

*FACULTAD DE CC. SOCIALES, JURÍDICAS Y
DE LA COMUNICACIÓN*



Universidad de Valladolid

GRADO DE DERECHO

TRABAJO DE FIN DE GRADO

DERECHO A LA EUTANASIA

AUTORA: CLAUDIA GUTIÉRREZ TABANERA

TUTOR: D. JESÚS MARTÍNEZ PURAS

FECHA DE CONVOCATORIA: 17 DE DICIEMBRE 2025

DEPARTAMENTO: DERECHO CIVIL

RESUMEN.

Este trabajo analiza la eutanasia en España desde una perspectiva jurídica que no pierde de vista su dimensión profundamente humana. El estudio examina cómo la Ley Orgánica 3/2021 ha transformado el papel del Derecho ante situaciones de sufrimiento irreversible, tratando de equilibrar autonomía personal, protección de la vida y respeto a la dignidad en el tramo final de la existencia.

A través del análisis constitucional, ético y doctrinal, se muestra cómo la interpretación del derecho a la vida ha evolucionado hacia un modelo que reconoce la capacidad de la persona para decidir sobre su propia muerte en circunstancias extremas. El trabajo incorpora además una revisión de la jurisprudencia más reciente y de los datos oficiales sobre la aplicación de la ley, poniendo de relieve avances significativos, así como desafíos relacionados con los tiempos de tramitación, la evaluación de la capacidad o las desigualdades territoriales.

El estudio concluye que la eutanasia, tal y como se regula en España, no pretende negar el valor de la vida, sino ofrecer una respuesta jurídica garantista para quienes afrontan un sufrimiento que ya no puede aliviarse. La LORE abre un camino que reconoce la autonomía, sin olvidar la vulnerabilidad humana, y plantea a la sociedad el reto de seguir construyendo un sistema capaz de acompañar de forma justa, cuidadosa y digna a quienes se enfrentan al final de su vida.

PALABRAS CLAVE.

Eutanasia, autonomía personal, dignidad humana, contexto eutanásico, garantías legales, derecho a la vida, vulnerabilidad, cuidados paliativos.

ABSTRACT.

This study examines euthanasia in Spain from a legal perspective that remains attentive to its deeply human dimension. It explores how Organic Law 3/2021 has reshaped the role of the legal system when faced with situations of irreversible suffering, seeking to balance personal autonomy, the protection of life, and respect for dignity at the final stage of existence.

Through constitutional, ethical, and doctrinal analysis, the work shows how the interpretation of the right to life has evolved toward a model that recognizes an individual's capacity to decide about their own death in exceptional circumstances. The study also includes a review of recent case law and official data on the application of the law, highlighting significant progress as well as persistent challenges related to processing times, capacity assessments, or territorial disparities.

The study concludes that euthanasia, as regulated in Spain, does not deny the value of life but instead offers a legally safeguarded response for those facing suffering that can no longer be alleviated. The LORE opens a path that recognizes autonomy while acknowledging human vulnerability, and it challenges society to continue building a system capable of accompanying individuals at the end of life with fairness, care, and dignity

KEY WORDS.

Euthanasia, personal autonomy, human dignity, euthanasia context, legal safeguards, right to life, vulnerability, palliative care.

ÍNDICE.

1. INTRODUCCIÓN	6
2. CONCEPTO, EVOLUCIÓN Y FUNDAMENTOS JURÍDICO-DOCTRINALES DE LA EUTANASIA.	8
2.1. Concepto y terminología de la eutanasia.	8
2.2. Origen y evolución histórica del término.	9
2.3. Fundamentos filosóficos y éticos.	11
2.3.1. <i>Fundamentos filosóficos.</i>	11
2.3.2. <i>Fundamentos éticos.</i>	12
2.4. Fundamento jurídico-constitucional: relación con el derecho a la vida.	12
2.5. Diferencias entre eutanasia y otras figuras jurídicas.	14
2.5.1. <i>Suicidio asistido.</i>	14
2.5.2. <i>Rechazo o retirada de tratamiento.</i>	16
2.5.3. <i>Limitación del esfuerzo terapéutico.</i>	17
2.5.4. <i>Sedación paliativa.</i>	19
2.5.5. <i>Síntesis comparativa.</i>	20
3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y EVOLUCIÓN DE LA EUTANASIA. ...	21
3.1. La eutanasia en España antes de la LORE. El caso de Ramón Sampedro.	23
4. REGULACIÓN JURÍDICA DE LA EUTANASIA.	25
4.1. Regulación a nivel internacional.	25
4.1.1. <i>Países Bajos.</i>	26
4.1.2. <i>Bélgica.</i>	27
4.1.3. <i>Luxemburgo.</i>	28
4.1.4. <i>Canadá y Nueva Zelanda.</i>	29
4.1.5. <i>Otros modelos parciales.</i>	31
4.2. Regulación en España: Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE).	33
4.2.1. <i>Finalidad y concepto jurídico.</i>	34
4.2.2. <i>Requisitos materiales y personales.</i>	35
4.2.3. <i>Procedimiento y garantías legales.</i>	36

4.2.4. <i>Derechos, límites y objeción de conciencia</i>	40
4.2.5. <i>Efectos jurídicos y consideración de la muerte</i>	41
4.2.6. <i>Implementación y coordinación territorial</i>	42
4.3. La constitucionalidad de la LORE: Sentencia 19/2023. Sentencia 94/2023.	43
5. APLICACIÓN DE LA LEY, ESTADÍSTICAS Y ANÁLISIS COMPARATIVO.	
.....	47
5.1. Aplicación práctica de la LORE: balance desde su entrada en vigor.	47
5.2. Datos y estadísticas oficiales sobre la eutanasia.	49
5.3. Análisis comparativo por Comunidades Autónomas.	55
5.3.1. <i>Aplicación de la Ley en Castilla y León</i>	58
5.4. Casos relevantes en la aplicación de la eutanasia en España.	60
6. DEBATE JURÍDICO Y BIOÉTICO SOBRE LA EUTANASIA.	65
7. CONCLUSIONES.	67
8. BIBLIOGRAFÍA.	70

1. INTRODUCCIÓN.

La eutanasia se presenta actualmente como uno de los debates más profundos y delicados del Derecho contemporáneo. Afrontar esta cuestión implica reflexionar sobre los límites entre la **vida**, la **libertad** y la **dignidad humana**. No se trata solo de un problema jurídico o médico, sino de un asunto que recae directamente sobre la conciencia social y personal, y que obliga a cuestionarse cuál es el alcance legítimo de la intervención del Estado ante la decisión más íntima del ser humano: cómo y cuándo poner fin a su vida cuando esta se vuelve incompatible con la dignidad que cada persona reconoce como propia. Una cuestión que ha estado presente a lo largo de la humanidad se sitúa en el centro de esta reflexión: **¿hasta qué punto pertenece la vida a quien la vive, y no al Estado que la protege?**

Los avances científicos y médicos de las últimas décadas han permitido prolongar la vida más allá de lo que antes era posible. Esto, aunque supone un logro indudable, ha generado nuevos dilemas éticos y sociales. Muchas personas sobreviven hoy en condiciones de dolor irreversible, dependencia absoluta o pérdida total de autonomía. Y en ese contexto, surgen una serie de cuestiones inevitables: ¿qué significa realmente tener una vida digna?, ¿cuándo deja la medicina de ser un medio para curar, y pasa a convertirse en una forma de prolongar el sufrimiento irreversible?, ¿hasta qué punto mantener la vida a toda costa es realmente una expresión de respeto hacia la persona?, ¿debe el Derecho reconocer la posibilidad de que una persona decida libremente el momento y la forma de su muerte sin que ello suponga una vulneración del derecho a la vida?

La **autonomía personal**, reconocida en nuestro ordenamiento a través de normas como la **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, sobre autonomía del paciente**, ha consolidado la idea de que cada individuo es dueño de sus decisiones sanitarias. Aun así, no fue hasta la aprobación de la **Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia**, cuando se reconoció por primera vez un marco normativo que permite **solicitar ayuda médica para morir**. Esta ley no solo transformó el panorama jurídico español, sino que reabrió un debate social y moral que lleva décadas latente. Ya no se trataba únicamente de preguntarse si la eutanasia debía permitirse o no, sino de comprender **qué entendemos realmente por dignidad** y qué papel ocupa la **libertad individual** al final de la vida. ¿Se

trata de un acto de libertad o de renuncia?, ¿de un derecho individual o de una excepción jurídica?, ¿de una manifestación de compasión o de una derrota del sistema sanitario?

En este sentido, analizar la eutanasia no supone cuestionar el valor de la vida humana, sino explorar **cómo puede el Derecho protegerla sin imponerla**, acompañando al individuo en decisiones excepcionalmente difíciles. La ayuda para morir, más que una negación de la vida, puede entenderse como una forma de **garantizar** que esta se desarrolle y concluya conforme a la propia **dignidad del sujeto**, y no según un mandato externo.

Con este Trabajo de Fin de Grado pretendo analizar la eutanasia desde una **perspectiva jurídica**, comprendiendo su **fundamento constitucional**, su encaje en el **derecho a la vida** y su **desarrollo jurisprudencial** en España. A partir de este objetivo principal, planteo unos **objetivos específicos**: examinar los conceptos esenciales, antecedentes doctrinales y fundamentos ético-filosóficos de la eutanasia; estudiar la evolución histórica del debate y su impacto en el contexto español; analizar comparativamente las regulaciones internacionales que han influido en la LORE; describir y valorar el contenido jurídico de la norma y sus garantías; evaluar la aplicación práctica de la ley en España mediante datos oficiales, jurisprudencia relevante y diferencias territoriales; y reflexionar sobre los dilemas jurídicos y bioéticos que la eutanasia plantea en la actualidad.

La **hipótesis** que guía este trabajo es clara: La LORE es constitucionalmente legítima porque articula un equilibrio adecuado entre la protección de la vida y el ejercicio de la autonomía personal, garantizando que la ayuda para morir se practique únicamente en contextos de sufrimiento irreversible y bajo un sistema reforzado de garantías jurídicas, médicas y éticas. Esta hipótesis supone reconocer que el derecho a la vida no puede interpretarse como un deber de vivir impuesto por el Estado, y que la dignidad, en su dimensión existencial, debe prevalecer en situaciones extremas de sufrimiento.

El trabajo se **estructura** en varios capítulos que analizan, de forma progresiva, los fundamentos conceptuales y éticos de la eutanasia, su evolución histórica, los modelos comparados, la regulación y constitucionalidad de la LORE y, finalmente, su aplicación práctica en España y el debate jurídico-bioético que sigue abierto.

2. CONCEPTO, EVOLUCIÓN Y FUNDAMENTOS JURÍDICO-DOCTRINALES DE LA EUTANASIA.

2.1. Concepto y terminología de la eutanasia.

La palabra “**eutanasia**” proviene del griego **eu** – que significa “*bueno*” – y **thanatos**, “*muerte*”, de modo que su traducción literal sería “**buena muerte**”. Su significado etimológico remite a la idea de una **muerte serena, libre de dolor** y reconciliada con la propia existencia. (*Andreu Martínez, Salcedo Hernández & Jiménez González, 2021*)¹. En sus orígenes, el término no tenía contenido médico ni jurídico, sino que se movía en el terreno **filosófico** y **moral**: hablaba del deseo humano de **morir con dignidad** y **sin sufrimiento**, aceptando el final como parte **natural** de la existencia.

Sin embargo, el paso del tiempo fue cargando esta palabra de nuevos matices. Hoy, cuando hablamos de eutanasia, pensamos en una **intervención deliberada** destinada a poner fin a la vida de una persona, a **petición expresa** de la misma, con el objetivo de **evitar un sufrimiento físico o psicológico** que se considera como **insoportable**. Sin embargo, el uso del término sigue siendo complejo y controvertido. Como señala Ricardo Chueca (2022)², es un vocablo “**multi-polisémico**”, difícil de manejar jurídicamente porque agrupa **significados distintos** según quién la pronuncie y en qué contexto. Por eso, aunque la Ley Orgánica 3/2021 (LORE) emplea la palabra en su título, en realidad no regula la eutanasia en un sentido estricto, sino la “**prestación de ayuda para morir**”, definida de manera técnica en su artículo 3.g) (LO 3/2021).

Durante décadas, el Derecho español evitó este término debido a su carga moral. La regulación sanitaria prefería expresiones más neutras y técnicas, como “**limitación del esfuerzo terapéutico**”, “**cuidados paliativos**” (OMC & SECPAL, 2011), o “**rechazo del tratamiento**” (reconocido en la *Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente*). Por eso, la decisión del legislador de incorporar la “eutanasia” en una ley vigente no solo tiene

¹ JOSÉ RAMÓN SALCEDO HERNÁNDEZ, MARÍA BELÉN ANDREU MARTÍNEZ & JOAQUÍN JIMÉNEZ GONZÁLEZ, “*Claves para el desarrollo autonómico de la LORE*”, EN Derecho y Salud, vol. 31, Extraordinario (2021), pp. 185-194.

² RICARDO CHUECA, “*Algunos aspectos de la LORE y su aplicación*”, en Derecho y Salud, vol.. 32, Extraordinario (2022), pp. 55-62.

valor simbólico, sino que implica reconocer que la etapa final de la vida también merece un espacio de **protección jurídica**. El Estado no dicta **cómo debe morir una persona**; simplemente le ofrece la **posibilidad de decidirlo**, siempre dentro de un **marco garantista** y bajo estricta **supervisión médica y legal** (*LO 3/2021, arts. 3 y 5*).

En este sentido, considero que el hecho de que la ley use la palabra “eutanasia” tiene un valor muy significativo, ya que **ponerle nombre a algo** es una manera de **reconocerlo**, de **aceptar su existencia** y de afirmar que merece **atención**.

Esta dimensión terminológica y jurídica convive todavía con el uso cotidiano del término, mucho más emocional. Para algunos, “eutanasia” significa un **gesto de compasión**; para otros, una **amenaza** para el derecho a la vida. Esta distancia entre el lenguaje cotidiano y el lenguaje legal explica parte de la dificultad social para alcanzar consensos estables sobre su contenido.

En definitiva, el concepto actual de eutanasia describe una intervención sanitaria sometida a garantías, pero **conserva fragmentos de su origen filosófico**: la aspiración humana a morir **sin sufrimiento y con dignidad**.

2.2. Origen y evolución histórica del término.

La comprensión de la eutanasia no puede desligarse de su historia. La idea de la “buena muerte” está presente desde la **Antigüedad**, cuando pensadores como **Epicuro** o **Séneca** defendían que **aceptar serenamente el final** formaba parte de la **sabiduría humana**: morir **sin sufrimiento** y en **paz** consigo mismo.

Esta visión cambió radicalmente durante la **Edad Media** y parte de la **Edad Moderna**. El cristianismo convirtió la vida en un **don divino indisponible** para el ser humano: **solo Dios podía otorgar o retirarla**. Cualquier intervención destinada a provocar la muerte era **moralmente rechazada y jurídicamente perseguida**. El valor sagrado de la vida prevalecía sobre la libertad individual, y la muerte debía ser asumida como una **decisión divina y no humana**.

A partir del **siglo XVII**, con la **Ilustración**, se abrió un camino distinto. Filósofos como **David Hume** o **Francis Bacon** defendieron la idea de que el ser humano podía aspirar a una **muerte sin dolor**, guiada por la **razón**, la **compasión** y el **acompañamiento**. Bacon fue uno de los primeros en hablar de “**eutanasia exterior**” haciendo alusión a la ayuda médica para morir, como la forma de **aliviar el sufrimiento** y **evitar agonías innecesarias**.

En el **siglo XIX**, el debate se trasladó al **ámbito médico**, impulsado por los avances tecnológicos que permitían **prolongar artificialmente la vida**. En esta etapa, la discusión se centró en el papel que tenía la **medicina** y en los **límites de la intervención humana** ante el sufrimiento incurable. Surgieron entonces cuestiones que aún persisten: **¿hasta qué punto debía mantenerse con vida a una persona cuya existencia se había reducido al dolor?** **¿Tiene sentido mantener tratamientos que solo alargan el sufrimiento?** Estas cuestiones marcaron el inicio del debate contemporáneo sobre la muerte digna (*Andreu Martínez, Salcedo Hernández & Jiménez González, 2021*).

Durante el **siglo XX**, el término sufrió un **deterioro moral**, a causa de los abusos cometidos durante el **régimen nazi**, donde se utilizó para justificarse **prácticas de exterminio** bajo la falsa idea de “**muerte piadosa**”. Ese uso perverso del concepto provocó su rechazo social, médico y jurídico casi absoluto durante décadas. Solo con la consolidación de la **bioética** en los **años setenta** –y la formulación de los **principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia**– se recuperó el sentido legítimo del término.

En España, la transformación culminó con la **Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia**, que introduce el concepto en el ordenamiento con un significado completamente distinto al del pasado: ya no como imposición externa, sino como **reconocimiento** de un **derecho voluntario, personal y garantizado**. La ley deja atrás la carga moral del término y lo integra como una **figura plenamente jurídica** vinculada con la **dignidad, la libertad y la igualdad**.

2.3. Fundamentos filosóficos y éticos de la eutanasia.

Hablar de la eutanasia no es hablar solo de leyes o de medicina, sino de lo que realmente significa vivir y morir con dignidad. En el fondo, es hablar de cómo entendemos la **libertad**, el **sufrimiento** y el **valor de la vida**. Más que una cuestión técnica, se trata de una reflexión sobre la **autonomía** del ser humano, el sentido del **sufrimiento** y los **límites** de la **intervención estatal** ante las decisiones más íntimas de la persona.

2.3.1. Fundamentos filosóficos.

La eutanasia encuentra sus raíces en **dos valores**: en la **dignidad**, como un valor inherente a todo ser humano, y en la **autonomía**, entendida como la capacidad de cada individuo para decidir sobre su propia existencia. Tal y como recuerda Ruiz-Rico Arias (2022)³, estos principios, reconocidos en el **artículo 10.1 de la Constitución española**, permiten que cada persona **decida sobre su existencia**, incluso en su **fase final**. La vida **no** es un **deber impuesto**, sino un bien jurídicamente protegido frente a agresiones externas, no frente a la voluntad libre de su titular.

La ilustración reforzó esta idea de **autogobierno**: la libertad implica poder decidir también sobre el propio final, siempre que esa decisión sea **consciente** y **responsable**. Siguiendo la reflexión de autores como Andreu Martínez, Salcedo Hernández & Jiménez González (2021), puede entenderse que la “buena muerte” forma parte inseparable de una **“buena vida”**, aquella que se vive conforme a la **propia voluntad**, y **no** bajo la **imposición del sufrimiento**. En la misma línea, la filósofa **Victoria Camps** defiende que la **libertad de morir** forma parte de la **libertad de vivir**, y que la dignidad no se pierde al decidir el propio final, sino cuando se impide ejercer esa decisión.

³ MARÍA DOLORES RUIZ-RICO ARIAS: “*La eutanasia como renuncia a un derecho fundamental. La nueva regulación de la eutanasia en España: aspectos críticos*”, en Diario La Ley, nº9992, 19 de enero de 2022, Wolters Kluwer.

2.3.2. Fundamentos éticos.

Desde una **visión ética**, la eutanasia se examina a la luz de los **cuatro principios básicos de la bioética**, que orientan toda actuación sanitaria: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. El **principio de autonomía** implica respetar las decisiones del paciente, incluso cuando decide poner fin a su vida; el de **beneficencia** busca actuar siempre a favor de su bienestar y evitar un sufrimiento innecesario; el de **no maleficencia** recuerda que no debe prolongarse la agonía de manera desproporcionada; y el de **justicia** exige garantizar igualdad en el acceso a esta prestación y a su valoración objetiva (*Beauchamp & Childress, 1979*)⁴.

El **Comité de Bioética de España** (2020)⁵, en su “Informe sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia”, subraya la necesidad de **equilibrar** la autonomía del paciente con la **protección de los más vulnerables**, señalando que la ética médica no puede desvincularse del deber de acompañar al paciente hasta el final de la vida con respeto, prudencia y compasión (*Comité de Bioética de España, 2020*).

