

EL TEMA

Donación de órganos tras la eutanasia: todas las cuestiones éticas

VIDA Y BIOÉTICA

31_03_2026



**Tommaso
Scandroglio**



Noelia, la joven española de 25 años que ha fallecido por eutanasia el pasado 26 de marzo, había solicitado que se donaran sus órganos tras su muerte. Esta práctica, además de tener su propia sigla —ODE (*Organ Donation Euthanasia*)— y de haber

merecido la atención de una amplia literatura científica desde principios de la década de los 2000, está regulada en Bélgica, Países Bajos, Canadá y España. En Italia no existe una normativa específica por la sencilla razón de que la donación puede tener lugar tras cualquier causa que haya provocado la muerte, ya sea natural o voluntaria, por mano propia o ajena. La combinación de eutanasia y donación podría extenderse ampliamente con la difusión de la eutanasia, ya que, como señala el artículo científico *Potential Number of Organ Donors After Euthanasia in Belgium* (Número potencial de donantes de órganos tras la eutanasia en Bélgica), alrededor del 10% de los pacientes fallecidos por eutanasia pueden ser aptos para la donación. El porcentaje ha aumentado recientemente hasta el 14% en España.

Un reciente artículo científico titulado *Organ Donation After Medical Aid in Dying: An Ethical Overview* (Donación de órganos tras el suicidio asistido: una visión general ética), publicado en *Bioethics* el pasado mes de noviembre, resume bien cuáles son los aspectos críticos de la donación tras la eutanasia. La primera, que el Comité Nacional de Bioética (CNB) de Italia ya señaló 2021 (véase *Constatación de la muerte según el criterio cardiocirculatorio y “donación controlada”: aspectos éticos y jurídicos*, 3.1), se refiere al efecto facilitador en la decisión de optar por la eutanasia generado por la posibilidad de donar los órganos. La persona podría verse condicionada a elegir la eutanasia porque de ese modo podría donar sus órganos. Decidir no morir podría ser percibido por el propio sujeto o incluso por otras personas como un acto egoísta, sobre todo cuando sus órganos podrían salvar a un familiar o a un amigo. La presión psicológica condicionante derivaría no solo de la mera posibilidad de elegir donar los órganos, sino también, más concretamente, de los profesionales sanitarios que, a su vez condicionados por la escasez de órganos y, en consecuencia, por los tiempos de espera muy largos, podrían verse empujados a persuadir a la persona de que muera con el fin de realizar este gesto altruista. El riesgo de tal condicionamiento aumentaría en situaciones de especial vulnerabilidad psicológica (véase el caso de Noelia).

En el ámbito médico, este efecto de influjo es bien conocido y se aprovecha. En Ontario y Quebec, la organización responsable de la donación de órganos informa inmediatamente al paciente candidato a la eutanasia de la posibilidad de la donación. Algo similar ocurre en España. Para paliar este problema —aunque la solución es claramente ineficaz— se sugiere un intervalo temporal entre la decisión de recurrir a la eutanasia y la elección de la donación de órganos (véase E. Scalcon, *Los nuevos horizontes de las decisiones al final de la vida y de la donación de órganos en Italia*, BioLaw Journal – Revista de BioDerecho, n.º 1/2023, p. 158).

Además de la presión psicológica sobre el paciente, existe —y es aún más relevante— el riesgo de que esa misma presión recaiga sobre los médicos. El CNB, en el documento ya citado, subraya que la tentación de extraer órganos de un paciente puede llevar a algún médico muy “altruista” a calificar de obstinación terapéutica lo que, en realidad, es eutanasia: una eutanasia que además se podría llegar a practicar en una persona que no ha dado su consentimiento, o incluso que se ha opuesto. En pocas palabras, podría producirse un abandono terapéutico del paciente, vendido a él y a sus familiares como una abstención de prácticas consideradas inútiles o ineficaces, todo ello con el fin de extraer órganos del propio paciente. En el fondo, se trata del mismo riesgo que tenemos con el criterio tan criticable para determinar la muerte de una persona, que hace referencia a la “cesación irreversible de todas las funciones del cerebro” (art. 1, ley 578/1993, en Italia). En la práctica, se corre el riesgo de extraer órganos de un paciente declarado muerto, pero que **en realidad está vivo** y que podría haber seguido viviendo si hubiera recibido la asistencia adecuada [véase R. de Mattei (ed.), *Finis vitae: ¿la muerte cerebral sigue siendo vida?*, Rubbettino].

