

Cinco años de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia

INFORME PONENCIAS BASE DE LA JORNADA 17 JUNIO 2026 MINISTERIO DE SANIDAD

(Elaborado por Juan Antonio Caballero responsable Sanidad CEAV)

PONENCIAS DE INTERÉS

1. La regulación de la eutanasia en el contexto internacional. Gonzalo Arruego, profesor de Derecho Constitucional, Universidad de Zaragoza, CGyE de Aragón.

Cinco años de
la Ley Orgánica de Regulación
de la Eutanasia
Avanzando en derechos



La regulación de la eutanasia en el contexto internacional

Gonzalo Arruego
Profesor de Derecho Constitucional
Universidad de Zaragoza, CGyE de Aragón

17 de junio de 2026



-Nuestra LORE se inserta en un **contexto internacional de cambio** en la respuesta jurídica (constitucional) a la muerte asistida:

-Mayoritariamente sigue siendo la represión penal.

-Pero algo está cambiando rápida e imparablemente: **punto de no retorno**.

-**cuando comienza el S. XXI**, alguna forma de muerte asistida es legal solo en **Colombia, Oregón (EEUU), Holanda, Bélgica o Suiza**.

-**en apenas dos décadas**, la muerte asistida ha sido legalizada:

-Europa: **Luxemburgo, Italia, Alemania, España, Austria o Portugal**.

-América: **Canadá**, en otros **12 Estados de Estados Unidos** (el último NY el pasado febrero), **Ecuador y Uruguay**. A los que podemos añadir en cierta medida **Cuba y Perú**.

-Oceanía: **Australia** casi en su integridad (salvo el *Northern Territory*) y **Nueva Zelanda**.

-y actualmente en se están debatiéndose iniciativas legislativas legalizadoras en: **Francia, Reino Unido o Irlanda**.

-En palabras del TEDH: **en Europa “está emergiendo una tendencia de legalización del suicidio médicamente asistido, al menos para quienes sufren enfermedades incurables”. Una tendencia que no puede ser ignorada a la hora de interpretar el CEDH como un “instrumento vivo” (Karsai 2024).**

Hay otro factor más relevante: **cómo las jurisdicciones constitucionales y de defensa de derechos fundamentales están interpretando los derechos y principios involucrados en la muerte asistida**, porque desde 1997 (Colombia) los acontecimientos se han acelerado:

-**2015 y 2019**: regulación de la muerte asistida en Canadá: casos *Carter y Truchon*.

-**2018**: descriminalización en estrictas circunstancias en Italia: caso *Cappato*.

-**2020**: Tribunal Constitucional Federal alemán: derecho fundamental a la muerte autodeterminada.

-**2020**: el Tribunal Constitucional austriaco descriminaliza el suicidio asistido.

-**Sentencias 123/2021, 5/2023 y 307/2025** del Tribunal Constitucional portugués respaldando la “anticipación de la muerte médicamente asistida”.

-**2022**: decisión de la Sala constitucional y Social de la Corte Suprema de Perú, caso *Ana Estrada*.

-**SSTC 19 y 94/2023**, avalando la LORE.

-**2024**: la Corte Constitucional de Ecuador declara parcialmente inconstitucional el tipo penal del homicidio (constitucionalidad de la eutanasia).

-Sobre todo, **doctrina del TEDH** desde *Pretty* (2002) hasta las más recientes *Mortier* (2023) y *Karsai* (2024): **giro de 180 grados** al debate sobre la ayuda (médica) a morir en Europa.



-Los argumentos utilizados en todos los modelos, aunque diferentes, si no idénticos:

Tribunal Constitucional italiano, son **decisiones "basadas en principios funcionalmente análogos"** (Sentencia 135/2024/7.2).

-A grandes rasgos, cuatro grandes argumentos:

-capacidad de **autodeterminación libre y responsable** sobre nuestra vida de acuerdo a nuestra identidad personal,

-**poner fin al sufrimiento** causado por la enfermedad para no imponer un exorbitante deber de vivir,

-garantizar la **consistencia del ordenamiento jurídico** en materia de decisiones al final de la vida

-**relectura del derecho a la vida.**

-Creo que estos cuatro argumentos, y el peso atribuido a cada uno, **constituyen las coordenadas que explican las características esenciales de los diferentes modelos regulativos** de la muerte asistida.