La **LORE** incorpora este enfoque ético: garantiza que la decisión sea libre e informada, y establece controles médicos y jurídicos para proteger la integridad de la persona. Desde esta perspectiva, la **intervención del profesional** se convierte en acto de **acompañamiento humano y respeto** a la voluntad del paciente, que es la máxima expresión de la dignidad.

2.4. Fundamento jurídico-constitucional y relación con el derecho a la vida.

Si la eutanasia es hoy un derecho, lo es porque encuentra un lugar dentro del marco **constitucional**. El **artículo 15 CE** proclama el **derecho a la vida** y a la **integridad física y moral**. Tradicionalmente, se interpretó como una obligación del Estado de proteger la vida

⁴ BEAUCHAMP, T.L., & CHILDRESS, J. F. (1979). “Principles of Biomedical Ethics”, New York: Oxford University Press. *Edición original*

⁵ COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA (2020), “*Informe sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación*”, (Madrid, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social).

frente a agresiones externas. Pero el avance de los derechos fundamentales ha permitido una lectura más humana: no basta con proteger la vida; es necesario **proteger una vida que sea digna de ser vivida**. En este contexto, la eutanasia plantea una pregunta esencial: **¿Proteger la vida significa necesariamente imponerla, o más bien garantizar que esta puede desarrollarse –y concluir– conforme a la voluntad y a la dignidad de quien la vive?**

Desde esta perspectiva, como explica **Ruiz-Rico Arias** (2022), el derecho a la vida no implica un deber jurídico de vivir. Su titular puede decidir **no ejercerlo** en determinadas circunstancias, y esa **renuncia libre** no constituye un acto **antijurídico**. Se trata de reconocer que la existencia tiene sentido cuando puede desarrollarse en condiciones de **libertad, dignidad y ausencia de sufrimiento insopportable**. Por tanto, la eutanasia puede ser entendida como una **renuncia legítima al derecho a la vida**, no como una negación de su valor.

La LORE, según Chueca (2022), no contradice este derecho, sino que lo armoniza con los valores de **libertad personal y dignidad humana** del **artículo 10.1 CE**. El Estado mantiene la vida como un bien jurídico protegido, pero comprende que su protección no puede transformarse en una carga para quien sufre. Por eso la ley redefine la función estatal: ya no se trata solo de conservar la vida, sino de **garantizar** que cada persona pueda decidir sobre ella dentro de un **sistema de garantías**.

El Comité de Bioética (2020) recuerda que esta libertad debe ejercerse con **prudencia**, porque la **vulnerabilidad o sufrimiento** pueden afectar la **capacidad real de decidir**. De esta manera, afirma que la ética médica no solo consiste en evitar el dolor, sino también en proteger a quienes pueden sentirse **presionados o desamparados** ante el proceso de morir. El desafío jurídico consiste en acompañar al individuo **sin presionarlo ni desatenderlo**, protegiendo especialmente a quienes se encuentran en situaciones **más vulnerables**.

En definitiva, la relación entre la eutanasia y el derecho a la vida no es una tensión entre vivir o morir, sino una reflexión sobre cómo el **Derecho acompaña al ser humano en sus límites**. Su misión más humana solo se cumple cuando garantiza que incluso el último acto de la vida pueda vivirse con **dignidad**.

2.5. Diferencias entre eutanasia y otras figuras jurídicas.

La eutanasia –tanto en su **sentido estricto** como en su modalidad de **suicidio asistido**– tal y como se regula en la LORE en su *artículo 3.g*, constituye una **figura jurídica singular** dentro del ordenamiento español. No obstante, **convive** con otras prácticas y decisiones médicas que también intervienen en el proceso final de la vida: la **limitación del esfuerzo terapéutico** (LET), la **sedación paliativa** y el **rechazo o retirada de tratamientos médicos**. Es por ello que resulta esencial distinguirlas debido a que, por un lado, a pesar de que todas ellas comparten el objetivo de **aliviar el sufrimiento** y **preservar la dignidad** del paciente, se diferencian en su **naturaleza, intencionalidad y efectos jurídicos**. Por otro lado, esta distinción es fundamental para aplicar adecuadamente la ley, garantizar la **seguridad jurídica** y delimitar la **responsabilidad de los profesionales sanitarios**.

Hablar de “**morir con dignidad**” no puede reducirse a un único modelo de intervención, sino que exige comprender las **distintas situaciones** que pueden acompañar el final de la vida. En esta línea, la LORE introduce un derecho nuevo, pero no exclusivo: reconoce la posibilidad de solicitar ayuda médica para morir dentro de un sistema de garantías, sin sustituir ni eliminar otras prácticas que, desde hace años, son de aplicación. Esta coexistencia de figuras nos refleja la madurez de nuestro Derecho, ya que permite reconocer el valor de la autonomía personal **sin imponer una única manera de afrontar la muerte**. Cada una ofrece una respuesta distinta ante el sufrimiento.

2.5.1. *Suicidio asistido.*

La principal diferencia entre la eutanasia en sentido estricto y el suicidio médicaamente asistido radica en **quién ejecuta** el acto final que provoca la muerte. En el caso de la eutanasia, el **profesional sanitario administra de forma directa la sustancia letal** que causa el fallecimiento, previa solicitud expresa, libre y consciente del paciente. En cambio, en el suicidio asistido, el **profesional médico proporciona los medios necesarios**, pero es el **propio paciente quien realiza el acto final**, por ejemplo, autoadministrándose la sustancia letal.

Chueca (2022) explica que la LORE **fusiona** ambas modalidades bajo el término de “**prestación de ayuda para morir**”, definido en el **artículo 3.g), apartados 1º y 2º** de la norma. Según el autor, esta terminología busca evitar ambigüedades y dotar al Derecho de una denominación más técnica y precisa, al integrar a ambas figuras bajo una misma nominación. De esta manera, la ley reconoce una **colaboración legítima** del Estado y del personal sanitario con la decisión libre y responsable del paciente, siempre que se cumplan las garantías exigidas por la norma.

Chueca añade que estas dos modalidades no crean un nuevo derecho penalmente exento, sino que **despenalizan de forma limitada** la colaboración médica en actos que, fuera de la ley, seguirían siendo punibles conforme al **artículo 143 del Código Penal**. La Ley, por lo tanto, no legitima cualquier auxilio al suicidio, sino solo aquellos supuestos que se ajustan al procedimiento regulado y verificable por la **Comisión de Garantía y Evaluación**, de acuerdo con lo previsto en los **artículos 10** (*Verificación previa por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación*) y **18** (*Funciones de las Comisiones de Garantía y Evaluación*) de la LORE.

Por su parte, Ruiz-Rico Arias (2022) sostiene que la **intervención de terceros en la decisión** del paciente no debe considerarse antijurídica cuando se realiza bajo un marco legal que garantiza la libertad y la dignidad del titular del derecho a la vida. En su opinión, la **renuncia**, consciente y voluntaria al propio derecho a vivir, forma parte del **ejercicio legítimo** de la **autonomía personal** reconocida en los artículos 10.1 y 15 de la Constitución Española, de modo que el Derecho no puede imponer la obligación de vivir en condiciones de sufrimiento intolerable.

En definitiva, tanto la eutanasia como el suicidio asistido parten del mismo principio de autonomía y dignidad, aunque **difieren en la modalidad de ejecución** y en el **grado de intervención del profesional sanitario**. Ambas prácticas están reconocidas legalmente dentro de un sistema de garantías, lo que refleja la voluntad del legislador de respetar la libertad personal sin desproteger el valor jurídico de la vida.

2.5.2. Rechazo o Retirada de Tratamiento.

De acuerdo con la **Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente**⁶, “el paciente o usuario tiene derecho a decidir **libremente**, después de recibir la información adecuada, entre las **opciones clínicas disponibles**” (*artículo 2.3*) y “a **negarse** o **retirar** un tratamiento médico” (*artículo 2.4*), incluso cuando su negativa pueda acelerar el proceso de morir. El **rechazo o retirada de tratamiento** constituye, por tanto, una manifestación directa del principio de autonomía del paciente y un ejercicio legítimo del **derecho a decidir** sobre el propio cuerpo y el proceso final de la vida. Esta decisión, amparada por la citada ley, no puede considerarse un acto de eutanasia, sino como una expresión del respeto a la libertad individual y a la dignidad de la persona.

Esta norma reconoce expresamente este derecho en su **artículo 8**, estableciendo que nadie puede ser sometido a una intervención sanitaria sin su “**consentimiento libre y voluntario**” (*Ley 41/2002*). Además, regula el mecanismo de las **instrucciones previas o voluntades anticipadas** (*artículo 11*), a través del cual una persona puede dejar constancia de **su voluntad** sobre los tratamientos a recibir o rechazar en caso de no poder expresarse por sí misma cuando precise.

En este sentido, y siguiendo la interpretación de Ruiz-Rico Arias (2022), el ejercicio del derecho a rechazar un tratamiento puede entenderse, no como una negación de la vida, sino como una **afirmación** de la dignidad y de la libertad individual del paciente para no someterse a procedimientos que prolonguen de manera **artificial** el sufrimiento. Esta decisión se sitúa dentro del ámbito del derecho fundamental de la **autodeterminación personal**, amparado por los artículos 10.1 y 15 de la CE.

Desde una perspectiva médica, esta práctica **no** conlleva tampoco **responsabilidad penal ni profesional**, ya que la muerte no es consecuencia de una acción médica, sino del curso natural de la enfermedad. El médico que respeta la decisión de su paciente **no** le está dejando **morir por omisión**, sino que reconoce el **límite de la intervención médica** ante el deseo libre e informado de la persona.

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*.

El **Comité de Bioética de España** (2020) destaca que el rechazo o retirada de un tratamiento forma parte del respeto hacia el principio de **autonomía del paciente** y al **consentimiento informado**. Obligar al paciente a mantener un tratamiento en contra de su voluntad supondría una **vulneración** de su libertad y de su dignidad. En este sentido, el Comité considera que respetar la decisión del paciente se encuentra en plena armonía con la **buenas prácticas médicas** y con los **valores éticos** que deben guiar la actuación profesional al final de la vida.

Por lo tanto, este derecho refleja la toma de decisión de cuándo **un tratamiento deja de tener sentido en uno mismo** (o, en su caso, a juicio de su representante legal). Rechazar o interrumpir una intervención médica no es un gesto de desesperanza, sino una **elección consciente** que busca preservar la dignidad frente al sufrimiento. En definitiva, respetar esa decisión es también una forma de **cuidar**.

2.5.3. Limitación del esfuerzo terapéutico.

La **limitación del esfuerzo terapéutico** (LET) es una práctica médica y jurídica que consiste en **no iniciar, adecuar o retirar** aquellos tratamientos que resultan inútiles o **desproporcionados**, cuando ya no ofrecen un beneficio real para el paciente, y lo único que hacen es **prolongar el proceso de morir** de manera artificial, deteriorando la calidad de vida del paciente⁷. Tal y como indica el Comité de Bioética (2020, p.13), es “*la adaptación de los tratamientos a la situación clínica del paciente*”. Su finalidad no es provocar la muerte (como en el caso de la eutanasia), sino evitar **intervenciones sin sentido o desproporcionadas** que priven al paciente de una muerte natural y digna.

De acuerdo con la Ley 41/2002, toda actuación en el ámbito sanitario relativa a la LET debe respetar la autonomía y la dignidad del paciente. Aunque la LET constituye una **decisión médica basada en la lex artis ad hoc** y en la **proporcionalidad del tratamiento**, requiere –siempre que sea posible– el **consentimiento informado** del paciente o, en su

⁷ En contraposición de la LET, la **obstinación terapéutica** supone lo contrario: la utilización de medidas desproporcionadas o extraordinarias que prolongan de forma innecesaria la vida de un paciente sin expectativa razonable de recuperación. El **Comité de Bioética de España** (2020 p.13) califica esta práctica como una “*mala praxis médica*” y “*una falta deontológica*”, contraria a la lex artis ad hoc, porque ignora el principio de proporcionalidad y vulnera la dignidad del paciente.

defecto, de su **representante legal o familiares**, de acuerdo con las **instrucciones previas** o lo previsto en la **normativa sanitaria**. El Comité de Bioética de España (2020, p.13) determina que esta práctica, cuando se realiza de forma “*ponderada y colegiada entre diferentes profesionales*”, siempre con **participación** del paciente o de su entorno, “*no es contraria a la ética ni punible, sino una buena práctica clínica*”.

La LET debe comprenderse dentro de la **atención integral** al final de la vida, basada en la proporcionalidad de los medios empleados y en el respeto a la autonomía del paciente (*Comité de Bioética de España, 2020*). En este contexto, el médico no tiene la obligación de mantener tratamientos que solo prolongan el sufrimiento o carecen de utilidad terapéutica.

La LET no puede considerarse **eutanasia pasiva**, puesto que no existe intención directa de causar la muerte, ya que no hay efecto directo de una intervención médica encaminada a producirla, sino que la muerte se produce como **consecuencia natural de la evolución de la enfermedad**, tal y como respalda el Comité de Bioética de España (2020). Es por ello que esta práctica no se encuentra dentro del ámbito de la LORE, sino que se rige por la **normativa general** de derechos del paciente y por los códigos deontológicos médicos.

El Comité de Bioética de España (2020), destaca que la función ética del médico no es mantener la vida del paciente a cualquier precio, sino acompañarlo con **prudencia, humanidad y respeto**, evitando tanto el sufrimiento innecesario como cualquier actuación destinada a provocar la muerte. Se trata de una **actuación clínica ética y jurídicamente correcta**.

En mi opinión, esta práctica no significa rendirse ante la vida, sino reconocer que la intervención médica debe estar al servicio de la persona y no de la mera prolongación artificial de la existencia. Supone aceptar que la **medicina tiene límites** y que la dignidad del paciente no se mide por la duración de su vida, sino por la **calidad** y el sentido que éste conserva hasta el final de sus días.

2.5.4. Sedación paliativa.

La sedación paliativa es una práctica médica destinada a **aliviar el sufrimiento de un paciente en fase terminal** mediante la **administración controlada de fármacos** que **reducen su nivel de conciencia**. Su finalidad no es provocar la muerte, sino controlar síntomas físicos o psicológicos que resultan insoportables y que no responden a otros tratamientos convencionales. Se aplica **únicamente** cuando el sufrimiento no puede mitigarse por otros medios y cuando el paciente o, en su caso, su representante lo **consiente** de manera libre e informada.

De acuerdo con la **Organización Médica Colegial (OMC)** y **Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)**⁸, la sedación paliativa debe entenderse como una herramienta clínica y ética orientada a **preservar la dignidad del paciente en los últimos momentos de vida**. Esta práctica está respaldada por el marco jurídico español y por la Ley 41/2002, que garantiza el derecho de toda persona a recibir un **tratamiento adecuado** para **aliviar el sufrimiento** y decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles.

A diferencia de la eutanasia, el fallecimiento, si se produce, es **consecuencia natural** de la **evolución de la enfermedad**, y no del tratamiento administrado. Tal como señalan, tanto la OMC & SECPAL (2011) como el Comité de Bioética de España (2020), la **diferencia** radica en la **intencionalidad del acto médico**: mientras la eutanasia busca directamente provocar la muerte a petición del paciente, la sedación paliativa persigue aliviar el sufrimiento en el marco de los cuidados paliativos, por lo que no puede ser considerada como “**eutanasia encubierta**”.

Asimismo, el Comité de Bioética de España (2020) subraya que esta práctica es éticamente **lícita** y debe formar parte del acompañamiento al final de la vida. El médico, en estos casos, actúa **compasivamente** y con **prudencia**, procurando que el paciente no experimente dolor ni angustia. Por lo tanto, la sedación paliativa tampoco vulnera el derecho a la vida, sino que lo armoniza con el derecho a la dignidad y a la integridad personal (*arts. 10.1 y 15 CE*, respectivamente).

⁸ ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL (OMC) Y SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS (SECPAL) (2011). “*Guía de Sedación Paliativa*”, Madrid: OMCSCEPAL.

Es por ello que la sedación paliativa busca **aliviar** cuando ya no se puede curar. No se trata de adelantar la muerte, sino de permitir **que llegue sin sufrimiento**, con serenidad y, sobre todo, con respeto. Esta práctica muestra que la verdadera compasión no está en prolongar la vida por encima de todo, sino en acompañar con cuidado y empatía a quien se encuentra en su último tramo del camino.

2.5.5. Síntesis comparativa.

Las distintas figuras analizadas –eutanasia, suicidio asistido, rechazo o retirada del tratamiento, limitación del esfuerzo terapéutico y sedación paliativa– comparten un mismo propósito: **preservar la dignidad del paciente y aliviar el sufrimiento en el final de la vida**. No obstante, difieren en su **naturaleza** y en la **intencionalidad** de la intervención médica.

Mientras que la eutanasia y el suicidio asistido implican una acción encaminada, de forma directa o indirecta, a **causar la muerte**, las otras prácticas se limitan a **acompañar el proceso natural de morir**, evitando la **obstinación terapéutica** o el **sufrimiento innecesario**. Las dos primeras se encuentran amparadas por la **LORE**, sujetas a un estricto procedimiento de control; mientras que, las restantes, se rigen por la **Ley 41/2002** y por los **principios éticos de la medicina**. Tal y como concluye Chueca (2022), todas estas prácticas forman parte de un mismo marco de respeto a la dignidad y a la libertad, pero **únicamente la prestación de ayuda para morir** –que comprende tanto la eutanasia como el suicidio asistido– constituye un **derecho subjetivo** reconocido por el ordenamiento jurídico español.

Sin embargo, aun con estas diferencias, todas las figuras expresan una **misma convicción**: que la vida humana no solo se mide en **tiempo**, sino también en **dignidad**. La coexistencia de estas prácticas demuestra que el Derecho no pretende imponer una única manera de morir, sino ofrecer un marco de respeto y acompañamiento para quienes afrontan el final de su vida. En definitiva, eutanasia y cuidados paliativos **no son opciones opuestas**, sino **complementarias**, ya que ambas reconocen que la verdadera humanidad del Derecho reside en permitir que cada persona viva y muera conforme a su propia dignidad.

3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y EVOLUCIÓN DE LA EUTANASIA.

La historia de la eutanasia es, en realidad, la historia de cómo **cada época** ha entendido la **vida**, la **muerte** y el **sufimiento**. Aunque la reflexión sobre la “buena muerte” es tan antigua como la propia humanidad, su significado ha cambiado profundamente a lo largo del tiempo, dependiendo del modo en que las sociedades han concebido la dignidad humana y la autonomía personal. En determinados momentos de la historia, elegir el propio final fue visto como un acto de lucidez o serenidad, mientras que en otros se interpretó como una violación de la moral o del orden divino. Este cambio constante revela que la eutanasia no ha sido solo un problema médico o jurídico, sino también un reflejo de cómo **cada cultura** entiende el **valor de la vida** y el **sentido del sufrimiento**.

Con la consolidación del **pensamiento cristiano** en Europa durante la Edad Media, la vida pasó a considerarse un **don divino indisponible** para el ser humano. Cualquier acción dirigida a acortar su duración se interpretaba como una ofensa a la voluntad de Dios y, por tanto, como una falta moral grave, la cual era condenada. Esta visión impregnó el Derecho canónico y posteriormente el Derecho civil, consolidando el **principio de indisponibilidad de la vida**, que se mantuvo durante siglos como una de las bases del pensamiento jurídico occidental. La muerte voluntaria dejó de ser un gesto de libertad o serenidad, para convertirse en un **pecado** y un **delito**. El valor de la vida se identificó con su **conservación**, independientemente del sufrimiento o las condiciones en que se desarrollaba.