Un segundo problema de la donación tras la eutanasia es el posible conflicto de intereses entre el equipo encargado de practicar la eutanasia y el encargado de la extracción de órganos. A este respecto, la ley italiana n.º 91/1999, en su art. 18, es clara: “Los médicos que realizan las extracciones y los médicos que realizan los trasplantes deben ser distintos de aquellos que certifican la muerte”. De manera análoga, el CNB se expresa así: “La independencia garantiza que la certificación de la muerte se base en datos objetivos y que no sufra ninguna influencia o condicionamiento inducidos por la finalidad de la donación. Por lo tanto, debe excluirse cualquier posible conflicto de intereses entre los equipos implicados en las distintas fases del proceso de constatación y extracción” (3.6).

Una tercera cuestión crítica surge en relación con el criterio de la “dead donor rule”, es decir, la donación tiene que ser el efecto de la muerte, no la causa. En el caso contrario, tendríamos un asesinato cometido con un fin bueno, pero seguiría tratándose de un homicidio. El problema surge al menos por dos motivos. El primero: los preparados letales que se utilizan para la eutanasia podrían comprometer la calidad de los órganos que se van a extraer. Por lo tanto, desde esta perspectiva utilitarista, sería mejor provocar la muerte del paciente en la misma mesa de operaciones en la que se extraerán los órganos. El segundo: matar directamente a un paciente en la mesa de operaciones, mediante la extracción de los órganos tras haberlo sometido a anestesia, garantiza que los órganos estén frescos y, por lo tanto, sean de excelente calidad para el

trasplante. Como se desprende de la lectura de *Organ donation euthanasia (ODE): performing euthanasia through living organ donation* (Donación de órganos por eutanasia (ODE): practicar la eutanasia mediante la donación de órganos en vida), ya no tendríamos una donación mediante eutanasia, sino una eutanasia mediante donación. Sería el acto de la extracción lo que constituiría la eutanasia.

Otro problema, aunque no se mencione en el artículo publicado en *Bioethics*, es el del receptor: ¿querrá recibir un órgano de una persona que se ha suicidado o de una persona fallecida por eutanasia? Una organización en Bélgica y los Países Bajos que se ocupa de la asignación de órganos sugiere informar al receptor si esto ocurriera. Por el contrario, en España, el *Protocolo nacional para la donación de órganos tras la prestación de servicios de suicidio asistido* prohíbe facilitar este tipo de información: todo debe quedar amparado por el anonimato.

Pero posiblemente llegamos ahora al mayor peligro. La eutanasia es una práctica intrínsecamente maligna, la donación es, en sí misma, una práctica buena. Al conectar estas dos prácticas, la bondad de la donación podría transferirse indebidamente a la eutanasia y así podríamos llegar a hablar de eutanasia del buen samaritano, de eutanasia filantrópica, de eutanasia para otros (dado que ya tenemos la gestación para otros), de eutanasia altruista. *Scienza & Vita*, en un artículo del pasado mes de enero titulado *Eutanasia y donación de órganos*, escribe al respecto: “La bondad del fin (el trasplante) podría desviar la atención del juicio negativo respecto a las prácticas eutanásicas”. El riesgo es que “la donación se perciba como una forma de atribuir un valor social o moral a la propia muerte”. La eutanasia tendría así valor no solo para el directamente interesado, sino también para los demás: la eutanasia adquiriría valor social y, por lo tanto, se fomentaría también por este motivo. Sería una muerte sostenible porque útil, dado que supondría un reciclaje del cuerpo humano. Y así asistiríamos a la “entrada en el ámbito médico y social de lógicas utilitaristas, contrarias a la dignidad humana. Si la vida del hombre puede ‘valer menos’ en determinadas condiciones, no sorprende la difusión de prácticas que acaban considerando al otro como un mero medio para el bien de otros”. Hablar de amor por los demás cuando hay un homicidio de por medio siempre huele a azufre.