos

La falacia de la pendiente resbaladiza consiste en asegurar que, cuando se da un primer paso hacia una dirección, se producirán inevitablemente una serie de consecuencias que conducirán, en última instancia, a un resultado éticamente inaceptable. En el caso de la AMpM, podemos encontrar dos versiones de aplicación de la pendiente resbaladiza. Una primera versión consiste en afirmar que, si se acepta que una persona en situación de vulnerabilidad solicite la AMpM, todas las personas en este tipo de situaciones se sentirán obligadas a pedirla, por tanto, legalizar la eutanasia allana el camino hacia peticiones no legítimas (no contempladas en la ley) o éticamente inaceptables (personas incapaces, menores...)¹¹. Por otro lado, una segunda versión consiste en afirmar que al legalizar la eutanasia voluntaria nos deslizaremos con facilidad hacia un aumento de los casos donde no ha

habido una petición expresa por parte de la persona.

La falacia de la pendiente resbaladiza puede ser rebatida desde diferentes puntos de vista. En primer lugar, desde una perspectiva lógica, el argumento es falaz¹², ya que en los casos que nos ocupan no hay una conexión causa-efecto necesaria entre la decisión primera y sus supuestas consecuencias: la legalización de la AMpM no implica necesariamente que vayan a producirse más casos de peticiones o ejecuciones en casos no recogidos por la LORE. Tampoco implica que se vayan a producir más casos sin una petición expresa de la persona. De hecho, incluso aunque se produjesen más casos de AMpM o se diesen casos sin petición previa después de la LORE, eso no significaría que hubiera una relación causal entre ambos fenómenos^{13,14}. Esto no exime de la responsabilidad de vigilar los casos de peticiones de eutanasia para identificar que se produzca alguna solicitud que no esté recogida en la LORE y atajar este problema. La causa de un hipotético aumento de peticiones ilegítimas o de incidencia de casos sin solicitud previa debería ser identificada con claridad y seguridad para poder abordarla. De hecho, la LORE prevé mecanismos para garantizar que no se produzcan estos casos, como la verificación por parte del/la médica responsable o la ratificación de la Comisión de Evaluación y Garantía.

Por otro lado, desde el punto de vista empírico, algunos estudios aluden a que la legalización de la AMpM no ha generado ninguna de las consecuencias perniciosas que suelen manejarse en el argumento de la pendiente resbaladiza^{13,16,17}. Un reciente estudio muestra un incremento en el uso de eutanasia en Bélgica, pero los/as autores/as reconocen que esta situación no puede confirmar ni

refutar que la legalización de la eutanasia sea «inherentemente problemática», al situarse solo en el contexto belga¹⁸.

Es cierto que algunos escenarios futuribles son suficientemente graves como para que se tenga en cuenta un principio de precaución. En efecto, el argumento de la pendiente resbaladiza puede ayudar a formular ese principio de precaución¹⁹, pero un principio de precaución no es lo mismo que un argumento de pendiente resbaladiza¹³, porque un argumento de pendiente resbaladiza presenta una conclusión inespecífica con pretensión de seguridad y se basa en premisas asimismo inespecíficas, deliberadamente ambiguas¹² y que no han sido lo bastante fundamentadas.

En conclusión, se trata de un argumento no válido tanto formal como empíricamente, pero que puede resultar de utilidad para conocer cuáles son los posibles cursos de acción que deben evitarse tras la legalización de la AMpM²⁰.

La ley de eutanasia elude los cuidados paliativos

Uno de los desatinos que más eco ha tenido es que la LORE soslaya los cuidados paliativos. Antes de desmontar este desatino, hay que resaltar la importancia de que nadie debería solicitar la AMpM a causa de síntomas físicos, como puede ser el dolor, que no hayan sido tratados de forma adecuada. No obstante, aunque esta atención de síntomas físicos es necesaria, tampoco es una razón suficiente para rechazar toda petición de AMpM²¹. Aunque autores como Velasco Sanz y sus colaboradores⁸ defiendan que una regulación de la eutanasia debería ir precedida o acompañada de una regulación de los cuidados paliativos, lo cierto es que con independencia de dicha

regulación debería asegurarse que toda persona con necesidades paliativas reciba una adecuada atención.