-Modelos regulativos de la muerte asistida:

-Dónde **SÍ existe regulación**: **Bélgica, Holanda, Luxemburgo, Portugal, Austria, USA, Australia, Nueva Zelanda, Uruguay y España.**

-Dónde **NO existe regulación**: **Colombia, Ecuador, Italia, Alemania, Suiza** (solo existe normativa deontológica: *Management of Dying and Death*)

-En aras de la claridad y de la sistematización voy a diferenciar, pero las coordenadas y sus requerimientos se entrelazan.

-Numerosas cuestiones van a quedar necesariamente al margen.

Coordenada de la **autodeterminación** (II)

-¿**Quiénes** se consideran capaces de autodeterminarse?:

-solo **mayores de edad**: Luxemburgo, Portugal, Austria, Italia, Canadá (aunque se ha recomendado su legalización a través de paneles de expertos para menores maduros), Nueva Zelanda, Australia, USA, Uruguay, España.

-**mayores de edad y menores maduros**: Colombia, Bélgica, Holanda, Suiza.

-Cautela: previsión específica de intervención de expertos en salud mental (remisión).

-¿Autodeterminación **pro futuro** (voluntad anticipada)?

-**admitido con diverso alcance**: Bélgica, Holanda, Luxemburgo, Colombia, España.

-**no admitido**: Portugal, Italia, Canadá, Nueva Zelanda, Australia, Uruguay o, lógicamente, donde solo hay suicidio asistido (Austria, Alemania, Suiza, USA).

-¿**Cómo**?

-Solo **suicidio asistido**: Austria, Italia, Alemania, Suiza, USA.

-Solo **eutanasia**: Bélgica, Uruguay.

-**Suicidio asistido por defecto y eutanasia solo ante su imposibilidad**: Portugal, Australia (salvo en Nueva Gales del Sur).

-**Ambas**: Holanda, Luxemburgo, Canadá, Nueva Zelanda, España.

9

Coordenada de la **enfermedad/sufrimiento** (autodeterminación de la persona enferma) (I)

-Requisitos sustantivos: **condición clínica**:

-Solo enfermos **terminales** (sin mención al sufrimiento): USA

-Solo **enfermos terminales (o muerte previsible) y sufrimiento**: Nueva Zelanda, Australia.

-**Terminalidad (o muerte previsible) o enfermedad grave e incurable** (en su caso con grave afección de la autonomía personal) **y sufrimiento**:

-solo enfermedades **somáticas**: Portugal, Italia, Uruguay, Canadá, España.

-enfermedades **somáticas y psiquiátricas**: Colombia, Bélgica, Holanda, Luxemburgo, Austria, Suiza.

10

Coordenada de la **enfermedad/sufrimiento** (autodeterminación de la persona enferma) (II)

-Requisitos **procedimentales**: **verificación de la condición clínica**:

-la regla habitual: **dobles verificación médica** (médico tratante/responsable y médico consultor independiente, en su caso especialista en la dolencia), si bien hay múltiples especialidades:

-**segunda opinión** vinculante o no:

-**vinculante**: Luxemburgo, Portugal, Austria, Canadá, Nueva Zelanda, USA, Uruguay, España.

-**no vinculante**: Bélgica, Holanda.

-**otras opiniones** en función del supuesto clínico: Bélgica (psiquiatra o psicólogo infantil vinculante en menores maduros), Holanda (estándar consulta psiquiátrica en enfermedades mentales), Portugal, NZ y USA (psiquiatra si hay dudas de la capacidad).

-además un **órgano administrativo de verificación previa** (*Mortier*): Portugal, España.

-**otros** casos: Suiza (solo segundo médico si se duda de la capacidad), Italia (servicio público de salud a cargo del paciente y del Comité Ético), Colombia (médico preliminar y verificación por Comité Interdisciplinario *ad hoc*).

Coordenada de la **relectura del derecho a la vida** (I)

-**Verificación de la capacidad**.

-**Procesos deliberativos (e informativos)**.