No fue hasta la época del **Renacimiento y la Ilustración** cuando comenzó a desarrollarse un cambio de perspectiva. El **ser humano** comenzó a ocupar el **centro de la reflexión moral y filosófica**, y la **razón** se convirtió en la **guía del pensamiento ético**. En este contexto, autores como **Francis Bacon**, quien empleó el término “eutanasia médica” en el siglo XVII, defendieron la idea de **aliviar el sufrimiento del enfermo** incluso en sus últimos momentos de vida. Desde entonces, la medicina y la ética comenzaron a dialogar sobre la responsabilidad de procurar una muerte sin dolor, anticipando el **principio de no maleficencia**. A partir de este cambio, surgió un nuevo modo de entender el final de la vida: el del **acompañamiento** y la **compasión**. El médico pasó de contemplar el proceso de morir a **acompañarlo**, asumiendo la responsabilidad de **aliviar el sufrimiento del paciente**. Estas ideas supusieron el origen de los valores que más tarde se consolidarían en la bioética.

moderna, basados en el respeto a la **autonomía**, la **beneficencia**, la **no maleficencia** y la **justicia**, principios que hoy guían la práctica médica y la reflexión ética sobre el final de la vida (*Beauchamp & Childress, 1979*).

El **siglo XX** supuso un punto de inflexión en esta evolución. El enorme desarrollo científico y tecnológico permitió prolongar la vida más allá de sus límites naturales, lo que planteó nuevos dilemas éticos: **¿hasta qué punto prolongar la vida es un deber, y cuándo se convierte en una forma de padecimiento?** Sin embargo, tras las atrocidades cometidas durante la Segunda Guerra Mundial y las prácticas de exterminio del régimen nazi, que justificó sus actos bajo el término “eutanasia” señalando que esas personas eran consideradas “**indignas de vivir**”, dejó una profunda herida moral. Durante décadas, esa palabra quedó asociada a la barbarie y fue deliberadamente evitada, tanto por el Derecho, como por la medicina.

Solo con el nacimiento de la **bioética** en los **años setenta**, se recuperó el sentido original del concepto, vinculado al respeto por la dignidad y la autonomía del paciente, y a la responsabilidad de los profesionales ante el sufrimiento. Fue en este contexto cuando **Tom Beauchamp Y James Childress** formularon los cuatro principios fundamentales – **autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia**– que aún sirven de referencia ética en la práctica médica y en el debate sobre el final de la vida.

Durante las últimas décadas, en distintos países europeos surgió la idea de que la verdadera protección de la vida no consistía en imponer su conservación, sino en **garantizar** que su final se produzca con **dignidad**. Este cambio, impulsado por los valores de libertad y derechos humanos, dio lugar a las primeras regulaciones legales sobre la eutanasia y el suicidio asistido. **Países Bajos** (2001) y **Bélgica** (2002) fueron los primeros en reconocer legalmente la ayuda médica para morir (la **eutanasia activa voluntaria**), seguidos por **Luxemburgo** (2009) y, más recientemente, **Canadá** (2016) o **Nueva Zelanda** (2021). En estos sistemas, la eutanasia pasó de considerarse una negación de la vida a una **manifestación de libertad y dignidad humanas**, demostrando que podía convivir con un sistema de garantías médicas y jurídicas sólido, e inspirando el debate posterior en otros países, entre ellos España.

3.1. La eutanasia en España antes de la LORE. El caso de Ramón Sampedro.

La evolución internacional hacia el reconocimiento del derecho a morir con dignidad se fue introduciendo de forma **progresiva** en España, aunque con un ritmo más lento y generando un gran debate en la sociedad. Durante años, la cuestión de la eutanasia se situó en el límite entre la moral, el Derecho y la medicina, sin que existiera un marco legal claro que amparara las decisiones de los pacientes que deseaban poner fin a su vida en situaciones de sufrimiento irreversible. La sociedad española comenzó a tomar conciencia de la importancia de este tema a medida que se consolidaban los valores de libertad y de autonomía personal, especialmente tras la aprobación de la **Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente**, que reconoció el derecho de toda persona a decidir libremente sobre los **tratamientos médicos** que desea recibir o rechazar. Este reconocimiento supuso un primer paso hacia la comprensión de que la vida no puede entenderse como una obligación, sino como un **derecho** que se ejerce desde la **libertad y la dignidad**.

En el plano **jurídico-penal**, la eutanasia y el suicidio asistido seguían siendo actos **prohibidos** antes de la aprobación de LORE, pero el Código Penal ya contemplaba ciertas **atenuantes** para los supuestos en los que el acto de causar la muerte se realizase por motivos de compasión. El **artículo 143 del Código Penal español** regula los delitos relacionados con la **inducción o cooperación al suicidio**. En su **apartado cuarto**, introdujo un tipo privilegiado de **homicidio compasivo**, señalando que “*el que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de una persona que sufriera un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoporables, por la petición expresa, seria e inequívoca de esta, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los apartados 2 y 3*” (**artículo 143.4 CP**).

Tal y como señala el Comité de Bioética de España (2020), esta figura legal no reconocía aún un derecho a morir, pero sí incorporaba un **tratamiento penal atenuado**, inspirado en la **compasión** hacia situaciones extremas de sufrimiento. Por lo tanto, se puede interpretar de esta idea que esta respuesta penal reflejaba una **sensibilidad social** hacia los casos de sufrimiento extremo, donde las demandas humanas de ayuda para poner fin a una vida marcada por el dolor eran vistas no como un desprecio a la vida, sino como un gesto motivado por la **piedad**.

En definitiva, el **artículo 143.4 del CP** reflejaba un intento del legislador por reconocer el componente humano y compasivo de ciertas conductas, **sin llegar a su despenalización**. De este modo, el Derecho Penal mantenía su función protectora de la vida, pero comenzaba a reconocer los límites morales de esa protección cuando el sufrimiento anulaba la posibilidad de una existencia digna. Este enfoque sentó las bases de la reflexión que, años después, conduciría a la aprobación de la LORE, donde la respuesta a estos supuestos pasaría del **ámbito punitivo al sanitario**, bajo un marco de garantías.

⁹Con el **caso de Ramón Sampedro**, el debate sobre la eutanasia en España alcanzó una especial relevancia, tanto pública como jurídica, convirtiéndose en un **símbolo de la lucha** por el derecho a decidir el propio final. Sampedro, gallego que quedó **tetrapléjico** tras un accidente en **1968** a sus 25 años, solicitó durante años ayuda para poner fin a su vida sin que las personas que le asistieran fueran juzgadas, alegando que su existencia se había vuelto **carente** de dignidad y autonomía. Como él mismo escribió en una de sus cartas: “*soy una cabeza viva, consciente, sensible, condenada a sobrevivir pegada a su propio cadáver*”. Sin embargo, su petición fue **rechazada** reiteradas veces por los tribunales, ya que la legislación vigente en aquel momento no permitía ningún tipo de intervención destinada a causar la muerte, ni siquiera a petición expresa del propio interesado.

En **1993**, Sampedro fue uno de los primeros ciudadanos del Estado español en presentar una **demand**a ante los tribunales españoles invocando que se le reconociese el derecho a la dignidad y a la libertad personal reconocidos por la Constitución Española en los artículos 10 y 17, respectivamente, para poder recibir ayuda para morir, argumentando que la prohibición absoluta de la eutanasia estaba **vulnerando su autonomía**. No obstante, tanto la **Audiencia Provincial de A Coruña** como el **Tribunal Supremo** confirmaron que el ordenamiento jurídico español no tenía reconocido el derecho a morir, y que el artículo 143 del Código Penal mantenía la **prohibición del auxilio al suicidio**, incluso cuando mediaba compasión.

A pesar de la negativa judicial, el caso generó un profundo debate ético, social y mediático. En **1998**, Sampedro decidió poner **fin a su vida** mediante la ingesta de cianuro potásico **con la ayuda de allegados** que organizaron el proceso para **evitar**

⁹ Derecho a Morir Dignamente, “*Ramón Sampedro: el punto de inflexión en la lucha a favor de la eutanasia*”, (2025).

responsabilidades penales directas, dejando grabado en cinta un **testimonio** en el que defendía que “**morir no es una cuestión de valor, sino de libertad**”. Su muerte y, posteriormente, la película ***Mar adentro*** (2004), dirigida por **Alejandro Amenábar**, así como su libro “***Cartas desde el infierno***”, visibilizaron el conflicto entre la protección de la vida y el derecho a la autodeterminación, situando el debate sobre la eutanasia en el centro de la conciencia colectiva española. Como se expresa en la propia película, “*una vida que elimina la libertad no es vida*”.

Desde entonces, el caso Sampedro ha sido citado en numerosos informes y debates parlamentarios como “**punto de inflexión**” en la evolución del pensamiento jurídico y bioético en España. Representó el **tránsito** desde una visión **estrictamente penal** hacia una perspectiva basada en la **dignidad, la compasión y la libertad individual**. Con la creación de la LORE, se vino a **cerrar** el vacío que dejaba el artículo 143 del Código Penal, trasladando definitivamente la respuesta al ámbito del **Derecho sanitario y garantista**. En última instancia, todo este recorrido histórico nos lleva a plantearnos una cuestión esencial: **¿puede una vida vivirse plenamente sin la posibilidad de elegir cómo termina?**

4. REGULACIÓN JURÍDICA DE LA EUTANASIA.

4.1. Regulación a nivel internacional.

Antes de analizar la regulación de la eutanasia en España, conviene ver cómo, en el **plano internacional**, se ha afrontado este desafío. No se trata de imitar modelos de otros países, sino de aprender de sus experiencias, de las garantías y controles que han establecido y de los debates ético-jurídicos que han acompañado a cada proceso. Estas experiencias internacionales sirvieron, en mayor o menor medida, de **inspiración** para la LORE. Cada Estado que ha legislado sobre el final de la vida lo ha hecho desde su propia historia, su cultura jurídica y su sensibilidad social. Sin embargo, todos comparten un **punto de partida común**: la convicción de que la **libertad y la dignidad** de la persona deben poder **convivir** con la **protección efectiva de la vida** y con la necesidad de **prevenir posibles abusos**.

La tendencia internacional muestra una evolución progresiva, pero firme, hacia la **despenalización** de la ayuda médica para morir en contextos estrictamente regulados. Países

como **Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Canadá o Nueva Zelanda**, han legalizado tanto la **eutanasia directa** como el **suicidio asistido**, estableciendo procedimientos rigurosos y comisiones de control. Lejos de promover la muerte como alternativa, estas leyes buscan garantizar que la decisión sea **libre, informada** y acompañada por **garantías jurídicas y sanitarias**. En otros sistemas, como **Colombia**, la eutanasia ha sido despenalizada por **vía jurisprudencial**, mientras que, en varios estados de Estados Unidos, Suiza, Alemania, Portugal o en el estado australiano de Victoria, solo se permite el suicidio asistido, **permaneciendo prohibida la eutanasia directa**. Finalmente, en otros países europeos, la legislación mantiene la prohibición de ambas prácticas, aunque **admite la retirada de tratamientos o la limitación del esfuerzo terapéutico** como expresión de la autonomía del paciente.

4.1.1. Países Bajos:

Los Países Bajos fueron el **primer Estado** en aprobar una regulación completa sobre la eutanasia y suicidio asistido. Su **Ley de Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio¹⁰**, con entrada en vigor a partir de **2002**, marcó un antes y un después en el reconocimiento jurídico de la autonomía al final de la vida. La norma permite ambas prácticas, siempre que se cumplan los denominados “**criterios de diligencia debida**” (due care criteria) señalados en el **artículo 2 de la norma** (*Gobierno de los Países Bajos, 2001*), entre los que se incluyen: la solicitud **voluntaria**, reflexiva y reiterada del paciente; la existencia de un **sufriimiento insopportable** sin perspectiva de mejora; la **información completa** sobre su diagnóstico y el pronóstico; la **ausencia** de alternativas razonables de alivio; y la obligación de **consultar a un médico independiente**, que confirme los requisitos. Una vez **practicada la eutanasia**, el médico debe **notificar** obligatoriamente el caso a una **Comisión Regional de Revisión**, que verifica si se cumplieron todos los criterios. Este control se realiza **a posteriori**, garantizando la transparencia y la trazabilidad del proceso.

Lejos de ser una norma que promueva la muerte, la legislación neerlandesa busca **proteger la libertad del paciente frente al sufrimiento extremo**, al tiempo que salvaguarda la responsabilidad médica y el control del Estado. El Comité de Bioética de

¹⁰ WET TOETSING LEVENSBEËINDIGING OP VERZOEK EN HULP BIJ ZELFDODING (Traducción al español: **LEY DE TERMINACIÓN DE LA VIDA A PETICIÓN PROPIA Y DEL AUXILIO AL SUICIDIO**), aprobada el 12 de abril de 2001, en vigor desde el 1 de abril de 2002 (Staatsblad 2001, nº194).

España (2020) identifica el modelo neerlandés como el referente en la legalización de la eutanasia, basado en la **autonomía del paciente** y en la necesaria **supervisión médica** que garantiza el cumplimiento de los requisitos legales. Este modelo ha servido de **referencia directa** para las posteriores leyes belga, luxemburguesa y española.

En definitiva, este sistema muestra que regular la eutanasia no significa banalizar la vida, sino reconocer la **capacidad humana** de decidir sobre ella con **prudencia, acompañamiento y garantías**, evitando que el Derecho permanezca ajeno al sufrimiento evitable.

4.1.2. Bélgica:

Bélgica aprobó su **Ley de Eutanasia el 28 de mayo de 2002¹¹**, apenas un año después que los Países Bajos, convirtiéndose en el segundo país del mundo en reconocer legalmente el derecho a solicitar ayuda médica para morir. La norma permite que un médico practique la eutanasia cuando una persona, en **plena capacidad de decisión**, formula una petición voluntaria, razonada y reiterada, encontrándose en una **situación médica sin salida**. Es decir, una **enfermedad grave e incurable** que esté provocando un **sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable** (*Loi relative à l'euthanasie, art. 3.1, 2002*).

Además, la ley exige **consultar** a un **segundo médico independiente**, dejando constancia por **escrito** de la solicitud, y también cumplir con una serie de **plazos de reflexión** (*Loi relative à l'euthanasie, art. 3.2, 2002*). En los casos de **pacientes no terminales**, se añade un periodo mínimo de espera de un mes antes de poder realizar la práctica (*art. 3.3*). Todas las actuaciones deben ser notificadas **posteriormente** a la **Comisión Federal de Control y Evaluación**, que verifica si se cumplieron los requisitos legales y el respeto a la voluntad del paciente.

En 2014, Bélgica amplió su ley permitiendo la **eutanasia a menores de edad** con capacidad de discernimiento y **consentimiento paterno**, siempre que el sufrimiento fuera físico, irreversible y terminal. Esta reforma la convirtió en el país con la legislación más

¹¹ *LOI RELATIVE À L'EUTHANASIE* (traducción: *LEY RELATIVA A LA EUTANASIA*), 28 mai 2002, Moniteur Belge, 22 juin 2002.

inclusiva, ya que pasó a ser el único país del mundo que **permite la eutanasia a menores sin límite mínimo de edad**.

El modelo belga fue analizado por el **Tribunal Europeo de Derechos Humanos** (TEDH) en el **caso Mortier v. Bélgica** (Sentencia del TEDH 4 de octubre de 2022¹²). En esta resolución, el TEDH concluyó que el sistema belga **no vulnera el artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos** (*derecho a la vida*), ya que su marco legal ofrece garantías suficientes de claridad, control y supervisión efectiva. El TEDH destacó que la existencia de **comisiones de revisión mixtas** (las formadas por médicos y por juristas) y la **obligación de notificar** cada caso, constituyen mecanismos adecuados para la prevención de abusos y proteger a las personas vulnerables.

Es por ello que la sentencia del TEDH refuerza una idea esencial: una ley de eutanasia no debilita la protección de la vida, sino que la **reordena** desde la **libertad** y la **responsabilidad**, asegurando que las decisiones sobre el final de la vida se adopten dentro de un marco legal transparente y garantista. Bélgica, al igual que los Países Bajos, demuestra que la dignidad humana puede ser tutelada por el Derecho no solo en la vida, sino también en la manera de morir.

4.1.3. Luxemburgo.

Luxemburgo aprobó en 2009 su **Ley Sobre Eutanasia y Asistencia al Suicidio** (*Loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide*)¹³, inspirada en el modelo belga, pero adaptada a su propio ordenamiento. La norma distingue con claridad entre **eutanasia**, como administración directa por parte de un profesional, y **asistencia al suicidio**, como la autoadministración con suministro médico. La ley exige **requisitos** que se asemejan a los de los anteriores modelos: **capacidad mental del solicitante, voluntariedad y solicitud reiterada**, situación médica **grave e incurable** y **sufrimiento** que el paciente considere **insopportable**. La ley también prevé la consulta de un **médico independiente** y mecanismos de **registro y control** para asegurar la licitud del procedimiento (*Grand-Duché de Luxembourg, 2009*).

¹² TEDH, *MORTIER v. BELGIUM*, Sentencia de 4 de octubre de 2022 (nº780º7/17). European Court of Human Rights.

¹³ Luxemburgo, *LOI DU 16 MARS 2009 SUR L'EUTHANASIE ET L'ASSISTANCE AU SUICIDE*, Mémorial A, nº46.

Un hecho especialmente significativo acompañó a la aprobación de la ley luxemburguesa: el **Gran Duque**, Jefe de Estado, manifestó su negativa a sancionar la norma por motivos de conciencia, al no estar de acuerdo con la eutanasia. Esta situación generó un **debate constitucional** que finalmente llevó al Parlamento a **modificar la Constitución**, limitando la función del monarca a la mera promulgación formal de las leyes, sin capacidad para bloquearlas por razones personales. Este episodio demostró que la regulación de la eutanasia plantea también **retos constitucionales** que deben ser resueltos siempre con respeto hacia la **autonomía personal** y al **equilibrio** entre los poderes del Estado. En definitiva, Luxemburgo confirma la consolidación de un modelo europeo basado en la autonomía personal, la dignidad y la existencia de garantías efectivas que aseguren un ejercicio responsable de este derecho.

4.1.4. Canadá y Nueva Zelanda.

Fuera del continente europeo, **Canadá** y **Nueva Zelanda** representan dos ejemplos recientes de cómo la regulación de la ayuda médica para morir ha ido extendiéndose a **otros contextos jurídicos**, manteniendo el mismo espíritu garantista que caracteriza a los modelos europeos.

Por un lado, en **Canadá** el punto de partida fue la **Sentencia Carter v. Canada (2015)**¹⁴ del Tribunal Supremo de Canadá, que declaró **inconstitucional** la **prohibición absoluta del suicidio asistido** por vulnerar los derechos a la vida, la libertad y la seguridad de la persona. A partir de esa decisión, el Parlamento aprobó en **2016** la **Ley C-14**, que introdujo en el Código Penal la figura de “**Medical Assistance in Dying**” (MAID)¹⁵, que reconoce el derecho de los pacientes a recibir **ayuda médica para morir**, ya sea mediante la administración directa por un profesional o a través de la autoadministración supervisada. En **2021**, una reforma **amplió el acceso** al suprimir el requisito de “terminal”, permitiendo solicitar la prestación también en casos de **padecimientos graves e incurables** que generen sufrimiento físico o psicológico intolerable.

¹⁴ SENTENCIA CARTER v. Canada, Tribunal Supremo (Supreme Court of Canada). Sentencia de 6 de febrero 2015 (2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 331, case number 35591).

¹⁵ Canada, *An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts* (medical assistance in dying), SC 2016, promulgada el 17 de junio de 2016.

El modelo canadiense se caracteriza por su estructura altamente garantista: exige evaluación independiente de **dos profesionales médicos**, un periodo de **reflexión**, la confirmación **escrita** de la **voluntad del paciente** y la posibilidad de **revocar la solicitud** en cualquier momento. Además, toda intervención debe notificarse a las autoridades sanitarias, que elaboran **informes periódicos de seguimiento**. Lejos de trivializar la muerte, la MAID ha sido concebida como una extensión de la atención médica y del derecho a la dignidad en el final de la vida.

Por otro lado, **Nueva Zelanda** adoptó la “*End of Life Choice Act*¹⁶ tras un proceso ejemplar de participación ciudadana. Aprobada por el Parlamento en **2019** y refrendada mediante referéndum en 2020, la ley entró en vigor en noviembre de **2021**. Reconoce el derecho a **solicitar ayuda médica para morir** a las personas **mayores de 18 años** diagnosticadas con una **enfermedad terminal** con una expectativa de vida inferior a un **plazo de seis meses** y que experimenten un **sufriimiento** que no puede aliviarse de manera tolerable (New Zealand Parliament, 2019).