En cualquier caso, respondiendo al desatino, en la LORE sí se hace mención expresa a los cuidados paliativos. En el artículo 5 de esta ley sobre los requisitos para recibir la prestación de ayuda a morir, en su epígrafe «b» se indica lo siguiente: «[La persona deberá] disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia»¹. El cumplimiento de este requisito no solo incluye los cuidados paliativos, sino que implica, aunque no lo exprese la ley, una garantía de acceso a los mismos en caso de que el solicitante así lo requiriera.

Más adelante, en el artículo 8 de esta misma ley, sobre el procedimiento que debe seguir la médica o el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda a morir, se expresa claramente lo siguiente: «[la médica o el médico responsable] realizará con el paciente solicitante un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita. [...] la misma deberá facilitarse igualmente por escrito, en el plazo máximo de cinco días naturales»¹. Por tanto, la ley no solo enuncia de forma explícita la prestación de cuidados paliativos, sino que establece quién es la persona que debe brindar la información sobre el acceso a esta atención. Es importante

mencionar que el solicitante debe hacer dos peticiones de ayuda a morir (art. 5.1.C) con una diferencia de al menos 15 días entre ellas. Por tanto, el ofrecimiento de acceso a una atención paliativa se deberá expresar en dos ocasiones.

Incluso, la ley de la eutanasia podría secundariamente contribuir a una revisión, mejora y acceso de la atención paliativa, para hacerse cargo de manera solvente e integral del final de la vida, no solo desde unidades especializadas, sino también desde la Atención Primaria (AP)²¹. De hecho, el *Manual de buenas prácticas en eutanasia*, así como en algunas guías del proceso deliberativo para los profesionales sanitarios, se contempla la información de una atención paliativa²².

La ley de la eutanasia pone en peligro a las personas vulnerables

La posibilidad de recurrir a la AMpM está sujeta a la capacidad de ejercer la autonomía de forma satisfactoria, un aspecto que analiza Diego Gracia en este monográfico en su artículo «Ética y derecho en el proceso de morir». En muchos casos, es previsible que la persona que la solicita se encuentre en situación de especial vulnerabilidad, por la incidencia de diferentes factores, como pueden ser la enfermedad o la discapacidad. Por ello, a veces se afirma que la AMpM no debería ser una opción disponible para las llamadas «personas vulnerables». El argumento vendría a decir que las personas vulnerables no tienen la misma capacidad de ejercer su autonomía que el resto de personas y que, por lo tanto, deben ser especialmente protegidas frente a los abusos de los que pueden ser víctimas o a la presión social, al sentirse una carga o un problema²³. También se ha dicho que la propia oferta de la AMpM predispondría al paciente vulnerable a

solicitarla²⁴. En definitiva, se dice que las personas vulnerables no deberían tener la opción de solicitarla por su propio bien, o bien que la AMpM no debería ser legal en general para proteger a estas personas.

Varios autores han criticado que una situación de vulnerabilidad implique de forma necesaria una disminución de la autonomía^{25,26}. En realidad, la autonomía puede entenderse desde una perspectiva relacional y gradual, según la cual una persona puede situarse en diferentes estados respecto a su capacidad autónoma que no vienen directamente determinados por su pertenencia a un determinado grupo social considerado vulnerable. Cada caso deberá ser analizado en su complejidad, y cabe la posibilidad de reconocer un ejercicio de autonomía suficiente en personas en situaciones de vulnerabilidad diversas. Para ello, pueden ser útiles las concepciones relacionales de la autonomía, que permiten captar con mayor precisión la incidencia de los diferentes factores que pueden determinar si un proceso de toma de decisiones es o no suficientemente autónomo²⁷.

En concreto, en el caso de las personas con diversidad funcional, desde los estudios de la discapacidad se ha denunciado la utilización de la discapacidad para cuestionar o defender posiciones ideológicas (el denominado *cripwashing*)²⁸ o incluso para encubrir abusos sobre otras personas²⁹. No siempre está claro que el activismo contra la AMpM realmente responda a los intereses y opiniones mayoritarios de las personas con discapacidad¹⁷. Frente a ello, la posición de las personas con discapacidad debe ser atendida respetando sus propios intereses, libremente definidos, y garantizando una participación inclusiva en los procesos de toma de decisiones.