-**Decisión reiterada no apresurada (ejemplos)**: **Bélgica** (no terminales, un mes), **Canadá** (muerte no razonablemente previsible, 90 días), **Luxemburgo** (distintas reuniones con el paciente espaciadas razonablemente), **Portugal** (regla general: al menos dos meses), **Austria** (regla general: al menos 12 semanas), **USA** (hasta triple solicitud y al menos una conversación privada y tiempos de espera, aunque tendentes a reducirse), **Uruguay** (doble proceso deliberativo con reiteración), **Colombia** (reiteración), **España** (doble proceso deliberativo y sucesivas reiteraciones)

Coordenada de la **relectura del derecho a la vida** (II)

-**Control**: es habitual la creación de organismos de control y evaluación específicos e interdisciplinares con la doble finalidad de verificar y recomendar:

-**Ex ante y ex post**:

-**Portugal** [*Comisión de Verificación y Evaluación: ex ante* (también por la Inspección General de Salud, que supervisa e incluso puede ordenar la suspensión o la anulación del procedimiento en curso); y *ex post*: en su caso remisión a la autoridad competente para exigir responsabilidades penales o administrativas)

-**Nueva Zelanda**: control *ex ante* y *ex post* a través de la figura del *Registrar* (funcionario designado como tal del Ministerio de Sanidad) que debe autorizar la prestación y controla también *ex post*.

-**España** (CGyE *ex ante* y *ex post*)

-**Solo ex post (habitual)**: Bélgica (*Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia*, única para todo el país), Holanda (5 *Comisiones Regionales de Eutanasia*), Luxemburgo (*Comisión Nacional de Control y Evaluación*), Canadá (a nivel regional en algunas provincias), Australia (*Voluntary Assisted Death Review Boards*), USA (soft: "compliance forms" a las autoridades sanitarias), Uruguay (Ministerio de Salud y *Comisión Honoraria de Revisión*).

Coordenada de la **consistencia**:

-Primero nos explica **por qué legalizar** (ejemplos clásicos: Canadá e Italia)

-Después nos guía en la **ampliación del régimen jurídico** (ejemplos):

-países que han transitado desde solo la terminalidad (o muerte previsible) hasta la no terminalidad (Colombia, Canadá)

-países que han transitado (o que deben transitar):

-desde solo eutanasia a también suicidio asistido: Colombia ya lo ha hecho pero, ¿Bélgica?

-a la inversa: desde solo suicidio asistido a eutanasia: ¿Austria?

-desde solo mayores a menores maduros (ejemplos): Colombia, Bélgica, Holanda, debate en Canadá.

-la discusión actual sobre las voluntades anticipadas (ejemplos): Bélgica y Holanda (ampliación), Canadá (introducción)

-¿enfermedades mentales?

2. La Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia. José Antonio Seoane, catedrático de Derecho, Universidad de A Coruña, Comité de Bioética de España



Agenda

- 1. Contexto
- 2. La LORE
- 3. Recapitulación

17



Autonomía y derechos en el final de la vida

Tabla 1. Evolución jurídica de la autonomía y los derechos en el final de la vida

1.ª etapa: introducción, reconocimiento y garantía

1978. Constitución española
1986. Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril)
1990. STC 120/1990, de 27 de junio
1995. Art. 143 CP

2.ª etapa: consolidación y desarrollo

1997/2000. Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina
2002. Ley Básica de Autonomía del Paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre)
2002. STC 154/2002, de 18 de julio
2000. Legislación de las CC.AA. sobre autonomía y derechos de los pacientes
2002. STEDH Pretty c. Reino Unido

3.ª etapa: profundización y definición

2000. Carta de derechos fundamentales de la Unión Europea
2005. Declaración universal de Bioética y derechos humanos
2006/2008. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad
2011. STC 37/2011, de 28 de marzo
2010-2020. Legislación de las CC.AA. sobre dignidad en el final de la vida
2011. STEDH Haas c. Suiza
2012. STEDH Koch c. Alemania
2013-2014. STEDH Gross c. Suiza
2015. STEDH Lambert y otros c. Francia

4.ª etapa: ampliación

2021. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia
2021. Modificación del art. 143.4 CP y adición del artículo 143.5 CP
2021. Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo de las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica

CC.AA.: comunidades autónomas; CP: Código Penal; STC: sentencia del Tribunal Constitucional de España; STEDH: sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos.



TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

Pleno. Sentencia 19/2023, de 22 de marzo de 2023. Recurso de inconstitucionalidad 4057-2021. Interpuesto por cincuenta diputados del Grupo parlamentario Vox en el Congreso de los Diputados en relación con la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Derecho a la vida y a la integridad física y moral: constitucionalidad de la regulación legal del derecho a la autodeterminación respecto de la propia muerte en contextos eutanásicos. Votos particulares.

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

Pleno. Sentencia 94/2023, de 12 de septiembre de 2023. Recurso de inconstitucionalidad 4313-2021. Interpuesto por más de cincuenta diputados del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso en relación con la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Derecho a la vida y a la integridad física y moral: constitucionalidad de la regulación legal del derecho a la autodeterminación respecto de la propia muerte en contextos eutanásicos (STC 19/2023). Votos particulares.