El procedimiento neozelandés también contempla múltiples garantías: la solicitud se debe presentar por **escrito**, ser evaluada por **dos médicos independientes** y, en caso de **duda**, se requiere el **dictamen de un psiquiatra** que confirme la capacidad del paciente. Asimismo, el solicitante puede **revocar su decisión** en cualquier momento, incluso hasta el instante de la administración de la sustancia letal.

En **ambos países**, la regulación de la ayuda médica para morir se ha diseñado como un **acto de libertad** acompañado por el **Estado**, no como un abandono. Tanto Canadá como Nueva Zelanda conciben la eutanasia y el suicidio asistido como parte del **continuum del cuidado**, bajo la convicción de que la verdadera protección de la vida incluye la posibilidad de elegir **cómo** y **cuándo** ponerle fin, siempre con garantías médicas, jurídicas y éticas.

¹⁶ Nueva Zelanda, *End of Life Choice Act 2019* (Public Act 2019 No 67), aprobada por el Parlamento el 3 de diciembre de 2019 y en vigor desde el 7 de noviembre de 2021.

4.1.5. Otros modelos parciales.

Además de los países que han legalizado de forma plena la eutanasia y el suicidio asistido, existen **otros modelos intermedios** que han optado por permitir **únicamente la asistencia médica al suicidio**, o bien han avanzado a través de la **jurisprudencia constitucional hacia una despenalización parcial**. En estos sistemas, la intervención directa de un tercero para provocar la muerte sigue estando **prohibida**, pero se reconoce la posibilidad de que el paciente, de manera **autónoma** y bajo **control médico**, ponga fin a su vida con ayuda profesional.

El caso de **Suiza** es el caso más antiguo. Desde 1942, su Código Penal **despenaliza la ayuda al suicidio** siempre que **no** medie un **motivo egoísta** (*artículo 115*). La **eutanasia activa directa**, sin embargo, continúa estando **prohibida**. En la práctica, esta regulación ha permitido la creación de organizaciones que acompañan al paciente en el proceso bajo estrictos protocolos médicos y legales. Aunque **no existe una ley específica sobre la eutanasia**, Suiza mantiene un enfoque de **tolerancia controlada**, donde la supervisión médica y la ausencia de beneficio económico son requisitos esenciales (*Swiss Criminal Law*).

En **Estados Unidos**, difiere en cuanto a la legislación de **cada Estado**. Desde que **Oregón** aprobó en 1997 la “**Death with Dignity Act**”, otros territorios como Washington, Vermont, California, Colorado, Maine, Nueva Jersey, Nuevo México y el Distrito de Columbia, han seguido el mismo camino. En todos ellos, se permite el **suicidio asistido** por **prescripción médica**, pero **no la eutanasia activa**. El procedimiento se limita a pacientes **terminales**, con una esperanza de vida **inferior a seis meses**, que deben realizar dos solicitudes orales y una escrita, separada en el tiempo y avaladas por dos médicos independientes. Este modelo, centrado en la autonomía y la libertad individual, se apoya en un fuerte control médico y en la obligación de registrar cada caso en informe públicos anuales.

En **Alemania**, el Tribunal Constitucional Federal dictó en **2020** una sentencia con la que reconoció el derecho de toda persona a **decidir libremente** el modo y momento de su muerte, como manifestación del derecho general de la personalidad y de la dignidad humana. En ella, el Tribunal declaró **inconstitucional** la norma del Código Penal que **penalizaba** la

“**asistencia organizada al suicidio**”, al considerar que vulneraba el derecho fundamental a una muerte autodeterminada.

De manera similar, en **Italia**, una Sentencia del Tribunal Constitucional (**caso Cappato**) abrió la puerta a la **ayuda al suicidio en supuestos muy concretos**: enfermedad irreversible, sufrimiento intolerable, dependencia de tratamientos de soporte vital y capacidad plena del paciente. Aunque aún no existe una ley general, esta jurisprudencia ha supuesto un avance importante en el reconocimiento de la autonomía individual en el final de la vida.

Por último, en **Portugal**, tras un largo proceso parlamentario, se aprobó en **2023** la ley que regula la **muerte médica asistida**¹⁷. La norma portuguesa no despenaliza la eutanasia directa, sino el **suicidio asistido supervisado**, con preferencia expresa por la autoadministración del medicamento y solo de **forma excepcional la intervención médica directa si el paciente no puede hacerlo por sí mismo**. La ley establece estrictas garantías: enfermedad grave e incurable, sufrimiento de gran intensidad y petición libre, consciente y reiterada. Además, debe llevarse a cabo un sistema de control previo por parte de comisiones médicas y jurídicas.

Todos estos modelos, aunque son diversos, comparten un **mismo fin ético y jurídico**: reconocer la **autonomía de la persona** en circunstancias extremas, sin renunciar a la protección de la vida y la supervisión pública. Cada país ha buscado su propio equilibrio entre libertad y responsabilidad, demostrando que la regulación del final de la vida no responde a una única fórmula, sino a una **sensibilidad compartida**: acompañar al ser humano en su decisión con respeto, prudencia y compasión.

En conclusión, lejos de promover la muerte como alternativa, todas estas leyes buscan **humanizar el final de la vida** y reconocer el **derecho a morir con dignidad** bajo el **amparo del Derecho**. España, al aprobar la **LORE**, se inscribe dentro de esta corriente internacional, adoptando un modelo que comparte los mismos pilares éticos y jurídicos: autonomía personal, dignidad humana y garantías efectivas. La comparación entre estos distintos modelos demuestra, en definitiva, que el reconocimiento del derecho a morir con

¹⁷ Assembleia da República (2023). *LEI N.º 22/2023, de 25 de maio – Regula as condições e os procedimentos aplicáveis à morte medicamente assistida e altera o Código Penal*. Lisboa: Diário de República Electrónico.

dignidad no supone una renuncia al valor de la vida, sino una forma de **protegerla** desde la libertad y la compasión.

4.2. Regulación en España: Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE).

La **Ley Orgánica 3/2021** supone la consolidación de un largo debate jurídico y social que ha estado presente durante décadas en España. Su aprobación no solo supuso incorporar a nuestro ordenamiento una respuesta concreta para quienes padecen un sufrimiento irreversible, sino también asumir que el final de la vida exige un marco normativo propio, cuidadoso y garantista. La LORE nace de esta doble necesidad: **proteger la autonomía personal** y, al mismo tiempo, **asegurar** que toda decisión que afecte al derecho fundamental de la vida se adopte con las máximas **garantías médicas, éticas y jurídicas**.

El legislador optó por un modelo que reconoce la “**prestación de ayuda para morir**” como un **nuevo derecho individual**, sometido a condiciones estrictas y controles reforzados. La norma introduce por primera vez en el Derecho español una **regulación específica** sobre la colaboración médica en el final de la vida. Esta regulación pretende **ofrecer una respuesta excepcional** para situaciones excepcionales, evitando cualquier riesgo de banalización o desprotección.

La LORE intenta equilibrar **dignidad, libertad y protección**. La doctrina destaca que la ley se apoya en el principio constitucional de **autodeterminación**, reconocido por el Tribunal Constitucional (STC 19/2023). A su vez, Andreu Martínez, Salcedo Hernández y Jiménez González (2021) hacen hincapié en la importancia de encajar esta prestación dentro de un sistema más amplio de atención al final de la vida.

Con este punto de partida, en los siguientes apartados, analizaremos los **elementos esenciales** de esta norma:

4.2.1. Finalidad y concepto jurídico.

La LORE nace con una **finalidad** clara: ofrecer una **respuesta jurídica y sanitaria** a aquellas situaciones en las que una persona sometida a un sufrimiento grave e irreversible, solicita poner fin a su vida de manera consciente, voluntaria y acompañada. No se trata únicamente de regular un procedimiento, sino de reconocer el derecho a acceder a la prestación de ayuda para morir dentro de un entorno seguro, garantista y supervisado por los poderes públicos (como afirma su **preámbulo**).

Desde el punto de vista jurídico, la norma define con precisión su **objeto** en el **artículo 1**, donde establece que “*el objeto de esta ley es regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse*”. La ley opta por un concepto preciso, la **prestación de ayuda para morir**, que determina de forma clara el objeto jurídico regulado, englobando tanto la **eutanasia en sentido estricto** (“*la administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente*”) como el **suicidio médicaamente asistido** (“*la prestación o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que ésta se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte*”) (**art. 3.g.**).

La finalidad de la norma, por tanto, no es crear un derecho absoluto a morir, sino garantizar un marco legal que permita ejercer la autonomía personal en circunstancias excepcionales, rodeado de controles reforzados. La LORE puede entenderse como una expresión legítima del principio constitucional de autodeterminación, en la medida en que reconoce la posibilidad de renunciar al propio derecho a la vida en situaciones de **sufriimiento incompatible con la dignidad**.

Al mismo tiempo, pretende ofrecer **seguridad jurídica** tanto a los pacientes como a los profesionales sanitarios. Para ello, se articula un conjunto de **mecanismos de verificación y supervisión** que aseguran que la decisión se adopte con información suficiente y sin presiones. Como señalan Andreu Martínez, Salcedo Hernández y Jiménez González (2021), la norma no busca sustituir otras intervenciones del final de la vida, sino **añadir una opción distinta** para supuestos muy concretos, que hasta ahora carecían de un marco legal definido.

4.2.2. Requisitos materiales y personales.

El acceso a la prestación de ayuda para morir exige el cumplimiento de una serie de requisitos estrictos que la LORE a lo largo de su **artículo 5** detalla. Estos requisitos constituyen uno de los pilares esenciales del modelo, ya que garantizan que la decisión del paciente sea libre, informada y adoptada a un **contexto eutanásico** que permite verificar la concurrencia de las condiciones exigidas.

En el **plano material**, establece que solo pueden solicitar la prestación aquellas personas que se encuentren en una de estas **dos situaciones**: padecer una “*enfermedad grave e incurable*” o una “*enfermedad grave, crónica e imposibilitante*” (art. 5.1.a). En ambos casos, el sufrimiento debe ser “**constante e intolerable**”, sin posibilidad de alivio en condiciones que sean consideradas como aceptables. Además, la norma incorpora un criterio subjetivo decisivo: el propio paciente es quien valora la **intolerabilidad del sufrimiento**, “*certificada por el médico responsable*”.

Asimismo, en el **plano personal**, la norma establece también una serie de **requisitos**. El solicitante debe ser “**mayor de edad**”, tener “*nacionalidad española o residencia legal en España*” o, al menos, “*certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses*”, y “*ser capaz y consciente en el momento de la solicitud*” (art. 5.1.a). El **requisito de capacidad** es esencial, ya que la decisión debe adoptarse de manera **autónoma**, sin presiones externas y con un conocimiento adecuado de su situación clínica. Para ello, el paciente debe “*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*” (art. 5.1.b).

En relación con la forma de realizar la **solicitud**, la LORE exige que esta sea “*formulada de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa*” (art. 5.1.c). La norma exige, además, que se presenten, al menos, **dos solicitudes**, dejando “*una separación de al menos quince días naturales entre ambas*” (art. 5.1.c). Sin embargo, en caso de que el médico responsable estime que la pérdida de capacidad del paciente para dar consentimiento es **inminente**, “*podrá aceptarse cualquier periodo menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes*” (art. 5.1.c).

A esto hay que añadirle lo previsto en el **artículo 5.1.e**, que exige que el paciente “*preste consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir*”.

En caso de que la persona no pueda formular las solicitudes o prestar consentimiento por encontrarse en situación de **incapacidad de hecho**, cuando exista un documento de “*instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento*”.

Por el contrario, “*en caso de haber nombrado representante en ese documento será el interlocutor válido para el médico responsable*” (art. 5.2).

El diseño de estos requisitos no solo define quién puede acceder a la prestación, sino que actúa como una garantía sustantiva destinada a asegurar que la decisión del paciente se adopta de forma libre, consciente y en condiciones de plena seguridad jurídica.

4.2.3. Procedimiento y garantías.

El procedimiento para acceder a la prestación de ayuda para morir se desarrolla en **varias fases sucesivas**, todas orientadas a verificar que la decisión del paciente es válida y que se cumplen las condiciones previstas por la LORE.

En primer lugar, la **solicitud** debe presentarse conforme a lo previsto en el **artículo 6** de la norma, “*por escrito, debiendo estar el documento fechado y firmado por el paciente solicitante, o por cualquier otro medio que permita dejar constancia de la voluntad inequívoca de quien la solicita, así como del momento en que se solicita*”. La norma también permite que otra persona firme en nombre del paciente cuando este no pueda hacerlo, siempre que señale que actúe “*en su presencia*” y deje constancia de que “*no se encuentra en condiciones de firmar el documento*” (art. 6.1). Además, “*el documento deberá firmarse en presencia de un profesional sanitario que lo rubricará*” (art. 6.2). Dicha posibilidad podrá revocarse por el solicitante “*en cualquier momento*”, al igual que se podrá solicitar “*el aplazamiento de la administración de la ayuda para morir*” (art. 6.3).

Una vez presentada, el **médico responsable** verifica el cumplimiento de los requisitos previstos en el artículo 5 y deja constancia de la historia clínica, la información

facilitada al paciente sobre su situación médica, las alternativas terapéuticas y las opciones de cuidados paliativos integrales (*art. 5.1.b*). En caso de que el médico responsable considere que **no concurren las condiciones legales**, deberá comunicarlo “*de forma motivada y por escrito*” (*art. 7.1*), dejando constancia de su decisión en la **historia clínica** “*en un plazo máximo de diez días naturales desde la primera solicitud*” (*art. 7.2*). Frente a una **denegación**, el paciente “*podrá presentar en el plazo máximo de quince días naturales una reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación competente*” (*art. 7.2*).

Tras esta primera fase, el médico responsable debe seguir el procedimiento establecido en el **artículo 8**. En primer lugar, “*en el plazo máximo de dos días naturales*”, debe iniciar un “**proceso deliberativo**” con el paciente solicitante sobre su diagnóstico, las posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos. Deberá asegurarse de que el paciente comprenda toda la información facilitada. Esta información deberá entregarse por **escrito**, “*en el plazo máximo de cinco días naturales*” (*art. 8.1*).

Transcurrido el plazo previsto para la **segunda solicitud**, el médico responsable deberá retomar nuevamente el proceso deliberativo, con el fin de **aclarar** cualquier duda surgida tras la información previa (*art. 8.1*). Finalizada esta fase, y “*transcurridas veinticuatro horas, el médico responsable recabará del paciente solicitante su decisión de continuar o desistir de la solicitud de prestación de ayuda para morir*”. Si el paciente **expresa su voluntad** de seguir adelante con el proceso, “*el médico responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial [...] y deberá recabar del paciente la firma del documento del consentimiento informado*” (*art. 8.2*).

En fase posterior, “*el médico responsable deberá consultar a un médico consultor, quien, tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente*”, tendrá que confirmar que se cumplen los requisitos materiales y personales previstos por la norma, “*en el plazo máximo de diez días naturales desde la fecha de la segunda solicitud*” (*art. 8.3*). El **médico consultor**, a continuación, desarrollará un **informe**, cuyas conclusiones se comunicarán al paciente “*en el plazo máximo de veinticuatro horas*”. En caso de que el **informe no sea favorable**, el paciente tendrá **derecho a recurrir** ante la Comisión, conforme a lo establecido en el artículo 7.2 (*art. 8.4*).

Realizadas todas las anteriores actuaciones, el médico responsable deberá comunicar el expediente al “**presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación**” antes de realizar la ayuda

para morir, “en el plazo máximo de tres días hábiles”, para así poderse realizar la **verificación previa** por parte de la Comisión (art. 8.5). De acuerdo con este precepto, el presidente de la Comisión “designará a **dos miembros**, un profesional médico y un jurista,” para que revisen la documentación, accedan a la historia clínica del paciente y, en caso de considerarlo necesario, puedan entrevistar al equipo asistencial y a la persona solicitante, en el plazo de “dos días” (arts. 10.1-2). “En el plazo máximo de **siete días naturales**” emitirán un informe, que tendrá **efectos de resolución**: en caso de ser **favorable**, permitirá realizar la prestación; pero, en caso de ser **desfavorable**, “quedará abierta la **posibilidad de reclamar**” ante la jurisdicción **contencioso-administrativa** (arts. 10.3-5 y Disposición Adicional quinta).

Recibida la **resolución favorable**, la prestación se realizará siguiendo los **protocolos** establecidos en el **artículo 11**. El paciente, en caso de “que se encuentre **consciente**”, deberá expresar la “**modalidad**” en que desea recibirla, es decir, por la eutanasia en sentido estricto o por la autoadministración, en la que el equipo asistencial le acompañará y prestará su apoyo hasta el fallecimiento (arts. 11.1-3). Tras realizar la prestación, el médico responsable remitirá a la Comisión de su Comunidad Autónoma o Ciudad Autónoma los **documentos** previstos en el **artículo 12** para su posterior registro, control y supervisión. En los casos en que la persona no pueda prestar consentimiento por encontrarse en situación de **incapacidad de hecho**, el procedimiento se ajustará a lo dispuesto en “las **instrucciones previas** o documento equivalente” (art. 9).

Además del procedimiento a seguir, la LORE incorpora un **conjunto de garantías** destinadas a asegurar que la prestación de ayuda para morir se realice en condiciones de igualdad, seguridad y respeto a los derechos fundamentales de **todas las personas implicadas en el proceso**.

En primer lugar, la norma garantiza el **acceso efectivo** a la prestación al incluirla expresamente en la “**cartera común** de servicios del Sistema Nacional de Salud”, asegurando su “**financiación pública**” y obligando a los servicios públicos de salud a adoptar todas las medidas necesarias para garantizar su disponibilidad, “en los supuestos y con los requisitos establecidos” (arts. 13.1-2). Esta previsión **evita desigualdades** y asegura que el ejercicio del derecho no dependa del territorio, del centro sanitario o de la situación económica del paciente.

Asimismo, el **artículo 14** refuerza esta idea al disponer que la prestación podrá realizarse “en centros sanitarios **públicos, privados o concertados**, y en el **domicilio**, sin que el acceso y la calidad asistencial puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza”. Este artículo también afirma que en ninguno de los equipos profesionales podrá intervenir quienes se encuentren en **conflicto de intereses** o quienes vayan a **obtener beneficio** alguno por la práctica, constituyendo una garantía adicional de **neutralidad y protección del paciente**.

A estas garantías de acceso se suman las relativas a la **intimidad** y la **confidencialidad**, señaladas en el **artículo 15**, el cual obliga a que los **centros sanitarios** adopten las medidas que sean necesarias para proteger los datos personales de quienes solicitan la prestación, asegurando tanto la “*custodia activa de las historias clínicas de los pacientes*” como la aplicación de los **niveles más altos de seguridad** previstos en normativa europea y nacional de **protección de datos**. La protección de la privacidad no resulta ser solo un derecho formal, sino una salvaguarda esencial para evitar **exposiciones indebidas** de los pacientes.

Junto a estas garantías materiales, la LORE incorpora un **sistema institucional de supervisión y control**, confiado a las **Comisiones de Garantía y Evaluación**. Estas Comisiones, de “*carácter multidisciplinar*” y con presencia de, como **mínimo**, “*siete miembros entre los que se incluirán personal médico, de enfermería y juristas*” (*art. 17.1*), actúan, tanto **previamente** como **posteriormente** a la prestación. Por un lado, verifican el cumplimiento de todos los requisitos **antes** de la realización de la ayuda para morir (*art. 10*), y, por otro lado, revisan **posteriormente** que la prestación se haya realizado conforme al procedimiento legalmente previsto (*art. 18.b*). Además, se encargan de resolver las **reclamaciones** (*art. 18.a*), también aquellas “**dudas o cuestiones** que surjan de su aplicación, sirviendo de órgano consultivo en su ámbito territorial concreto” (*art. 18.d*), detectan las **posibles incongruencias** que ha habido en la aplicación de la ley (*art. 18.c*) y elaboran los **informes anuales** que permiten evaluar el funcionamiento de la norma (*art. 18.e*). La existencia de estas Comisiones constituye una de las garantías más relevantes del sistema, ya que asegura un **control independiente y transparente**.