La vulnerabilidad es una situación contingente y contextual, no una característica aislada de los individuos³⁰. Por ello, categorizar a las personas como pertenecientes o no a los llamados «grupos vulnerables», paradójicamente, puede agravar su situación de vulnerabilidad, haciéndolas más dependientes de las decisiones de otras personas, en lugar de ayudarlas a ser más autónomas.

De esta forma, las personas que se encuentren en alguna situación que pueda ser calificada de especial vulnerabilidad deberían poder acceder a una evaluación adecuada de su capacidad para ejercer la autonomía. El *Manual de buenas prácticas en eutanasia* establece las recomendaciones para la evaluación de la capacidad efectiva de las personas que serían candidatas a solicitar la AMpM²². Estas indicaciones son un criterio que puede presumirse de aplicación universal. A la vista de las mismas, no es necesario excluir *a priori* a personas del proceso de evaluación de la capacidad efectiva solo porque pertenezcan a los llamados colectivos vulnerables. Una persona será calificada como capaz o incapaz con base en los resultados de la aplicación de estos criterios por parte del personal más adecuado para ello, no simplemente por tener una determinada edad, enfermedad o discapacidad.

La eutanasia es presentada en la LORE como un derecho al que tienen acceso todas las personas que puedan cumplir una serie de requisitos que vienen definidos según su estado de salud y su autonomía. La pertenencia a un determinado colectivo no puede significar *per se* la exclusión del acceso a este derecho.

Nadie pide la eutanasia si tiene las necesidades cubiertas

Uno de los argumentos más utilizados para rechazar la eutanasia

consiste en afirmar que las personas que la solicitan lo hacen debido a ciertas necesidades que no han sido atendidas, refiriéndose, en especial, a situaciones sociales desfavorables.

La AMpM podría percibirse como una forma de medicalizar un sufrimiento al final de la vida que puede provenir de necesidades familiares, sociales o espirituales²¹. El sufrimiento es una experiencia subjetiva y única que va mucho más allá del dolor físico y que puede aparecer como consecuencia de la percepción de una amenaza a la integridad de la persona en cualquiera de sus dimensiones³¹. Existen voces que sostienen que hay determinados colectivos que no deberían ser elegibles para la AMpM, porque su decisión de solicitarla podría provenir no de un sufrimiento directo relacionado con la enfermedad, sino más bien de determinantes sociales de la salud –entendidos como desigualdades: falta de acceso a una atención adecuada, pobreza o precariedad financiera, entorno físico, educación, edad, género, institucionalización, estigma y discriminación, aislamiento o soledad– que, en principio, podrían ser remediables³⁷. En consecuencia, estas personas no deberían poder optar a la AMpM hasta que estas carencias de recursos se subsanen por completo.

En efecto, es posible que en algunos casos no sea únicamente el sufrimiento causado por la enfermedad lo que dé lugar a una solicitud de muerte asistida. Puede que los efectos nocivos desencadenados por la enfermedad, sumados a los determinantes sociales de la salud, contribuyan a hacer intolerable el sufrimiento de una persona. Sin embargo, incluso si se asume este último caso de influencia de los determinantes sociales, aceptando que existe una carencia por parte de la sociedad, no se pue-

de presumir que el paciente deba ser despojado de su agencia para pedir una AMpM y que deba tolerar su situación por más tiempo¹⁷. Recordemos que en la base moral de la autorización de AMpM se trata de respetar y apoyar las decisiones que toman los pacientes con capacidad de decisión, cuando sufren una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, que hace que su sufrimiento sea intolerable. Eliminar la capacidad de decisión del paciente en función de circunstancias sociales podría exponer a estas personas a períodos potencialmente muy largos de sufrimiento insoportable.