TROISIÈME SECTION

STRASBOURG

4 octobre 2022

AFFAIRE MORTIER c. BELGIQUE

(Requête n° 78017/17)



FIRST SECTION

STRASBOURG

13 June 2024

CASE OF DANIEL KARSAI v. HUNGARY

(Application no. 15113/19)



GRAND CHAMBER

STRASBOURG

17 September 2024

CASE OF PINDO MULLA v. SPAIN

(Application no. 15541/20)

Ministerial, DG de Salud Pública y Equidad en Salud



Escenarios final de la vida



- Consentimiento informado
 - Otorgamiento-revocación
- Planificación anticipada/compartida de la atención - instrucciones previas
- Rechazo de tratamiento
- Adecuación del esfuerzo terapéutico
- Sedación
- Cuidados paliativos
- Eutanasia
- Trasplante de órganos

- Obstinación terapéutica/encarnizamiento terapéutico
- Tratamiento coactivo
- Ayuda al suicidio
- Homicidio por compasión
- ~~Eutanasia~~

Objeto y finalidad

- Introducción de **nuevo derecho individual**: eutanasia (Preámbulo I. § 11)
 - PAM: derecho subjetivo de prestación ≠ derecho a morir
- **Compatibilidad derechos fundamentales y bienes** constitucionalmente protegidos (Preámbulo I. §§ 4 y 11)
 - vida (art. 15 CE); integridad física y moral (art. 15 CE); libertad ideológica y de conciencia (art. 16 CE); intimidad (art. 18.1 CE)
 - dignidad humana (art. 10 CE); libertad (art. 1.1 CE)
- **Legislación respetuosa con derechos y principios constitucionales** (Preámbulo I. § 5)
 - **Regulación** sistemática y ordenada del derecho a solicitar y recibir PAM (arts. 1, 4.1)
 - Régimen legal específico y garantías (Preámbulo I. §§ 6-9)
 - Requisitos, procedimiento, obligaciones y garantías (y conceptos)
 - **Despenalización** ciertas conductas del delito de auxilio al suicidio (DF 1ª)
 - No mera despenalización de la muerte compasiva
 - Modificación del apartado 4 y adición apartado 5 del artículo 143 CP (excepción)

Estructura

- Preámbulo
- Capítulo I. Disposiciones generales (arts. 1-3)
- Capítulo II. Derechos de las personas a solicitar la PAM y requisitos para su ejercicio (arts. 4-7)
- Capítulo III. Procedimiento para la realización de la PAM (arts. 8-12)
- Capítulo IV. Garantía en el acceso a la PAM (arts. 13-16)
- Capítulo V. Comisiones de garantía y evaluación (arts. 17-19)
- Disposiciones adicionales (1ª-7ª)
- Disposición transitoria única
- Disposición derogatoria única
- Disposiciones finales (1ª-4ª)

Características

📄 📑 🗑️ Resumir 🗂️

- Respuesta **jurídica**
 - no ética ni deontológica, de carácter legal (no jurisprudencial), a nivel estatal
 - Artículo 2
- Respuesta **equilibrada**
 - compatibilidad derechos y principios constitucionales
 - Preámbulo I
- Respuesta **sistemática**
 - organización procedimiento PAM y establecimiento derechos y obligaciones pacientes, profesionales e instituciones para garantizar calidad, seguridad e igualdad
 - Artículos 1, 4.3, 13, 14 y Disposiciones adicionales 6 y 7)
- Respuesta **garantista**
 - respeto voluntad autónoma paciente sujeta a requisitos + controles previo y posterior
 - Artículos 3, 8, 13-16 y 17-19

Conceptos



Sujetos



RECAPITUACIÓN

Significado

- Perspectiva **clínica**
 - Cambio en los modos de enfermar y morir
 - Redefinición de los fines de la medicina (y las profesiones asistenciales)
 - Transformación de la relación clínica
- Perspectiva **ética**
 - Modelo deliberativo e iusfundamental de relación
- Perspectiva **jurídica**
 - Evolución del tratamiento jurídico del final de la vida
 - Consolidación de la autonomía decisoria y los derechos de los pacientes