Finalmente, la Ley refuerza estas garantías con mecanismos adicionales. **El deber de secreto de los miembros de las Comisiones** (*art. 19*), protege la confidencialidad de los

pacientes y de los profesionales, al igual que el de sus familiares y personas allegadas. La **Disposición Adicional Sexta** obliga al **Consejo Interterritorial** del Sistema Nacional de Salud a elaborar un “**manual de buenas prácticas**” y los “**protocolos**” necesarios para “orientar la correcta puesta en práctica de esta Ley”. Estos instrumentos, que deben actualizarse **periódicamente**, armonizan la aplicación en el conjunto del territorio y proporcionan a los profesionales un marco claro de actuación.

4.2.4. Derechos, límites y objeción de conciencia.

La LORE no se limita a regular un procedimiento, sino que articula un verdadero **derecho subjetivo**, aunque sometido a **límites estrictos** y equilibrado con la **libertad de conciencia** de los profesionales sanitarios. En este apartado, por lo tanto, se encuentran recogidas las fronteras impuestas por la ley para su ejercicio y el modo en que es compatible con la objeción de conciencia sanitaria.

En primer lugar, el **artículo 4** reconoce el derecho de “**todas las personas**” que cumplan los requisitos a **solicitar y recibir** la prestación (*art. 4.1*). Se trata de un derecho cuyo ejercicio exige una “**decisión autónoma**”, informada y libre de presiones externas, lo que implica que el paciente haya comprendido y recibido de manera adecuada su situación clínica y las alternativas disponibles (*arts. 4.2-3*). La norma concibe este derecho como una manifestación reforzada de la autonomía personal, cuyo pleno ejercicio requiere apoyo, accesibilidad y un **adecuado acompañamiento**.

Ahora bien, este derecho **no es absoluto**, sino que queda delimitado por los **requisitos materiales y personales** establecidos en el artículo 5 y por el **control** que realiza el procedimiento. La existencia de una enfermedad grave e incurable o de un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, el sufrimiento intolerable, la capacidad plena del paciente, la reiteración de la solicitud o el consentimiento informado, actúan como **límites sustantivos** diseñados para garantizar que la decisión sea **auténtica** y **responsable**. Estos límites no reducen la autonomía, sino que la protegen frente a situaciones de vulnerabilidad o frente a decisiones adoptadas de manera precipitada.

Finalmente, la ley incorpora un elemento fundamental: la **objeción de conciencia** de los profesionales sanitarios, regulada en el **artículo 16**. En este precepto, se reconoce el derecho individual de los “profesionales directamente implicados” a no participar en la prestación cuando esta resulte incompatible con sus **convicciones**. La objeción debe manifestarse de **forma anticipada** y por **escrito**, e inscribirse en un **registro confidencial** que permite a las administraciones sanitarias organizar adecuadamente la prestación (*arts. 16.1-2*). No obstante, la propia ley garantiza que el ejercicio de este derecho **no puede limitar ni menoscabar** el acceso del paciente a la prestación (*art. 14*). La clave está en asegurar que la libertad moral del profesional se **armonice** con la autonomía del paciente, de manera que **ninguna** de las dos sea **vulnerada**.

Por lo tanto, la objeción de conciencia no elimina el derecho del paciente, sino que exige una **organización sanitaria** capaz de garantizar que cada persona, incluso en un momento tan delicado, pueda ejercer su voluntad sin obstáculos, sin demoras y sin sentirse culpable o abandonada, reconociéndose, de esta manera, la **libertad ideológica y moral** del profesional.

4.2.5. Efectos jurídicos y consideración de la muerte.

La prestación de ayuda para morir no solo implica un proceso clínico y administrativo, sino que produce **efectos jurídicos** relevantes que la LORE regula para evitar cualquier **incertidumbre** en torno al fallecimiento o a la actuación profesional. La norma aborda esta cuestión en la **Disposición Adicional Primera**, donde establece que “*la muerte como consecuencia de la prestación de ayuda para morir tendrá la consideración legal de muerte natural a todos los efectos*”.

Tal calificación pretende **evitar** que la muerte sea tratada como una muerte violenta, sospechosa o no natural, lo que podría activar protocolos forenses innecesarios o afectar de forma negativa a los familiares del paciente. Al considerarse como muerte natural, el deceso se **inscribe** en el **Registro Civil** conforme al régimen ordinario, sin intervenciones añadidas y sin que se atribuyan responsabilidades indebidas a los profesionales que han actuado dentro del marco legal.

Además, tiene efectos directos en otras áreas del ordenamiento jurídico, como es el caso de los **seguros de vida**, que no pueden excluir su cobertura; las **prestaciones por fallecimiento**, que se mantienen intactas; y los **derechos civiles que deriven de la muerte**, es decir, los sucesorios, administrativos o económicos, se aplican con total normalidad. Por lo tanto, la ley pretende que la decisión de acceder a la prestación no genere consecuencias perjudiciales para el entorno familiar.

Junto a ello, el **artículo 12** obliga al **médico responsable** a remitir a la Comisión la documentación relativa al caso. Este control permite **verificar** que la prestación se ha realizado conforme al procedimiento, sin que afecte a la **consideración jurídica de la muerte**. En caso de detectarse **irregularidades**, la responsabilidad sería profesional, administrativa o penal del **médico**, pero no alteraría en ningún caso la licitud del fallecimiento del paciente, ya que seguiría siendo considerada “muerte natural”.

Por último, la **Disposición Final Primera** modifica el **artículo 143 del Código Penal** para excluir la responsabilidad penal a quienes causen o cooperen activamente en la muerte de una persona, conforme a la LORE. Con ello, la norma garantiza que los profesionales sanitarios que intervienen en la prestación **no cometan delito alguno**, siempre que se respeten los requisitos y garantías establecidos.

4.2.6. Implementación y coordinación territorial.

La entrada en vigor de la LORE exigió tanto la aprobación de un marco legal **uniforme** como su correcta implementación en todo el territorio estatal. Dado que las competencias sanitarias están **descentralizadas**, la ley prevé mecanismos específicos para asegurar que haya una **aplicación homogénea** en todas las Comunidades Autónomas, evitando desigualdades en el acceso o en la calidad de la prestación.

En primer lugar, la **Disposición Adicional Sexta** obliga al **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud** a elaborar un “**manual de buenas prácticas**” y los **protocolos** de actuación necesarios para orientar la aplicación de la norma. Estos documentos permiten que los profesionales sanitarios trabajen con criterios comunes y

homogéneos, independientemente de la Comunidad Autónoma en la que se encuentre la persona solicitante.

Por su parte, el **artículo 17** establece la **creación de una Comisión de Garantía y Evaluación en cada Comunidad Autónoma**, así como en **Ceuta y Melilla**. Aunque cada Comisión tenga su **propio reglamento** de funcionamiento, la ley exige que todas deben tener un carácter “*multidisciplinar*” y una **composición mínima similar** (de siete miembros), garantizando, de esta manera, el **control previo y posterior** de que la prestación se realiza bajo **criterios similares** en todo el país.

Asimismo, el **artículo 17.5** prevé un **mecanismo anual de coordinación** entre los presidentes de las Comisiones autonómicas y el Ministerio de Sanidad, orientado a “*homogeneizar criterios e intercambiar buenas prácticas en el desarrollo de la prestación de eutanasia en el Sistema Nacional de Salud*”. Esta previsión permite que las diferencias entre territorios puedan **corregirse** mediante directrices comunes y que se detecten rápidamente las desigualdades o dificultades de aplicación.

En coherencia con lo anterior, el **artículo 14** garantiza que la prestación se pueda realizar en **centros públicos, privados o concertados**, al igual que en el **domicilio**, evitando que la organización autonómica o las diferencias de cada comunidad condicione la **calidad asistencial**. Asimismo, la obligación de **garantizar el acceso** actúa como un límite a la dispersión competencial.

Todos estos mecanismos, en su conjunto, buscan asegurar que la descentralización sanitaria no afecte al ejercicio de un derecho que está reconocido por **Ley Orgánica**. En mi opinión, esto muestra un **equilibrio razonable**, ya que respeta la **competencia autonómica** en materia de **sanidad**, pero, a la vez, impone unos **puntos de conexión** para evitar una **desigualdad** en el reconocimiento de derechos.

4.3. La constitucionalidad de la LORE. Sentencia 19/2023. Sentencia 94/2023.

La aprobación de la LORE generó un debate intenso en el área constitucional. Por primera vez, una ley regulaba de forma directa la posibilidad de recibir ayuda para morir,

planteando inevitablemente **tensiones** con el **artículo 15 de la CE**, que protege el derecho fundamental de la vida. Esta cuestión fue sometida a **control** mediante **recursos de inconstitucionalidad**, resueltos finalmente por el Tribunal Constitucional en la **Sentencia 19/2023, de 22 de marzo¹⁸** y la **Sentencia 94/2023, de 12 de septiembre¹⁹**, que de forma conjunta avalaron la **plena validez** de la norma y **consolidaron** su encaje en el marco constitucional.

En primer lugar, vamos a hablar acerca de la **STC 19/2023, de 22 de marzo**. En esta **resolución**, el Tribunal sostiene que la LORE no vulnera el derecho a la vida, porque este derecho, aun siendo un **bien constitucional esencial**, no puede convertirse en **un deber jurídico de vivir impuesto por el Estado**. La vida exige protección, pero esa protección no puede ejercerse a costa de la dignidad de la persona, especialmente en situaciones de sufrimiento irreversible. Desde esta perspectiva, el Tribunal afirma que la Constitución no impone la obligación de mantener con vida a una persona contra su voluntad en condiciones de sufrimiento extremo, pues ello supondría desconocer su libertad y su autonomía vital.

Asimismo, la sentencia subraya que el **artículo 15 CE** debe interpretarse a la luz del **artículo 10.1 CE**, de modo que la protección de la vida debe armonizarse con la dignidad y la autodeterminación. Por ello, **rechaza** la idea de que el derecho a la vida sea absoluto o indisponible, y recuerda que la LORE no reconoce un derecho ilimitado a morir, sino un derecho **condicionado**, diseñado para situaciones **excepcionales** y con una serie de estrictas garantías.

En un plano distinto, la resolución aborda las objeciones relativas al **procedimiento parlamentario** seguido en la aprobación de la ley. El Tribunal descarta que la LORE incurra en vicios formales, pues considera que el proceso legislativo **respetó las reglas constitucionales**: la tramitación parlamentaria fue adecuada, no era preceptivo recabar determinados informes adicionales y no se produjo vulneración de los derechos de participación política de los diputados recurrentes. Por ello, concluye que tampoco desde la

¹⁸ Tribunal Constitucional, Pleno, SENTENCIA 19/2023, de 22 de marzo, 2023, Rec. 4057/2021. ECLI:ES:TC:2023:19

¹⁹ Tribunal Constitucional, SENTENCIA 94/2023, de 12 de septiembre, 2023, Rec. 4313-2021. ECLI:ES:RC:2023:94

perspectiva procedural existe infracción constitucional que pueda afectar a la validez de la norma.

Además de analizar el alcance constitucional del derecho a la vida, el Tribunal dedica buena parte de su análisis a valorar el **sistema de garantías** previsto por la LORE, que considera decisivo para apreciar su constitucionalidad. A su juicio, la ley articula un procedimiento **cuidadoso, gradual y sometido a supervisión**, en el que intervienen varios profesionales y órganos de control independientes. Entre estas garantías destacan: la **información clínica completa**; la **reiteración de la solicitud**; y la **verificación médica doble** (médico responsable y médico consultor). Estos elementos permiten **evitar decisiones precipitadas** o condicionadas por factores externos, asegurando que la voluntad del paciente sea auténtica, libre y madura. Por ello, considera que el procedimiento no solo protege al paciente, sino también al propio derecho a la vida, entendido como valor constitucional que no puede ser tratado con ligereza ni precipitación.

A su vez, el Tribunal analiza también la compatibilidad de la ley con la **objeción de conciencia sanitaria**. Considera que el artículo 16 de la LORE respeta plenamente el contenido del artículo 16 CE, al reconocer la objeción como un **derecho individual**, no colectivo, y exige que se ejerza de forma anticipada y por escrito. Esta regulación no vacía de contenido la libertad ideológica del profesional sanitario, sino que la ordena para hacerla compatible con el derecho del paciente a recibir la prestación. Para el Tribunal, el equilibrio entre ambas posiciones es constitucionalmente legítimo: ni el profesional queda obligado a actuar contra sus convicciones, ni el paciente queda desprotegido o sin acceso efectivo a la ayuda para morir.

En relación con la **coordinación territorial**, el Tribunal descarta que la descentralización sanitaria genere desigualdades inconstitucionales. A su juicio, la existencia del Consejo Interterritorial, los protocolos comunes y las Comisiones de Garantía y Evaluación permiten asegurar un **estándar mínimo homogéneo** en todo el Estado. Precisamente por ello, concluye que la LORE no produce desigualdad entre ciudadanos de distintas Comunidades Autónomas, sino que establece mecanismos suficientes para asegurar la **uniformidad básica** en su aplicación.

Finalmente, el Tribunal realiza un **juicio de proporcionalidad**, en donde examina si la regulación legal persigue un fin constitucionalmente legítimo, si es adecuada para alcanzarlo y si establece un sistema de garantías suficiente para evitar riesgos indebidos. La respuesta, según la sentencia, es **afirmativa** para las tres cuestiones planteadas. La LORE, según señala el Tribunal busca proteger la dignidad de quienes sufren situaciones extremas, establece un procedimiento seguro y reforzado, y respeta los derechos tanto de los pacientes como de los profesionales. Por ello, considera que la intervención del legislador es razonable, proporcionada y respetuosa con la Constitución.

En conclusión, el Tribunal, con su STC 19/2023 no se limita a declarar que la LORE no es inconstitucional, sino que permite entender que el legislador ha configurado un modelo equilibrado y apto para responder a situaciones humanas extraordinariamente complejas. Desde una perspectiva doctrinal, validar esta ley implica aceptar una concepción del final de la vida más respetuosa con la autonomía personal y con el pluralismo moral existente en una sociedad plural.

Por otro lado, conviene mencionar que el Tribunal Constitucional volvió a pronunciarse acerca de la LORE en su **STC 94/2023, de 12 de septiembre**, a raíz de otro **recurso de inconstitucionalidad** planteado por el **Grupo Parlamentario Popular**. Esta sentencia aporta dos matices relevantes que completan el panorama constitucional.

En primer lugar, el Tribunal **rechaza** que las **personas jurídicas** puedan ejercer **objeción de conciencia**, recordando que este es un derecho estrictamente individual y vinculado a las convicciones personales del profesional sanitario. La **objeción institucional**, afirma el Tribunal, podría **comprometer gravemente la efectividad del acceso a la prestación**, generando así situaciones en las que la autonomía del paciente quedaría subordinada a la identidad ideológica de un centro sanitario. En segundo lugar, la sentencia avala la constitucionalidad del **procedimiento preferente y sumario** previsto para las impugnaciones de las resoluciones denegatorias de la prestación de ayuda para morir, al considerar que proporciona una vía rápida y suficientemente garantista para revisar estas decisiones administrativas.

Esta resolución, STC 94/2023, no altera la doctrina ya asentada en la STC 19/2023, sino que la **refuerza** y la **consolida**, confirmando que la LORE encaja plenamente en el

marco constitucional, y cierra definitivamente los debates formales y procedimentales planteados en torno a su aplicación.

5. APLICACIÓN DE LA LEY, ESTADÍSTICAS Y ANÁLISIS COMPARATIVO.

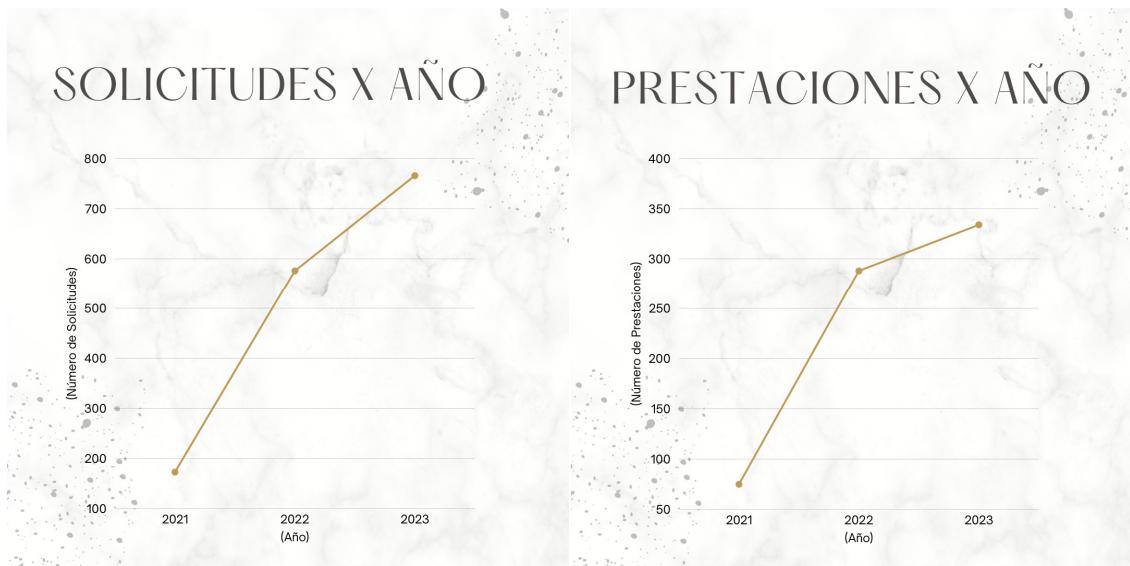
5.1. Aplicación práctica de la LORE: balance desde su entrada en vigor.

Desde la entrada en vigor de la LORE en junio de 2021, España ha ido dando forma, poco a poco, a cómo se aplica realmente el derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir. Más allá de la teoría y del procedimiento jurídico, lo cierto es que la vida de la norma depende de **cómo se aplica**, de **cómo la interpretan los profesionales** y de **cómo llega a las personas que la necesitan**. En todo este tiempo desde su aprobación, se ha podido comprobar que el sistema de prestación de ayuda para morir en España funciona, pero también que sigue enfrentándose a retos importantes que requieren una mejora continua.

El **Informe de Evaluación Anual 2023²⁰** sobre la prestación de ayuda para morir, elaborado por el **Ministerio de Sanidad**, permite tener una visión clara del recorrido de la ley desde su implantación. Según este Informe, desde junio de 2021 hasta diciembre de 2023 se han registrado **1.515 solicitudes** de prestación en todo el **territorio nacional**. Cabe señalar que la evolución ha sido gradual: en 2021, 173 solicitudes (teniendo en cuenta que fueron solo seis meses); en 2022, 576 solicitudes; y en 2023, **766 solicitudes**. Como señala el informe, este aumento progresivo no responde a una masificación, sino a una estabilización natural del acceso a un derecho que todavía es poco conocido por parte de la población.

En cuanto a las **prestaciones finalmente realizadas**, la cifra total asciende a 697 eutanasias aplicadas entre los años 2021 y 2023, con **334** realizadas solamente en el año 2023. Esto significa que, en términos generales, alrededor del **44% de las solicitudes** acaban convirtiéndose en una **prestación efectiva**, un porcentaje que refleja tanto la rigurosidad del proceso como el hecho de que muchas personas fallecen durante la tramitación o cambian de opinión en algún momento del procedimiento.

²⁰ Ministerio de Sanidad, “*Informe de Evaluación Anual 2023 sobre la Prestación de Ayuda para Morir*”, Gobierno de España, noviembre 2024.