Por otro lado, como se ha visto en el punto anterior, sería inadecuado presuponer la falta de autonomía de cualquier persona por pertenecer a determinado colectivo. En cualquier caso, se debe evitar la medicalización del sufrimiento e inequidad en la distribución de recursos en la sociedad no descuidando obligaciones sociales previas necesarias para que se pueda descartar la presión externa de cualquier índole. Esto pasa por garantizar un sistema adecuado de atención psicológica y políticas sociales (prestación de ayudas y recursos sociosanitarios) que sirvan para evitar la vulnerabilidad extrema. De la misma manera se deben señalar peligros y garantizar la cobertura de necesidades clínicas, espirituales, sociales y familiares con una correcta información a las personas que lo solicitan sobre los distintos recursos, así como la promoción de la toma de decisiones compartida y una vigilancia continua por parte de los equipos de AP que acompañen a los pacientes a lo largo de sus vidas²¹.

En este sentido, la LORE recoge que, en el contexto eutanásico «han de establecerse garantías para que la decisión de poner fin

a la vida se produzca con absoluta libertad, autonomía y conocimiento, protegida por tanto de presiones de toda índole que pudieran provenir de entornos sociales, económicos o familiares desfavorables, o incluso de decisiones apresuradas». De modo que, continúa, «se requiere de una valoración cualificada y externa a las personas solicitante y ejecutora, previa y posterior al acto eutanásico»¹.

Según las recomendaciones para los profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid³¹, el médico o médica responsable está obligado/a a explorar la experiencia de sufrimiento en todas sus dimensiones para detectar qué percibe la persona como amenazas y qué medidas se han adoptado para hacer frente a ellas. Valorar qué recursos se pueden proporcionar a la persona en el presente y en el futuro (incluyendo paliativos y prestaciones de la Ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia) se establece como una exigencia fundamental en el proceso de solicitud de la AMpM.

«La sociedad no debe facilitar la muerte digna a personas a las que no ha garantizado unas condiciones de vida digna»²¹. Es éticamente inaceptable que alguien muera por su condición social, pero tampoco la pobreza puede ser un argumento que justifique no aplicar la AMpM en esos casos. Así pues, la decisión debe estar protegida de presiones que provengan de entornos sociales, económicos o familiares. Prestar especial atención a las personas sin recursos constituye un trato desigual pero justo, es un tipo de desigualdad necesaria que no genera inequidad (desigualdad evitable e injusta)³². Hay estudios que revelan que las personas de bajo nivel socioeconómico tienen

menos probabilidades de recibir asistencia médica para morir³². Sin embargo, negarles la asistencia a las personas pobres o a determinados colectivos por un principio de protección puede constituir una forma de discriminación resultado de una decisión paternalista fuerte¹⁷ y esta discriminación aún basada en la protección de un colectivo podría ser injusta: la potencial vulnerabilidad colectiva no puede ser conceptualmente utilizada como base para rechazar la AMpM.

En definitiva, en ningún caso las condiciones socioeconómicas deben ser factores que determinen una AMpM. Por consiguiente, deben ponerse a disposición de las personas que la soliciten los recursos suficientes para que los factores económicos y sociodemográficos no supongan ningún tipo de coacción. Los determinantes sociales no deben determinar la solicitud de una AMpM, pero tampoco limitarla o impedir la si se acredita que es una decisión legítima y condicionada por un sufrimiento reconocible.

Agradecimientos

Esta investigación ha sido posible gracias al Proyecto Bioética y Prácticas Relacionadas con el Final de la Vida (INEDyTO II) [MINECO PID2020-118729RB], el Proyecto Investigación en Ética de la Donación y Trasplante de Órganos INEDyTO [MINECO FFI2017-88913-P]. Belén Liedo agradece además la ayuda FPU19/06027 del Ministerio de Universidades. Agradecemos su contribución al Grupo Ética Salubrista para la Acción, Cuidados y Observación Social (ESPACyOS) y a Melania Moscoso.

Lecturas recomendadas

- Novoa-Jurado A, Melguizo-Jiménez M. La Medicina de Familia ante la ley sobre la ayuda médica para morir: responsabilidad y garantías. *Atención Primaria* 2021;53(5):102058. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102058.

Reflexión sobre las salvaguardas necesarias para garantizar el cumplimiento de la LORE en AP. Su enfoque se caracteriza por la prudencia ante los riesgos de la legalización y el énfasis en la dimensión comunitaria y social de la AMpM.