Dignidad en el final de la vida

- Vida **significativa**
 - relevancia y sentido según la biografía
- Morir **conocido (y comprendido)**
 - gestión información + no conspiración de silencio
- Morir **elegido (y aceptado)**
 - Paciente: valores y decisiones personales
 - vida biográfica: definición individual (cómo-qué-cuándo...)
 - Profesionales: respeto de las decisiones del paciente
 - No existe un deber absoluto de conservar la vida biológica
- Morir **en paz, plácido, sereno**
 - Profesionales y sociedad: curar y cuidar
 - atención y cuidado aunque no sea posible la curación: tratamiento del dolor, cuidados paliativos, sedación, acompañamiento

Un nuevo derecho en el final de la vida

- Amplía los **escenarios** y las **posibilidades** de **decisión** en el final de la vida
 - derecho subjetivo de prestación: PAM (≠ derecho a morir) en cartera servicios SNS
- Ofrece **seguridad jurídica** a pacientes y profesionales
 - Norma legal de ámbito estatal
 - Armonización de bienes, valores, derechos y deberes
 - Publicidad y certeza de las condiciones de la PAM
 - Medidas para evitar abusos y fraude de ley
- Regula las **condiciones de licitud** de la PAM
 - Decisión autónoma, expresa y reiterada del paciente
 - Carácter médico/sanitario
 - Contexto eutanásico
 - Dos modalidades: administración – prescripción y suministro
- Establece **garantías: doble sistema de control** + otras medidas
 - **Previo:** MR + MC + CGE
 - **Posterior:** CGE

3. Las Comisiones de Garantía y Evaluación como garantes del derecho: experiencia, retos y futuro. Marina Cañero, jurista, secretaria CGyE de Cataluña.

Las Comisiones de Garantía y Evaluación

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia

Comisiones de Garantía y Evaluación

Artículo 17. Creación y composición.

1. Existirá una Comisión de Garantía y Evaluación en cada una de las **Comunidades Autónomas**, así como en las Ciudades de Ceuta y Melilla. La composición de cada una de ellas tendrá carácter **multidisciplinar** y deberá contar con un número mínimo de siete miembros entre los que se incluirán personal **médico, de enfermería y juristas**.

36

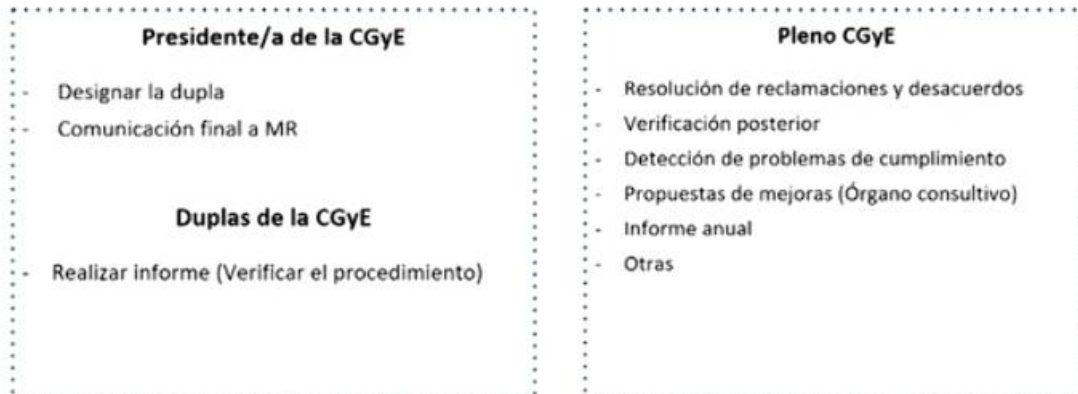
Régimen jurídico



37

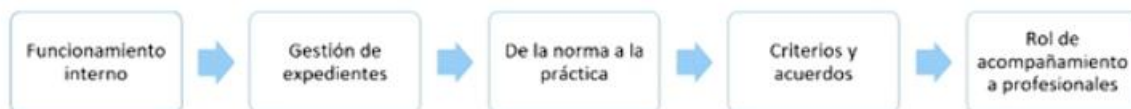
37

Funciones



38 38

Experiencia de las CGyE



39 39

Retos y oportunidades de mejora

Internos

- Adaptar el procedimiento administrativo a la prestación sanitaria
- Necesidad de recursos
- Casos complejos a nivel médico y jurídico
- Posible sobrecarga en algunas CCAA

40 40

Retos y oportunidades de mejora

Externos

- Dificultad para conocer algunos casos del territorio
- Diferencias territoriales intracomunitarias
- Formación e información a profesionales
- Vínculo con el Departamento de Salud de la autonomía