El informe destaca también aspectos más cualitativos. La **edad media** de las personas solicitantes sigue concentrándose **entre los 70 y 79 años**, siendo el **28%** del total de solicitantes. La mayoría de los solicitantes padecen **enfermedades oncológicas** o **neurológicas**, representando cada una de ellas un **35%** de los casos en 2023. Estos datos nos confirman que la eutanasia en España está dándose como **respuesta** en situaciones clínicas **extremadamente graves**, donde el sufrimiento y la pérdida de autonomía hacen que la persona busque una salida que respete su dignidad.

Uno de los datos que más me ha impactado personalmente ha sido que el **25%** de las personas solicitantes **fallecen antes** de que se resuelva su solicitud. Es decir, uno de cada cuatro pacientes no llega a ver finalizado el procedimiento, ya sea por el avance de la enfermedad o porque el propio **proceso administrativo** conlleva una cantidad de tiempo que, en muchos casos, esas personas no disponen de él. El Informe indica que el **tiempo medio** entre la primera solicitud y la realización de la prestación es de **67 días** en 2023. A mí esto, sinceramente, me hace plantearme dudas difíciles de ignorar: la ley es garantista, sí, pero a veces las garantías chocan con la realidad del sufrimiento humano, y quienes más lo necesitan terminan siendo precisamente quienes arrastran las consecuencias de esas demoras.

También se observa que la **aplicación de la LORE** depende mucho del trabajo de los profesionales que se implican en el proceso. El Informe subraya el papel fundamental de los **médicos responsables**, de los **médicos consultores** y de las **Comisiones de Garantía y Evaluación**, que han logrado integrar esta prestación en sus funciones habituales de forma **progresiva y responsable**. En mi opinión, esto demuestra que, aunque la ley sea nueva, la

cultura profesional en torno al final de la vida está cambiando en España y se está adaptando a un enfoque más centrado en la dignidad y en la voluntad del paciente, como debe ser.

Sin embargo, el propio Informe reconoce que, aun así, siguen existiendo importantes desafíos, como la **falta de formación específica**, las **desigualdades** entre las comunidades autónomas, la **escasa información** accesible para los ciudadanos, o las **dificultades organizativas** en algunos equipos sanitarios. Según el Ministerio de Sanidad, la actualización del **Manual de Buenas Prácticas**, la mejora del **Sistema de Información de Eutanasia** (SIE) y una **mayor inversión en formación**, son tareas pendientes que deben abordarse cuanto antes para garantizar un acceso equitativo y ágil a esta prestación.

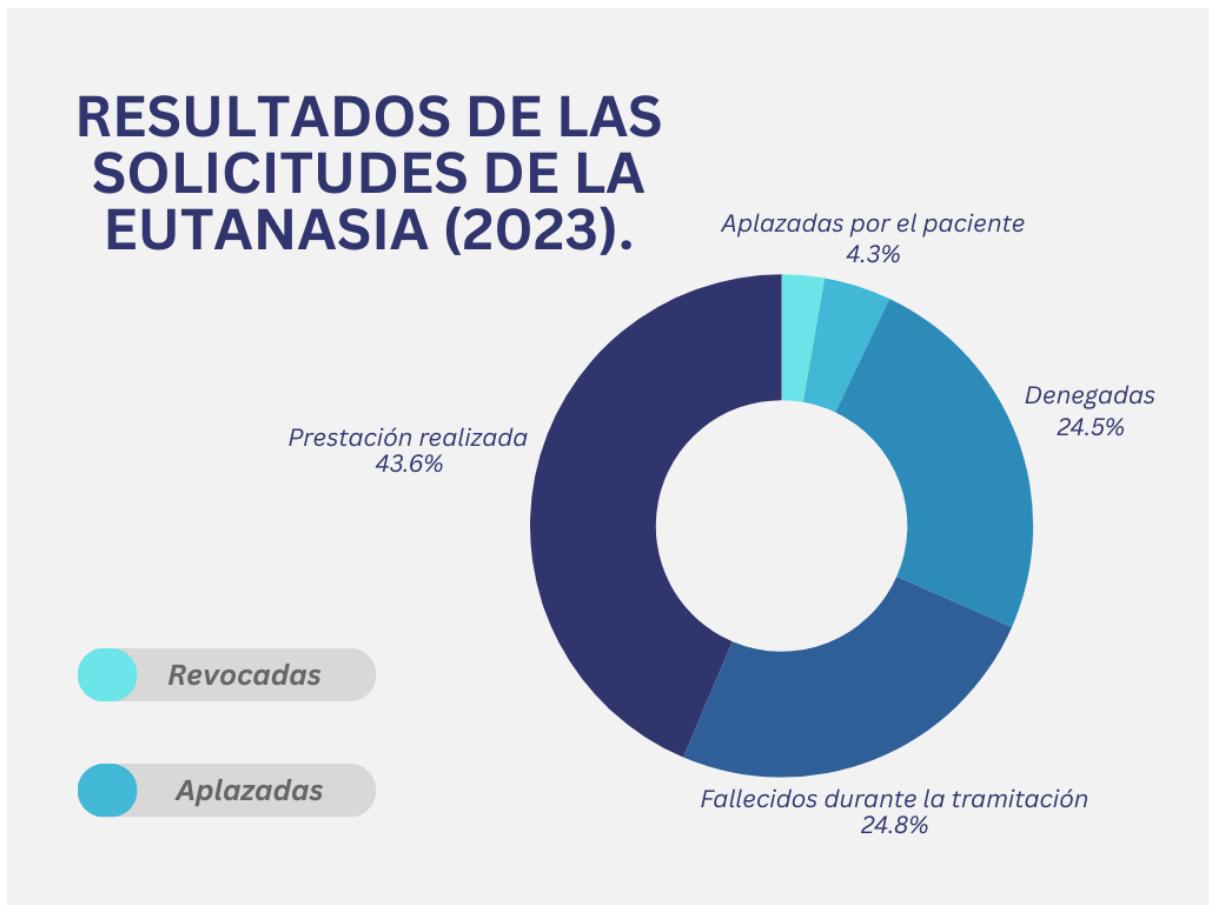
En definitiva, el balance práctico de la LORE muestra un sistema que va consolidándose, que funciona en términos generales y que cumple su finalidad: **ofrecer** a quienes lo necesitan una **alternativa regulada, segura y respetuosa** para decidir sobre su final. Pero también muestra que la aplicación de este derecho exige una **revisión constante**, no solo para mejorar los tiempos y la organización, sino para asegurar que ninguna persona quede al margen de una decisión tan íntima por **falta de recursos, información o acompañamiento adecuado**. Y, en lo personal, creo que es quizás el mayor desafío que tenemos hoy en día por delante: conseguir que la eutanasia, más que un procedimiento, sea considerada como una **forma humana** de acompañar hasta el último momento.

5.2. Datos y estadísticas oficiales sobre la eutanasia.

Para comprender de verdad **cómo** evoluciona la eutanasia en nuestro país, es necesario observar las **cifras oficiales** que, aunque no lo expliquen todo, ayudan a visualizar hacia **dónde** se dirige ese derecho, qué **perfiles** lo solicitan y qué **dificultades** aparecen en la práctica. El **Informe de Evaluación Anual 2023** vuelve a ser aquí el punto de referencia fundamental, pues reúne toda la información que aportan las **Comisiones** de cada Comunidad Autónoma, y refleja una imagen bastante **fiel de la realidad nacional** (*Ministerio de Sanidad, noviembre 2024*).

En primer lugar, conforme a los **resultados de las solicitudes**, según el informe oficial, las solicitudes pueden terminar en **cinco resultados distintos**: prestación realizada,

fallecimiento durante el trámite, denegación, aplazamiento por parte del paciente o revocación. La distribución en porcentaje se muestra en la siguiente gráfica, que permite visualizar la proporción exacta de cada una de estas categorías:



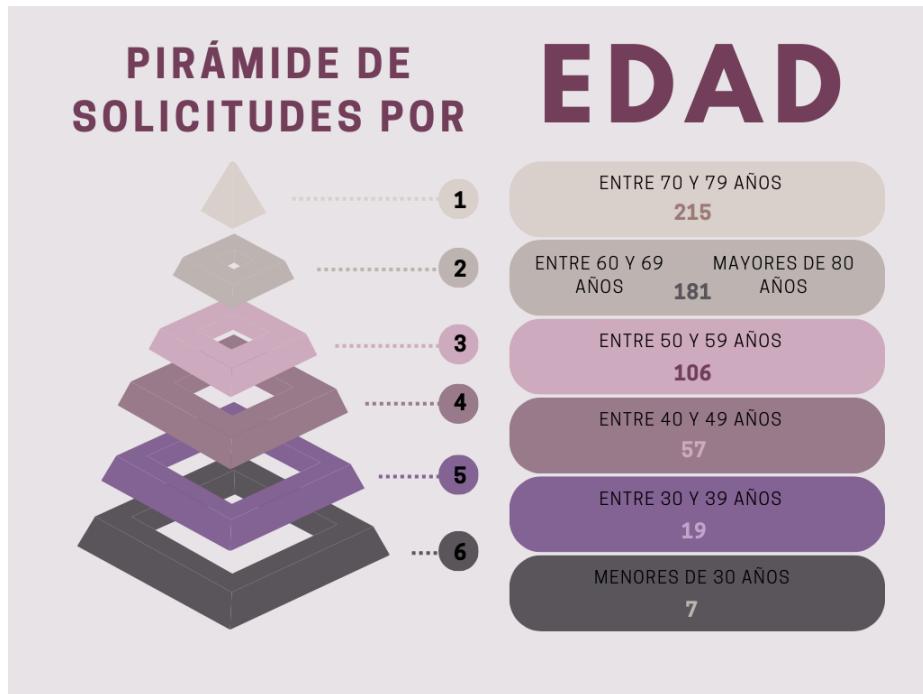
Estos datos reflejan la **diversidad de situaciones posibles** en el **procedimiento** y muestran que no todas las solicitudes concluyen necesariamente en la realización de la prestación.

En segundo lugar, el Informe recoge también la **distribución por sexo** de las personas solicitantes. En el año 2023, la distribución fue prácticamente equilibrada entre **hombres** y **mujeres**, como se muestra a continuación:



Esta casi paridad indica que el ejercicio de este derecho no se concentra en un único grupo demográfico, sino que se extiende de manera **homogénea entre ambos sexos**.

Por otro lado, la **edad** constituye otro elemento esencial para comprender el **perfil de los solicitantes**. El reparto por franjas se detalla en la siguiente pirámide:



La mayor concentración se sitúa en la **población de edad avanzada**, lo que coincide con el impacto clínico de las patologías más frecuentes asociadas a la prestación.

Además, el Informe incluye un dato especialmente relevante desde el punto de vista jurídico: prácticamente la totalidad de las solicitudes son formuladas por personas **plenamente capaces**, mientras que el número de prestaciones activadas mediante **instrucciones previas** resulta residual. Este dato confirma que el ejercicio del derecho a la prestación de ayuda para morir se realiza, en la **mayoría de los casos**, a través de decisiones **autónomas, conscientes** y expresadas **directamente** por el propio paciente.

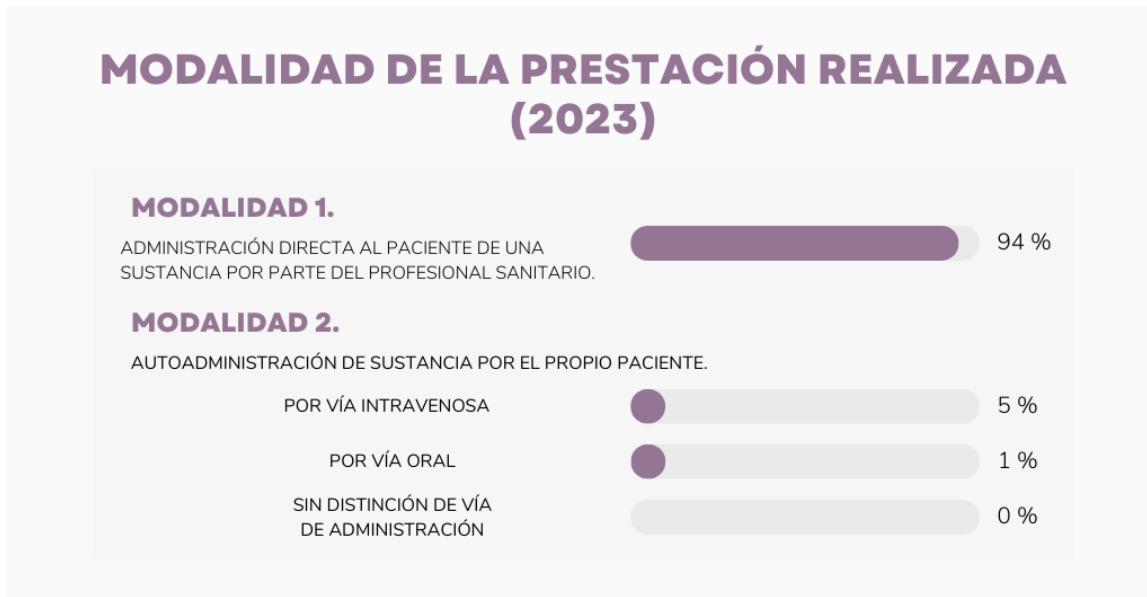
Para un completo análisis acerca del perfil de los solicitantes, es importante también distinguir los **diferentes diagnósticos** que motivan la solicitud. El Informe identifica **siete grupos de patologías** diferentes, que son los siguientes:

ENFERMEDADES DE BASE DE LAS PERSONAS SOLICITANTES (2023)

ENFERMEDAD DE BASE	número de solicitantes	%
ONCOLÓGICAS	271	35
NEUROLÓGICAS	266	35
PLURIPATOLOGÍA ORGÁNICA SEVERA	49	6
RESPIRATORIAS	24	3
CARDIOLÓGICAS	13	2
OTRAS NO ESPECIFICADAS	105	14
NO CONSTAN DATOS	38	5
total:	766	100

El predominio de **enfermedades oncológicas y neurológicas** confirma que la prestación se solicita en **contextos clínicos graves, prolongados** y asociados a un **deterioro intenso de la autonomía personal**. Esto coincide con lo que se suele observar en otros países con leyes similares: la demanda de eutanasia **no** surge de situaciones **impulsivas**, sino de situaciones donde la persona siente **que su vida no responde a los mínimos de dignidad** que considera aceptables.

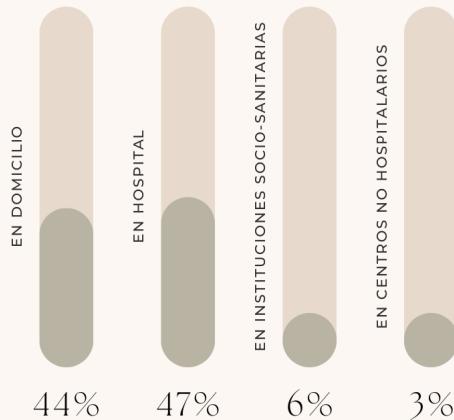
Acerca de la **modalidad** en que se realiza la prestación de ayuda para morir, la LORE, en su **artículo 3.g)**, prevé **dos modalidades**: la primera, la administración directa por un profesional sanitario; y la segunda a través de la autoadministración por el propio paciente. El Informe indica que la modalidad más solicitada continúa siendo la **eutanasia en sentido estricto**, es decir, la **administración directa**, mientras que el suicidio asistido sigue siendo minoritario, sumando un total de **18 casos** en el año 2023.



Esto encaja con las conclusiones del Informe, que apuntan a que la mayoría de pacientes buscan una **intervención guiada y acompañada**, evitando cargar sobre sí mismos la responsabilidad física del acto final.

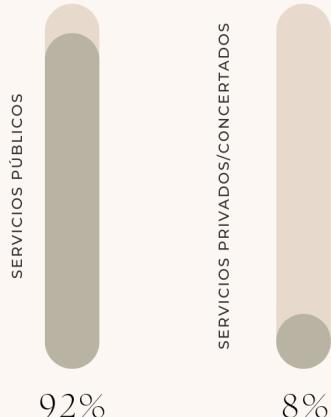
Asimismo, destaca el **lugar donde se practica la prestación**. La mayoría de las eutanasias se realizan en **hospitales**, que continúa siendo el entorno predominante. No obstante, el Informe muestra un crecimiento progresivo de las prestaciones efectuadas en el **domicilio particular**, siendo una opción cada vez más elegida por quienes desean vivir este proceso en un entorno íntimo y familiar. Es comprensible: cuando el sufrimiento avanza, la cercanía del hogar deja de ser solo una preferencia logística para convertirse en una necesidad emocional. Junto a estos dos escenarios principales, el Informe identifica también la realización de la prestación en **instituciones socio-sanitarias** y en **centros no hospitalarios**, aunque con un peso mucho menor.

LUGAR DE REALIZACIÓN DE LAS
PRESTACIONES DE AYUDA PARA MORIR
(2023)



Además, distingue también la **titularidad del servicio prestador**, es decir, si la prestación se realizó en el **Sistema Nacional de Salud** o en **servicios privados o concertados**. En 2023, **28 prestaciones** fueron realizadas en servicios **privados o concertados**, lo que confirma que la participación del sector privado existe, pero sigue siendo claramente minoritaria frente al **sistema público**.

PRESTACIÓN REALIZADA SEGÚN EL
ÁMBITO DE SERVICIO PRESTADOR (2023)



A nivel **procedimental**, los datos del Informe confirman que las Comisiones autonómicas se han consolidado como un pilar esencial en la garantía de la legalidad del proceso. Sin embargo, el análisis estadístico revela **diferencias notables** entre Comunidades Autónomas, tanto en **número de solicitudes** como en **tiempos de resolución**. Aunque esta cuestión la desarrollaremos en el siguiente apartado, ya aquí se puede apreciar que el mapa de la eutanasia en España sigue siendo **desigual** y que el acceso efectivo al derecho depende en cierta medida del **territorio** en el que viva el paciente.

En su conjunto, los datos oficiales muestran un sistema que, aunque joven, empieza a madurar. La eutanasia en España no es una práctica masiva ni descontrolada, sino un procedimiento delimitado, solicitado por **perfiles clínicos muy concretos** y aplicado bajo estrictas garantías. Pero estos números también nos recuerdan algo más: detrás de cada estadística hay una **historia**, una familia, un proceso de sufrimiento y una decisión profundamente personal. Quizá por eso, más que hablar de cifras, deberíamos recordar que cada solicitud representa una **búsqueda**, a veces desesperada, de **dignidad** en el final de la vida.

5.3. Análisis comparativo por Comunidades Autónomas.

Desde la entrada en vigor de la LORE, uno de los aspectos que más se ha evidenciado es que el acceso real a la prestación no es igual en todo el territorio español. Aunque la prestación es un derecho de alcance estatal y su regulación es uniforme, la **aplicación práctica** depende de las **estructuras sanitarias de cada Comunidad Autónoma**, de la **implicación de sus profesionales** y, sobre todo, de la **organización y funcionamiento** de las **Comisiones de Garantía y Evaluación** de cada región. Por ello, analizar las diferencias territoriales no es solo una cuestión estadística, sino un **indicador** de igualdad – o desigualdad – en el ejercicio de un derecho fundamental.

El Informe de Evaluación Anual 2023 muestra que el **número total de solicitudes** y de **prestaciones** realizadas **varía** notablemente entre Comunidades Autónomas. Algunas regiones presentan un nivel de consolidación más elevado y parecen haber consolidado antes los procedimientos; mientras que en otras el número de solicitudes es **menor** o la implantación se encuentra aún en una fase de **desarrollo más lenta**. Esta diversidad no

siempre responde únicamente a la población o al tamaño del territorio, sino también a factores culturales, organizativos, disponibilidad de recursos o diferencias en la difusión y conocimiento del derecho. Aunque el Informe no identifica causas concretas, resulta evidente que el mapa territorial no es homogéneo.