- López de la Vieja MT. Los argumentos resbaladizos. El uso práctico de razonamientos imperfectos. *Contrastes. Revista Internacional de Filosofía* [Internet]. 23 de marzo de 2007 [citado el 8

Resumen

La LORE ha recibido diversas críticas, no solo por quienes se oponen a la ayuda médica para morir, sino también por personas que están a favor, pero que consideran que la ley es mejorable. Este artículo tiene como objetivo analizar cinco ideas que suelen usarse en contra de la AMpM y que no son reales o son matizables y que, por tanto, pueden ser consideradas mitos o desatinos. Estas ideas son: 1) la AMpM no debería ser un acto médico, pues se opone a los principios deontológicos de la profesión; 2) la legalización de la AMpM llevará inevitablemente a diversos escenarios indeseables; 3) la AMpM sustituye a los cuidados paliativos y, en la ley, estos no se tienen en cuenta; 4) la legalización de la AMpM pone en peligro a las personas vulnerables, como podrían ser las personas con discapacidad o pacientes con problemas de salud mental; 5) nadie solicitaría la AMpM si tuviera sus necesidades cubiertas. No se pretende elaborar una defensa ideológica de la eutanasia, sino revisar aquellos puntos débiles de ciertos argumentos que se han utilizado en su contra y arrojar algo de claridad sobre el debate.

de enero de 2022];12. Disponible en: <https://revistas.uma.es/index.php/contrastes/article/view/1438>

Análisis de las limitaciones de la pendiente resbaladiza teniendo en cuenta todos los factores pragmáticos de su uso. Distingue entre usos más provechosos y menos provechosos, elaborando una propuesta crítica sobre este tipo de razonamiento tan utilizado en bioética.

→ 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*. 2021;medethics-2021-107523. doi: 10.1136/medethics-2021-107523.

Comparación de la LORE con otras regulaciones europeas.