En términos generales, comunidades como **Cataluña, País Vasco, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana** y **Canarias** aparecen, en el año 2023, entre las más activas, tanto en **solicitudes** como en **prestaciones realizadas**, lo que puede reflejar una mayor consolidación del procedimiento en estos territorios. Aunque el Informe no profundiza en los motivos, es posible que factores como una estructura más amplia, un sistema sanitario con experiencia previa en decisiones complejas al final de la vida o una implantación más rápida de las Comisiones puedan influir en estos resultados. En estos casos, el resultado es un funcionamiento más fluido y una percepción social más consolidada del derecho.

Por el contrario, otras Comunidades muestran cifras más reducidas. Regiones como **Murcia, La Rioja, Extremadura, Cantabria** y **Aragón** registran un número significativamente menor de solicitudes, mientras que en las Ciudades Autónomas de **Ceuta** y **Melilla** no se presentó ninguna solicitud durante el año 2023. La menor población influye, pero no explica completamente la diferencia. Resulta razonable pensar que también pueden intervenir factores como la menor visibilidad social de la prestación, diferencias en la organización de los servicios sanitarios o incluso una implantación más lenta de los equipos responsables. Estas son interpretaciones razonables del conjunto de datos, aunque el Informe tampoco atribuye expresamente estas causas.

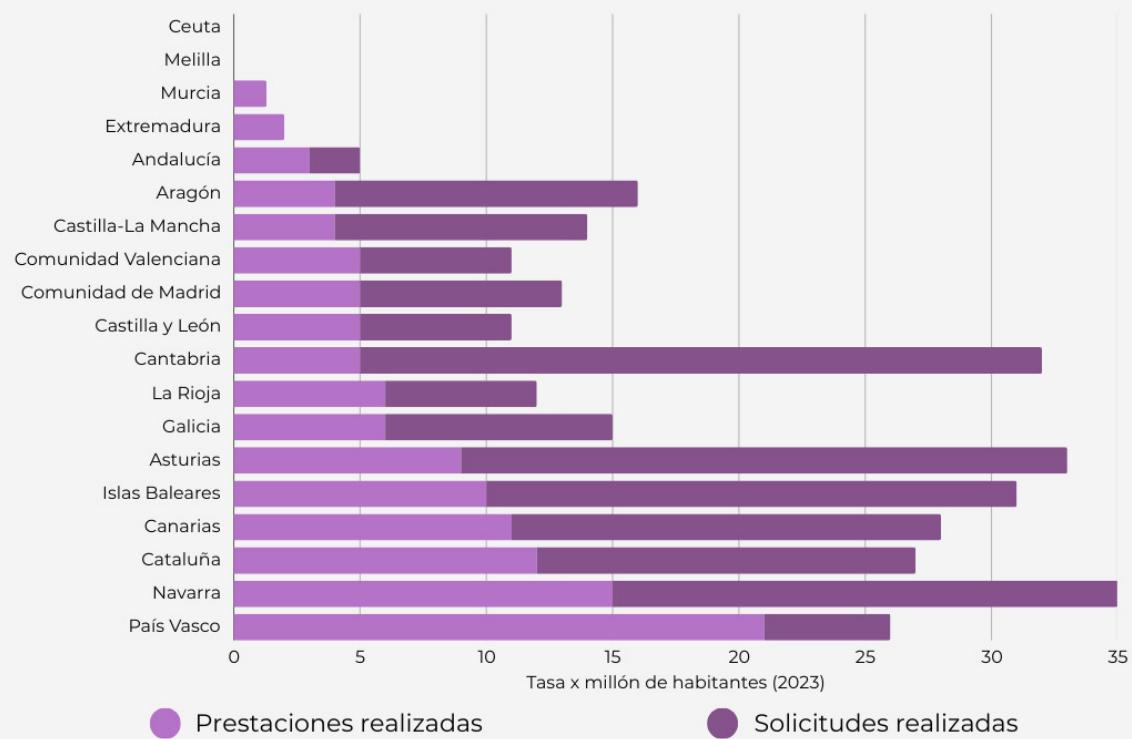
A nivel **procedimental**, esta diversidad territorial se refleja también en diferencias en la **proporción de expedientes favorables, desfavorables o archivados** entre Comunidades Autónomas. Aunque la mayoría de regiones presenten un porcentaje mayoritario de resoluciones favorables, en algunas comunidades la proporción de solicitudes que no llegan a culminar en prestación es más elevada. Esto no necesariamente implica un problema jurídico, pero sí pone de manifiesto la necesidad de **analizar** si los procedimientos están funcionando con la misma fluidez en todo el territorio. Sería un gran problema si la garantía de un derecho, en la práctica, dependiera del lugar donde vive el paciente, ya que podría verse vulnerado el principio constitucional de igualdad de acceso a los servicios

públicos fundamentales. Es por ello que el Informe pone de manifiesto la necesidad de seguir **reforzando la coordinación territorial**, precisamente para armonizar criterios y garantizar que la aplicación de la LORE se realice bajo **estándares similares** en todo el país.

Otro aspecto relevante para comprender las diferencias territoriales es la **duración real del procedimiento**. El Informe señala que el tiempo medio entre la primera solicitud y la realización de la prestación ha sido, en el año 2023, de **67 días**, aunque advierte que este plazo no es uniforme y puede variar en función de factores organizativos y de disponibilidad de recursos. El Informe no desglosa estos tiempos por Comunidades Autónomas, pero sí pone de manifiesto que algunas fases del proceso experimentan demoras significativas, especialmente cuando intervienen varios profesionales o cuando las Comisiones deben revisar expedientes complejos. Esta variabilidad temporal resulta especialmente crítica para las personas con enfermedades avanzadas, para quienes cada día de espera puede suponer un **deterioro emocional y físico considerable** o incluso la **imposibilidad** de ver culminado el procedimiento **antes del fallecimiento natural**. En mi opinión, si estos plazos no mejoran de forma progresiva, podría convertirse en un **obstáculo** para quienes más precisan de una respuesta ágil y humana.

Para visualizar de forma más clara estas diferencias territoriales, resulta especialmente útil observar la **tasa de solicitudes y prestaciones de ayuda para morir por millón de habitantes en cada una de las Comunidades Autónomas**. Este indicador permite comparar de manera proporcional la implantación de la LORE entre Comunidades, independientemente de su **tamaño poblacional**. Como se aprecia en la siguiente figura, las diferencias entre regiones son notables, lo que refuerza la necesidad de avanzar hacia una aplicación más homogénea y equitativa del derecho.

TASA DE SOLICITUDES Y PRESTACIONES DE AYUDA PARA MORIR X MILLÓN DE HABITANTES (2023)



En definitiva, esta dispersión territorial refleja algo más profundo que cifras administrativas; pone sobre la mesa la **necesidad de avanzar hacia un modelo plenamente cohesionado**, donde el acceso a la prestación no dependa de la **suerte geográfica**, sino de un sistema sanitario comprometido, formado y homogéneo. La eutanasia es un derecho reconocido por **Ley Orgánica**, y precisamente por ello su cumplimiento no puede quedar condicionado por desigualdades estructurales entre territorio. A medida que la LORE continúe asentándose, será imprescindible garantizar que cada persona, viva donde viva, pueda ejercer su decisión final en condiciones de igualdad, dignidad y respeto.

5.3.1. Aplicación de la Ley en Castilla y León.

La implantación de la LORE en **Castilla y León** ha seguido un desarrollo progresivo, marcado por la creación y organización de sus propios mecanismos de garantía y por un funcionamiento que, aunque todavía en consolidación, refleja un avance constante en la efectividad del derecho. La Comunidad comenzó su andadura con la aprobación del **Decreto**

15/2021, de 24 de junio (BOCyL)²¹, por el que se **creó y reguló la Comisión de Garantía y Evaluación de Castilla y León**. Este órgano colegiado es el responsable de verificar el cumplimiento de los requisitos legales, supervisar los expedientes y elaborar informes de seguimiento, constituyéndose como la pieza clave en la aplicación territorial de la LORE.

El Decreto detalla la **composición** de la Comisión, integrada por **15 profesionales** del ámbito **médico, jurídico** y de **enfermería**, y establece su funcionamiento interno, régimen de sesiones y competencias. Su aprobación temprana, apenas tres meses después de la entrada en vigor de la LORE, permitió que Castilla y León contara desde muy pronto con un marco organizativo estable para tramitar solicitudes. Además, la **Guía del proceso general y plazos de la prestación de ayuda para morir**²², aprobada por la **Gerencia Regional de Salud** en mayo de 2023, introduce **instrucciones prácticas** para los equipos sanitarios, clarificando **circuitos internos, fases del procedimiento y responsabilidades de cada profesional**, lo que ha contribuido de forma significativa a homogeneizar la práctica asistencial.

En lo que respecta a la **atención primaria**, la Comunidad ha desarrollado también **protocolos** específicos, como el “**Protocolo de Intervención de Enfermería en Atención Primaria**”²³ elaborado por el **Grupo de Atención Primaria de Salamanca**, donde se concreta la **participación de la enfermería** en el acompañamiento del paciente, el apoyo en la formalización de la solicitud cuando procede, y la continuidad asistencial. La existencia de documentos como éste muestra cómo la prestación ha comenzado a integrarse de manera real en la dinámica sanitaria cotidiana, ampliando la coordinación entre niveles asistenciales.

En cuanto a los **datos de actividad**, el Informe de Evaluación Anual 2023 señala que Castilla y León recibió un total de **27 solicitudes** durante ese año, de las cuales **11** correspondían a **hombres** y **16** a **mujeres**. En términos poblacionales, estas cifras representan una proporción moderada respecto al conjunto nacional, situando a Castilla y

²¹ DECRETO 15/2021, de 24 de junio, *por el que se crea la Comisión de Garantía y Evaluación prevista en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la Eutanasia, en la Comunidad de Castilla y León*, (BOCyL), 25 de junio de 2021.

²² Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACyL), “Guía del Proceso general y plazos de la prestación de ayuda para morir”, 31 de mayo de 2023.

²³ Gerencia de Atención Primaria de Salamanca (GAP), “Protocolo de intervención de enfermería de Atención Primaria en la prestación de eutanasia”, SACyL, 6 de abril de 2022.

León en un punto intermedio entre las comunidades con mayor y menor intensidad de uso del derecho. De estas solicitudes, **12** culminaron en una prestación realizada, lo que supone que el **44%** de las solicitudes tramitadas en 2023 **finalizaron en prestación efectiva**. Conforme al **modo de activación**, **10** prestaciones se realizaron por **capacidad de hecho** del paciente, mientras que **2** derivaron de **instrucciones previas**. Aunque no se trate de una cifra elevada en comparación con territorios de mayor población, estas 12 prestaciones representan aproximadamente el **3.6%** del total de prestaciones realizadas en España durante 2023, lo que sitúa a Castilla y León en un nivel similar al de otras comunidades de tamaño poblacional comparable. Este dato demuestra que los procedimientos internos funcionan con la eficacia equiparable a la observada en muchas de las Comunidades Autónomas.

Aunque el Informe estatal no desglosa **tiempos medios por Comunidad**, la documentación procedural y los protocolos internos sugieren que, en territorios con dispersión geográfica como Castilla y León, podría existir un **mayor riesgo de prolongación** de algunas fases debido a la menor disponibilidad de profesionales responsables o consultores en determinadas zonas rurales.

En conjunto, la aplicación de la LORE en Castilla y León muestra un sistema que se encuentra en **crecimiento**, que ha asentado sus bases jurídicas y organizativas y que avanza hacia una mayor consolidación práctica. La existencia de una **Comisión autonómica** estructurada, de **guías internas** actualizadas y de **protocolos específicos**, junto con un volumen de solicitudes y prestaciones coherente con la realidad poblacional, indica que la Comunidad se encuentra en un proceso de **maduración constante**. En mi opinión, el reto principal para los próximos años será garantizar que **toda la ciudadanía**, independientemente de su provincia o el nivel asistencial al que acceda, pueda ejercer este derecho en condiciones de igualdad, seguridad y verdadera proximidad humana.

5.4. Casos relevantes en la aplicación de la eutanasia en España.

La aplicación real de la LORE ha puesto de manifiesto que la regulación de la ayuda para morir no se agota en la letra de la ley. La verdadera dimensión del derecho aparece cuando un **caso concreto** llega a un **tribunal**. Es ahí donde se cruzan la **ley**, la **vulnerabilidad humana** y las **dudas** que inevitablemente acompañan al final de la vida. Cada caso ha obligado a los tribunales

a enfrentarse a historias personales complejas, a conflictos familiares, a dilemas médicos y a límites éticos que no siempre encajan con facilidad en categorías jurídicas.

Uno de los debates más relevantes que ha llegado a los tribunales se refiere a la **delimitación** del verdadero “**contexto eutanásico**”, un concepto esencial en la LORE. La jurisprudencia reciente muestra que este contexto no puede ampliarse a situaciones de malestar existencial, sufrimiento emocional, difuso o problemas vitales que, aun siendo dolorosos, no cumplen los requisitos clínicos exigidos por la ley para activar el procedimiento. Así se aprecia en la **Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Baleares 36/2024 (STSJ 36/2024)**²⁴, donde la solicitud se basaba en un profundo “**cansancio vital**”, acompañado de limitaciones funcionales y dificultades personales, pero sin una enfermedad grave, incurable ni un deterioro irreversible, tal y como exige el artículo 3 de la LORE. A ello se añadía que la patología respiratoria que padecía, una EPOC catalogada como moderada, contaba con tratamientos y medicación **capaces de mejorar su estado**, aunque la paciente los **rechazaba**, lo que reforzó la conclusión de que su sufrimiento **no derivaba de un proceso clínico irreversible**. El tribunal subrayó que la eutanasia no puede utilizarse como respuesta a situaciones de desesperanza o agotamiento existencial, por muy intensas que sean, si no concurren los presupuestos médicos que la ley requiere.

En un plano distinto, la **Sentencia del Tribunal de Justicia de Cantabria 217/2023 (STSJ 217/2023)**²⁵ trató el caso de una mujer con **depresión grave**, pero que mantenía una capacidad funcional conservada, no presentaba una enfermedad incurable y cuyo pronóstico no implicaba un deterioro progresivo o irreversible. El tribunal confirmó la **denegación de la solicitud** porque el sufrimiento psíquico, aunque intenso, podía ser abordado **mediante tratamiento**, y porque la patología no encajaba en la categoría de “*padecimiento grave, crónico e imposibilitante*”. Este caso dejó claro que los **trastornos mentales**, por sí mismos, no activan automáticamente el derecho a la prestación, salvo que cumplan estrictamente los requisitos clínicos objetivos establecidos por la LORE.

En estas resoluciones, los tribunales expresan con una claridad notable que la LORE **no está diseñada para dar respuesta a crisis existenciales** ni a situaciones de adversidad vital, sino

²⁴ TSJ de Illes Balears, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sentencia 36/2024, de 12 de enero (Rec. 558/2022), ECLI:ES:TSJBAL:2024:11

²⁵ TSJ de Cantabria, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sentencia 217/2023, de 12 de junio (Rec. 130/2022), ECLI:ES:TSJCANT:2023:706.

a padecimientos clínicos que, por su naturaleza, **superan cualquier opción razonable de tratamiento**. Esta precisión, aunque jurídica, tiene una dimensión profundamente ética, ya que protege a las personas especialmente **frágiles** frente a decisiones precipitadas o influenciadas por contextos emocionales que no constituyen un auténtico contexto eutanásico.

Por otro lado, la cuestión de la **capacidad del paciente** ha exigido a la jurisprudencia un análisis especialmente cuidadoso, como demuestra la **Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña 3048/2025 (STSJ 3048/2025)**²⁶. Se trata probablemente del caso más complejo resuelto hasta ahora en aplicación de la LORE, tanto por el perfil clínico de la solicitante como por la intensa oposición familiar.

El caso partía de la **solicitud de eutanasia** realizada por una mujer joven que presentaba un trastorno límite de la personalidad, un trastorno obsesivo-compulsivo, ideación suicida sostenida y secuelas físicas permanentes derivadas de un intento de suicidio que le obligaban a utilizar silla de ruedas. Su **padre impugnó la resolución favorable** de la Comisión de Garantía y Evaluación alegando **dos cuestiones esenciales**: la **incapacidad de su hija** para tomar decisiones libres y la **incorrecta** aplicación de los **requisitos clínicos** del “contexto eutanásico”. Frente a ello, el Tribunal examinó de forma exhaustiva los informes psiquiátricos, psicológicos, neuropsicológicos y forenses, todos ellos coincidentes en que afirmaban que la paciente entendía perfectamente la naturaleza y las consecuencias de la prestación, y que su capacidad de juicio estaba conservada y que su voluntad era persistente, estable y no influida por su patología mental. La Sala destacó que la existencia de un trastorno mental no implica, por sí sola, una limitación de la capacidad, y que lo relevante es que la tenga en el momento de decidir, no el diagnóstico. Por ello, concluyó que la solicitante era **plenamente capaz**.

El caso incorporaba, además, una cuestión novedosa: la **legitimación del padre** para recurrir una autorización de eutanasia. A diferencia del juzgado de primera instancia, que había inadmitido la demanda, el Tribunal Superior de Justicia declaró que **sí tenía legitimación activa** para impugnar la resolución administrativa, atendiendo a la especial trascendencia del derecho en juego y a la relación continuada que el padre mantenía con su hija. El tribunal precisó, sin embargo, que esta legitimación no le otorga poder para sustituir la voluntad del paciente, sino

²⁶ TSJ de Cataluña, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sentencia 3048/2025, de 19 de septiembre (Rec. 1788/2025), ECLI:ES:TSJCAT:2025:4892.

únicamente para solicitar un control judicial sobre el cumplimiento estricto de las garantías previstas en la LORE.

La Sala también abordó una **irregularidad** detectada en el procedimiento: el informe del equipo médico-jurídico que, según reconocieron sus propios autores en juicio, simuló un desacuerdo interno para elevar el caso directamente al Pleno de la Comisión. Aunque el Tribunal calificó esta actuación como “*censurable*”, concluyó que **no generó indefensión** ni alteró el sentido final del expediente, pues la **Comisión igualmente confirmó** que se cumplían todos los requisitos legales. Finalmente, el TSJ ratificó que la paciente padecía un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, con dolor neuropático de difícil control, limitación funcional severa y **nula expectativa de recuperación**. Los **informes médicos y forenses** fueron **unánimes** en acreditar la concurrencia del “**contexto eutanasico**” exigido por el artículo 5 de la LORE.

Esta resolución constituye un importante **avance interpretativo**: reconoce la posibilidad de que los familiares planteen objeciones cuando detecten posibles irregularidades, pero reafirma que la **autonomía del paciente** y su **capacidad real** son el **eje central** del procedimiento, y que la intervención de terceros nunca puede sustituir la voluntad de quien solicita la ayuda para morir.

Las resoluciones sobre la eutanasia también han obligado a clarificar los **límites** con el Derecho Penal. La **Sentencia del Tribunal Supremo 82/2024** (STS 82/2024)²⁷ declara que no toda muerte “*por compasión*” es eutanasia, ni todo deseo verbalizado de morir transforma una intervención letal en auxilio al suicidio. En este caso, el Tribunal Supremo confirmó una condena por **asesinato**, al entender que la acusada había causado la muerte de su marido, una persona con una discapacidad física severa, mediante actos directos de **estrangulación**, y con anterior intento por intoxicación, sin que existiera una solicitud formal, libre y consciente, ni se hubiera iniciado un proceso de verificación como el previsto en la LORE. La víctima había mostrado **interés** en la eutanasia y se había **informado** sobre su futura regulación, pero nunca inició ningún procedimiento ni formuló solicitud alguna, ya que quería esperar a la reforma legal que vendría a regular la eutanasia. El Tribunal subraya que la eutanasia solo existe cuando se siguen las garantías legales y que la cooperación ejecutiva en el suicidio requiere una voluntad inequívoca del paciente y una intervención estrictamente sujeta a la ley. Este caso refleja que la LORE no

²⁷ Tribunal Supremo (2024). Sentencia 82/2024, de 30 de enero, Rec. 10871/2023.

despenaliza conductas homicidas, aunque se pretendan justificar bajo la etiqueta de “*ayuda para morir*”.

Otro conjunto de cuestiones relevantes ha surgido en torno al papel de las Comisiones y los límites entre el procedimiento eutanásico y la jurisdicción penal. En el **Auto de la Audiencia Provincial de Tarragona 641/2022**²⁸, el debate giró en torno a si un **juzgado de instrucción** podía **suspender** la ejecución de una eutanasia ya autorizada por la Comisión. La respuesta fue **negativa**; la jurisdicción penal no tiene competencia para interferir en un procedimiento eutanásico válido, pues una prestación autorizada y tramitada con arreglo a la ley, constituye un acto administrativo sanitario y no un hecho delictivo que habilite la intervención del juez penal. El Auto recuerda que la función del juzgado de instrucción es únicamente intervenir cuando existan indicios de **ilícito penal**, lo que no ocurre cuando la prestación se ha desarrollado siguiendo las garantías previstas en la LORE.

Esta resolución refuerza la idea de que el **control judicial** de la eutanasia debe realizarse a través de los cauces establecidos en la propia ley y no mediante la vía penal. Además, recuerda expresamente que, conforme a la **Disposición Adicional Primera** de la LORE, la muerte derivada de la prestación se considera legalmente “**muerte natural**”, por lo que no puede confundirse con una forma de sustracción a la acción de la justicia. El Auto incluye que someter al investigado al proceso penal pese a su situación clínica supondría “*una intolerable afectación a su dignidad y a su integridad física y moral, inherentes a la persona y que deben ser priorizados frente al aspecto concreto del derecho a la tutela judicial efectiva*”, invocada por los recurrentes. Es por ello que el juzgado de instrucción no puede impedir que una persona investigada penalmente ejerza un derecho fundamental, incluso aunque ello suponga que el proceso penal no pueda continuar.

Finalmente, las distintas resoluciones analizadas convergen en una conclusión común: la LORE se sostiene sobre un sistema complejo de garantías que busca equilibrar autonomía, protección y seguridad jurídica. Los tribunales han reforzado la idea de que el sufrimiento relevante para la eutanasia debe ser clínico y objetivable; que la capacidad debe valorarse con rigor, pero sin prejuicios; que los familiares pueden intervenir solo en defensa de la legalidad, no en sustitución del paciente; y que el procedimiento estrictamente regulado es lo que separa un acto legítimo de uno penalmente reprochable.

²⁸ AP de Tarragona, Sección 2^a, Auto 641/2022, de 4 de agosto (Rec. 568/2022), ECLI:ES:APT:2022:1082A.

6. DEBATE JURÍDICO Y BIOÉTICO SOBRE LA EUTANASIA.

Hablar de eutanasia es entrar en un terreno donde el Derecho se mezcla inevitablemente con lo más íntimo de la vida humana. No es un debate frío ni técnico, sino un espacio lleno de **dudas**, de **miedos**, de **convicciones** y también de **esperanzas**. A veces, parece que todo se puede reducir a reglas, artículos y procedimientos, pero la realidad es otra: detrás de cada argumento hay una persona concreta que sufre, que acompaña o que simplemente intenta entender qué significa vivir con dignidad cuando la vida ya no es vida. Por eso, el debate jurídico y bioético sobre la eutanasia nunca es solo un debate intelectual, sino una conversación social que evoluciona a medida que lo hacen las sensibilidades y los modos de mirar el sufrimiento.

En España, la aprobación de la LORE abrió una discusión que va más allá de la política. El Tribunal Constitucional, en sus Sentencias 19/2023 y 94/2023, ha afirmado que la Constitución no reconoce un derecho fundamental a morir, pero sí **protege la decisión autónoma** de poner **fin a la propia vida** bajo ciertas condiciones, amparándose en la libertad personal, la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad. Lo interesante es que, aunque el **derecho a la vida** sigue siendo un pilar básico del ordenamiento constitucional, ya no se interpreta como un mandato que obligue a vivir a cualquier precio, sino como un **derecho que no puede convertirse en deber**. El Estado debe proteger la vida, sí, pero no hasta el extremo de imponerla cuando la propia persona, en pleno uso de su capacidad, decide no prolongarla.

Al mismo tiempo, esta idea de **autonomía** no puede desvincularse de la **vulnerabilidad**. El Comité de Bioética de España (2020) ya advirtió que la eutanasia puede convertirse en una forma de **coacción silenciosa**, no porque alguien presione expresamente, sino porque la sociedad envía mensajes sutiles de que ciertas vidas, las más dependientes y vulnerables, **pesan más que valen**. Las personas mayores, las personas con discapacidad, quienes viven solas, quienes sienten que son una carga, pueden acabar **tomando decisiones** que parecen libres, pero que en realidad surgen de un **contexto que les empuja**. Esta tensión entre **libertad real y amenazas invisibles** atraviesa todo el debate. Incluso dentro del propio Tribunal Constitucional hubo magistrados que, en sus **votos particulares**, criticaron que las garantías previstas por la ley no bastan para proteger a quienes tienen la capacidad comprometida, o a quienes atraviesan depresiones, sufrimientos psicológicos profundos o situaciones de desesperación que podrían nublar la libertad de su decisión. Son advertencias que no se pueden ignorar.

A ello se suma otro tema delicado: los **cuidados paliativos**. Muchos profesionales recuerdan que la mayoría de peticiones de eutanasia **nacen del miedo a sufrir**, no del deseo de morir. La OCM & SECPAL (2011) insiste en que un **buen control del dolor**, acompañado de una atención humana, puede transformar por completo los últimos días de una persona. Lo mismo defendía el Comité de Bioética cuando dijo que antes de legislar la eutanasia había que garantizar que nadie muriese sin acceso a **paliativos de calidad**. La ley no exige que se agoten estos cuidados antes de solicitar la eutanasia, y aunque el Tribunal Constitucional ha considerado suficiente el sistema de garantías, es imposible no preguntarse si la decisión de morir sería la misma si el sistema sanitario ofreciera **alivio y acompañamiento** de manera **universal**. Esta reflexión aparece una y otra vez en la literatura médica: no se trata de enfrentar paliativos y eutanasia, pero sí de reconocer que la segunda nunca debería suplir a los primeros.

Otro eje sensible del debate es la **objeción de conciencia**. Los profesionales sanitarios también tienen convicciones profundas, y la ley reconoce su **derecho individual a objetar**. Pero el Tribunal Constitucional rechazó que hospitales o instituciones religiosas puedan objetar en conjunto, porque eso podría dejar sin acceso a pacientes que, precisamente, buscan ejercer su autonomía. Esta tensión entre la **conciencia del sanitario** y la **libertad del paciente** es especialmente intensa en un país donde muchas instituciones sanitarias tienen **identidad religiosa**. Y aquí, inevitablemente, entran en juego las creencias. Para muchas confesiones, especialmente la Iglesia católica, la vida humana tiene un **valor sagrado** que no puede ser interrumpido deliberadamente, incluso en situaciones de dolor extremo. Desde ese enfoque, la eutanasia rompe un equilibrio moral delicado, porque convierte en acto humano lo que muchas tradiciones conciben como un **ámbito que solo pertenece a Dios**. Quien mira la vida con estos ojos no niega la compasión, pero la vive desde el acompañamiento, el auxilio, el consuelo, nunca desde la **eliminación del sufrimiento** mediante la **eliminación del que sufre**. Las religiones no buscan imponer su visión al conjunto de la sociedad, pero sí recuerdan que la dignidad no depende del bienestar físico, y que la vida tiene un valor que no se reduce a la ausencia de dolor.

En el terreno **estrictamente jurídico** también hay debate. Algunos autores, como Ricardo Chueca, sostienen que la LORE regula realmente supuestos de suicidio asistido más que eutanasia en sentido estricto, y critican la técnica legislativa del preámbulo, los conceptos utilizados y la ficción legal de considerar la muerte como **natural**. Otros, como Ruiz-Rico Arias, defiende que la eutanasia debe entenderse como expresión de la **facultad de renunciar al derecho a la vida** en su vertiente **negativa**: no se crea un derecho fundamental nuevo, sino que se activa la posibilidad que ya estaba implícita en la libertad personal. Estas visiones muestran

que el debate no se reduce a ser “**a favor**” o “**en contra**”, sino a cómo interpretamos constitucionalmente la vida, la autonomía y los límites del Estado.

Al final, el debate jurídico y bioético sobre la eutanasia es un debate donde **nadie tiene toda la razón** y donde todas las perspectivas aportan algo esencial. Quienes defienden la **autonomía** resaltan la dignidad de poder decidir sobre el propio final; quienes expresan **cautelas** subrayan que la libertad no debe confundirse con soledad, miedo o abandono; quienes hablan desde la **fe** recuerdan que la vida tiene un valor que no depende de su utilidad; y quienes **acompañan a enfermos** cada día recuerdan que no hay nada más humano que aliviar el dolor, sea con cuidados o, en último término, con la ayuda para morir si la persona así lo quiere. Quizá la única respuesta honesta sea reconocer que la eutanasia nos obliga a mirarnos como sociedad: cómo cuidamos, cómo acompañamos, cómo respetamos y qué entendemos por dignidad cuando ya no queda fuerza para seguir. La Ley fija un marco, pero el debate seguirá abierto mientras existan seres humanos enfrentándose al misterio del final de la vida.

7. CONCLUSIONES.

1. La eutanasia, lejos de ser una cuestión abstracta o meramente legislativa, se ha revelado en este trabajo como una realidad profundamente humana, atravesada por el sufrimiento, la autonomía y la necesidad de vivir –y también morir– con dignidad. A lo largo de este estudio, ha quedado claro que el Derecho no puede permanecer al margen de las preguntas que surgen cuando una vida deja de parecerse a lo que cada persona entiende como vida propia. La LORE nace precisamente para ofrecer una respuesta jurídica y humana a situaciones extremas, donde la protección absoluta de la vida deja de ser una garantía y se convierte en una carga insoportable.
2. Desde una perspectiva constitucional, el análisis realizado confirma la hipótesis de partida: la LORE encaja plenamente en el marco de la Constitución, porque interpreta el derecho a la vida no como una obligación impuesta, sino como un derecho que pertenece a su titular, inseparable de la dignidad y de la autonomía personal reconocidas en el artículo 10.1 CE. El Tribunal Constitucional, especialmente en sus Sentencias 19/2023 y 94/2023, ha ratificado que la vida no puede imponerse contra la voluntad libre, consciente y reiterada de quien sufre un padecimiento irreversible y

desea poner fin a esa situación. La eutanasia, en ese sentido, no debilita la protección de la vida; la reordena desde la libertad y el respeto a la dignidad humana.

3. El estudio de los fundamentos éticos y filosóficos ha mostrado que la eutanasia no nace de un impulso de renuncia, sino de una idea radicalmente humana: la de no vivir sometido al dolor o a una pérdida total de autonomía que anule la propia identidad. Los principios de la bioética –autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia– convergen en que el respeto hacia la persona debe ocupar el centro de cualquier decisión sanitaria. La eutanasia aparece así como una opción excepcional, pero legítima, para aquellas personas cuyo sufrimiento supera cualquier intervención razonable.
4. Por otro lado, el análisis comparado evidencia que España no está sola en este camino. Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Canadá o Nueva Zelanda han demostrado que la ayuda médica para morir puede integrarse en un sistema jurídico robusto, sometido a garantías y controles eficaces. La LORE inserta, en esta corriente internacional, adoptando un modelo que equilibra autonomía y protección, y creando un sistema de verificación previa que busca evitar cualquier riesgo de abuso o vulnerabilidad. Lejos de abrir la puerta a decisiones precipitadas, la ley exige reflexión, información completa, consentimiento reiterado y supervisión médica y jurídica constante.
5. La aplicación práctica de la LORE en España, según los datos oficiales, muestra un sistema joven, pero en consolidación. La mayoría de solicitudes provienen de personas con enfermedades graves e incurables, generalmente oncológicas o neurológicas, lo que confirma que la eutanasia se solicita en contextos clínicos extremos, no como respuesta a situaciones transitorias o emocionales. Sin embargo, estos datos también revelan desafíos importantes: tiempos de tramitación largos, diferencias territoriales y la necesidad de reforzar la formación de los profesionales. Especialmente significativo es el número de personas que fallecen durante el procedimiento, lo que invita a seguir reflexionando sobre la tensión entre garantías y agilidad en un contexto donde el tiempo es, literalmente, un límite vital.
6. La jurisprudencia reciente ha reforzado los pilares de la ley: la necesidad de un sufrimiento clínico objetivable, la importancia de evaluar la capacidad sin prejuicios, la relevancia de proteger a los vulnerables y el papel estrictamente garantista de las Comisiones de Garantía y Evaluación. Asimismo, los tribunales han dejado claro que la

eutanasia solo existe cuando se siguen los cauces legales y que, al margen de ellos, cualquier intervención letal constituye un ilícito penal.

7. En definitiva, el recorrido realizado permite afirmar que la eutanasia no es una derrota del Derecho ni de la medicina, sino una manifestación madura de ambos. La LORE ofrece una vía excepcional, pero necesaria, para quienes afrontan el final de su vida en condiciones que ya no consideran aceptables. El Derecho no sustituye la conciencia ni el dolor; simplemente acompaña, ordena y garantiza. A veces, la protección más humana es permitir elegir. Y en ese punto, la eutanasia se convierte no en un acto contra la vida, sino en un acto a favor de la dignidad.
8. Desde una perspectiva más personal, considero que la regulación de la eutanasia en España es adecuada y necesaria. Contar con un marco jurídico claro evita situaciones de inseguridad y garantiza que decisiones tan delicadas se adopten con transparencia, supervisión y pleno respeto a la autonomía de quien sufre. Este derecho no resta valor a la vida, sino que reafirma que la dignidad pertenece a quien la vive, no al Estado ni a terceros. Pese a ello, considero que la LORE puede perfeccionarse. Sería deseable una mayor homogeneidad entre comunidades autónomas, así como procedimientos más ágiles en los casos clínicos más graves. También resultan esenciales una formación más amplia para los profesionales y una gestión de la objeción de conciencia que no genere retrasos. Finalmente, el fortalecimiento de los cuidados paliativos debe avanzar en paralelo para que la elección sea realmente libre.
9. Cerrar este estudio invita a una reflexión más íntima, casi inevitable cuando se escribe sobre el final de la vida: quizá la verdadera humanidad del Derecho se mide, precisamente, en cómo trata los momentos más frágiles de la existencia. Permitir decidir cuándo termina el sufrimiento no es negar la vida, sino respetar profundamente a quien la ha vivido.

8. BIBLIOGRAFÍA.

- Andreu Martínez, M., Salcedo Hernández, J., & Jiménez González, J. (2021). Claves para el desarrollo autonómico de la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia. *Derecho y Salud*, 183-197.
- Auto 641/2022, de 4 de agosto, Rec. 568/2022 (Sección 2^a 2022).
- Beauchamp, T. L. (1979). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Chueca, R. (2022). Algunos aspectos de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia y su aplicación. *Derecho y Salud*, 52-62.
- Comité de Bioética de España. (2020). *Informe sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación*. Ministerio de Sanidad, Madrid. Obtenido de <https://www.cibir.es/files/biblioteca/2020-informe-eutanasia-cbe.pdf>
- Consejo de Europa. (1950). *Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (European Convention on Human Rights)*. Roma: Consejo de Europa. Obtenido de https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_ENG
- Derecho a Morir Dignamente (DMD). (2025). *Ramón Sampedro: el punto de inflexión en la lucha a favor de la eutanasia*. Derecho a Morir Dignamente. Obtenido de <https://derechoamorir.org/2025/01/08/ramon-sampedro-el-punto-de-inflexion-en-la-lucha-a-favor-de-la-eutanasia/>
- España. (27 de diciembre de 1978). *Constitución Española*. Obtenido de Boletín Oficial del Estado (BOE): <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
- España. (1995). *Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal*. Madrid: Boletín Oficial del Estado: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>

- España. (2002). *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*. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Obtenido de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
- Gerencia de Atención Primaria de Salamanca (GAP). (2022). *Protocolo de intervención de enfermería de Atención Primaria en la prestación de eutanasia*. Salamanca: SACyL-Gerencia Regional de Salud. Obtenido de https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/eutanasia.ficheros/2152768-Protocolo%20de%20intervenci%C3%B3n%20de%20enfermer%C3%A9n%20de%20Atenci%C3%B3n%20Primaria%20en%20la%20LORE_por%20GAP%20Salamanca.pdf
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACyL). (31 de mayo de 2023). *Guía del Proceso general y plazos de la prestación de ayuda para morir*. Obtenido de https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/eutanasia.ficheros/2679280-Gui%C2%BFa%20proceso%20prestacion%20ayuda%20para%20morir%20_31%20mayo%202023.pdf
- Gobierno de España. (2021). *Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Obtenido de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-4628>
- Gobierno de los Países Bajos. (2001). *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio)*. La Haya: Staatsblad. Obtenido de <https://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/2021-10-01>
- Grand-Duché de Luxembourg. (2009). *Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide*. Luxemburg: Service central de législation. Obtenido de <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo>
- Junta de Castilla y León. (2021). *Decreto 15/2021, de 24 de junio, por el que se crea y regula la Comisión de Garantía y Evaluación prevista en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia en la Comunidad de Castilla y León*. Valladolid: Boletín Oficial

de Castilla y León (BOCyL). Obtenido de
<https://bocyl.jcyl.es/boletines/2021/06/25/pdf/BOCYL-D-25062021-1.pdf>

- Ministerio de Sanidad. (noviembre 2024). *Informe de Evaluación Anual 2023 sobre la Prestación de Ayuda para Morir*. Madrid: Gobierno de España. Obtenido de https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/InformeAnualEutanasia_2023.pdf
- Moniteur Belge. (2002). *Loi relative à l'euthanasie (Ley relativa a la eutanasia)*. Bruselas: Service Public Fédéral Justice. Obtenido de <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2002/05/28/2002009590/moniteur>
- New Zealand Parliament. (2019). *End of Life Choice Act 2019 (Public Act 2019 No 67)*. Wellington: Parliamentary Counsel Office. Obtenido de <https://www.legislation.govt.nz/act/public/2019/0067/latest/dlm7285905.html>
- Organización Médica Colegial (OMC); Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAI). (2011). *Guía de Sedación Paliativa*. Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos, Madrid. Obtenido de https://www.cgcom.es/sites/main/files/mig/guia_sedaccion_paliativa.pdf
- Parliament of Canada. (2016). *An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (Medical Assistance in Dying), SC 2016*. Ottawa: Government of Canada. Obtenido de https://publications.gc.ca/collections/collection_2016/jus/J4-41-2016-eng.pdf
- Ruiz-Rico Arias, M. (2022). La eutanasia como renuncia a un derecho fundamental. *Diario La Ley* (9992), 1-10.
- Sentencia 217/2023, de 12 de junio, Rec. 130/2022 (Sala de lo Contencioso-Administrativo 2023).
- Sentencia 3048/2025, de 19 de septiembre, Rec. 1788/2025 (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 3ª 2025).
- Sentencia 36/2024, de 12 de enero, Rec. 558/2022 (Sala de lo Contencioso-Administrativo 2024).
- Sentencia 82/2024, de 30 de enero, Rec. 10871/2023 (Sala de lo Penal 2024).

- Supreme Court of Canada. (2015). *Carter v. Canada (Attorney General)*(2015 SCC 5 [2015] 1 SCR 331), case number 35591. Ottawa: Supreme Court of Canada. Obtenido de <https://decisions.scc-csc.ca/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do>
- Swiss Confederation. (1942). *Swiss Criminal Code (SCC)*, SR 311.0. (F. Council, Ed.) Bern. Obtenido de https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/en
- Tribunal Constitucional. (22 de Marzo de 2023). *Sentencia 19/2023, de 22 de marzo de 2023*. Tribunal Constitucional, Madrid. Obtenido de Boletín Oficial del Estado: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2023-10044>
- Tribunal Constitucional. (2023). *Sentencia 94/2023, de 12 de septiembre*. Tribunal Constitucional de España, Madrid. Obtenido de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-21156
- Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH). (2022). *Mortier v. Bélgica (Demand nº 78017/17)*. Estrasburgo: Consejo de Europa. Obtenido de <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-219988>