Bibliografía

1. BOE. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. [Internet.] BOE, núm. 72, de 25 de marzo de 2021, páginas 34037 a 34049 (13 págs.). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>
2. Bátiz Cantera J. Cuando el enfermo solicita el adelantamiento de su muerte. En: *Mientras llega la muerte*. Madrid: Fundación San Juan de Dios; 2021.
3. Hipócrates. Juramento. En: *Tratados hipocráticos*. Madrid: Gredos; 2008.
4. Dopchie S. The Doctor Turned into an Instrument. En: *Euthanasia: Searching for the Full Story*. Devos T. (ed.). Cham: Springer; 2021.
5. Beauchamp T, Childress J. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson; 1999.
6. 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 [Internet]. BOE, núm. 274, de 15/11/2002. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
7. Callahan D, Parens E. The ends of medicine: shaping new goals. *Bull N Y Acad Med*. 1995; 72(1): 95-117.
8. 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*. 2021;medethics-2021-107523. doi: 10.1136/medethics-2021-107523.
9. McCormack R, Clifford M, Conroy M. Attitudes of UK doctors towards euthanasia and physician-assisted suicide: A systematic literature review. *Palliat Med*. 2012;26(1):23-33. doi: 10.1177/0269216310397688.
10. Kelly B, Handley T, Kissane D, Vamos M, Attia J. «An indelible mark» the response to participation in euthanasia and physician-assisted suicide among doctors: A review of research findings. *Palliat Support Care*. 2020;18(1):82-8. doi: 10.1017/S1478951519000518.
11. Vermeer E. The Slippery Slope Syndrome. En: Devos T, editor. *Euthanasia: Searching for the Full Story: Experiences and Insights of Belgian Doctors and Nurses* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2021 [citado 8 de enero de 2022]. p. 1-14. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-030-56795-8_1
12. Schüklenk U, van Delden JJM, Downie J, McLean SAM, Upshur R, Weinstock D. End-of-life decision-making in Canada: the report by the Royal Society of Canada expert panel on end-of-life decision-making. *Bioethics*. 2011;25(Suppl 1):1-73. doi: 10.1111/j.1467-8519.2011.01939.x
13. Klampfer F. Euthanasia Laws, Slippery Slopes, and (Un)Reasonable Precaution. *Prolegomena: Časopis Za Filozofiju*. 2019;18(2):121-47.
14. Lewis P. The empirical slippery slope from voluntary to non-voluntary euthanasia. *J Law Med Ethics*. 2007;35(1):197-210. doi: 10.1111/j.1748-720X.2007.00124.x
15. Spielthener G. A logical analysis of slippery slope arguments. *Health Care Anal*. 2010;18(2):148-63. doi: 10.1007/s10728-009-0117-0.
16. Battin MP, van der Heide A, Ganzini L, van der Wal G, Onwuteaka-Philipsen BD. Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in «vulnerable» groups. *J Med Ethics*. 2007;33(10):591-7. doi: 10.1136/jme.2007.022335.
17. Downie J, Schuklenk U. Social determinants of health and slippery slopes in assisted dying debates: lessons from Canada. *J Med Ethics*. 2021;47(10):662-9. doi: 10.1136/medethics-2021-107493.
18. Raus K, Vanderhaegen B, Sterckx S. Euthanasia in Belgium: Shortcomings of the Law and Its Application and of the Monitoring of Practice. *J Med Philos*. 2021;46(1):80-107. doi: [org/10.1093/jmp/jhaa031](https://doi.org/10.1093/jmp/jhaa031)
19. López de la Vieja MT. Los argumentos resbaladizos. El uso practico de razonamientos imperfectos. *Contrastes*. *Revista Internacional de Filosofía* [Internet]. 23 de marzo de 2007 [citado el 8 de enero de 2022];12. Disponible en: <https://revistas.uma.es/index.php/contrastes/article/view/1438>
20. López de la Vieja MT. *Bioética y ciudadanía*. Biblioteca Nueva; 2013.
21. 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;53(5):102058. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102058
22. Ministerio de Sanidad. *Manual de buenas prácticas en eutanasia*. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021.
23. Zurriarain RG. Aspectos sociales de la eutanasia. *Cuadernos de Bioética*. 2019;30(98):23-34. DOI: 10.30444/CB.18
24. Engelhart K. Should the Right to Die Extend to People with Mental Illness? *The Walrus* [Internet]. 2021 [citado 9 de enero de 2022]. Disponible en: <https://thewalrus.ca/should-the-right-to-die-extend-to-people-with-mental-illness/>
25. Have H ten. *Vulnerability: Challenging bioethics*. London: Routledge; 2016. 264 p.
26. Liedo B. Vulnerabilidad. *EUNOMÍA Revista en Cultura de la Legalidad*. 2021;(20):242-57. doi.org/10.20318/eunomia.2021.6074
27. Mackenzie C. The Importance of Relational Autonomy and Capabilities for an Ethics of Vulnerability. En: *Vulnerability* [Internet]. New York: Oxford University Press; 2013 [citado 9 de enero de 2022]. Disponible en: <https://oxford.universitypressscholarship.com/10.1093/acprof:oso/9780199316649.001.0001/acprof-9780199316649-chapter-2>
28. Moscoso M, Platero R. Cripwashing: the abortion debates at the crossroads of gender and disability in the Spanish media. *Continuum*. [Internet.] 2017;31(3):470-81. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10261/187602>
29. Moscoso Pérez MM. Cripwashing: Undermining Civil Liberties in the Name of Disability Rights in Contemporary Spain. *Critical Disability Discourses* [Internet]. 2016 [citado 9 de enero de 2022]; Disponible en: <https://cdd.journals.yorku.ca/index.php/cdd/article/view/39709>
30. Luna F. Identifying and evaluating layers of vulnerability - a way forward. *Dev World Bioeth*. 2019;19(2):86-95. doi: 10.1111/dewb.12206.
31. Comunidad de Madrid. «Proceso deliberativo»: recomendaciones para los profesionales sanitarios. 2021.
32. Redelmeier DA, Ng K, Thiruchelvam D, Shafir E. Association of socioeconomic status with medical assistance in dying: a case-control analysis. *BMJ Open*. 2021;11(5):e043547. doi: 10.1136/bmjopen-2020-043547.