41 41

Conclusiones

Las CGyE han sido **clave** para la implementación de la eutanasia en España

- 1) Dan seguridad al profesional y garantía al ciudadano
- 2) Diferencias significativas entre CCAA
- 3) Importancia de compartir experiencias
- 4) Necesidad de evaluación continua de la norma
- 5) Coordinación con su respectivo Departamento de Salud

42

42

4. Instrucciones previas: garantizar decisiones informadas y respetadas al final de la vida. María Isabel Tamayo, Dra. en Psicología, profesora en la Escuela Andaluza de Salud Pública

Cinco años de
la Ley Orgánica de Regulación
de la Eutanasia

Avanzando en derechos



Resu



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

UNIVERSIDAD
DE GRANADA

CYBE

Instrucciones previas: garantizar decisiones informadas y respetadas al final de la vida

María Isabel Tamayo
Dra. en Psicología
Profesora en la
Escuela Andaluza
de Salud Pública
17 de junio de 2026



Victoria Castañeyra
Enfermera
Registro de
Instrucciones previas,
Servicio Canario de
Salud



58



Ante la necesidad de decisiones sanitarias



CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN

Ley 41/2002

Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación

3. Se otorgará el **consentimiento por representación** en los siguientes supuestos:

- a) Cuando el **paciente no sea capaz** de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, **el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.**
- b) ...
- c) ...

POSIBILIDADES ANTE LA NECESIDAD DE CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN

1. SOLEDAD DEL PACIENTE (no hay nadie que decida por él/ella)



No hay familiares, allegados ni representante disponible para tomar decisiones.

¿Cómo proceder para proteger los intereses del paciente?

2. UN REPRESENTANTE NO SABE QUÉ HACER



Una sola persona debe decidir y no tiene claro qué opción sería la mejor o qué hubiera querido el paciente.

Incertidumbre, miedo a equivocarse, carga emocional.

3. VARIAS PERSONAS CON OPINIONES DIFERENTES



Existen desacuerdos entre familiares o representantes sobre qué decisión tomar.

Conflicto, tensión y dificultad para alcanzar un acuerdo.

INSTRUCCIONES PREVIAS

Testamento vital
Directiva anticipada
Voluntades anticipadas

Voluntades vitales anticipadas
Expresión anticipada de voluntades
Manifestaciones anticipadas de voluntad



- Documento escrito
- Persona capaz / competente
- Preferencias sanitarias
- Donación de órganos
- Representante/s
- *EUTANASIA*



LA PERSONA REPRESENTANTE

- ✓ Opcional
- ✓ ¿Por qué?
- ✓ ¿Qué funciones tiene?



LA PERSONA REPRESENTANTE



FUNCIONES:

✓ Al tomar decisiones por su representado, **buscar** en todo momento el **mayor beneficio y respeto de la persona a la que representa, teniendo en cuenta los valores de ésta.**

✓ **Velar** para que, en las situaciones clínicas contempladas en las Instrucciones Previas, se **cumplan las instrucciones** que la persona a la que representa, haya dejado establecidas.

✓ **Respetar las indicaciones** que la persona a la que representa haya establecido respecto a la **función de representación.**

✓ **Tener en cuenta los valores u opciones vitales** recogidos en la Declaración de VVA de la persona a la que representa, para así presumir su voluntad en las **situaciones clínicas no contempladas explícitamente en el documento de Instrucciones Previas.**

✓ **LORE** - persona interlocutora válida para el/la médico/a responsable en un proceso de **eutanasia.**

Adaptación Ley 2/2010 y 3/2021

CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN



Ley 2/2010 (Andalucía)

Artículo 10. Derechos de las personas en situaciones de incapacidad respecto a la información, la toma de decisiones y el consentimiento informado.

- Representante IIPPs
- Representante legal
- Cónyuge / similar
- Familiar grado más próximo (mayor edad)

Ley 4/2017 (Madrid)

Art. 9 Derechos de los pacientes en situación de incapacidad a la información asistencial y a la toma de decisiones.

- Persona designada en IIPPs
- Representante legal
- Cónyuge o pareja de hecho no separada
- Parientes de grado más próximo (hasta 4.º grado) y dentro del mismo grado, el de mayor edad
- Persona conviviente con relación afectiva análoga
- Persona encargada de su cuidado/asistencia



Obligación profesional de consulta

Modelo de Calidad Asistencial, TIC de Salud Pública y Regulación Sanitaria

El Registro de IIPPS

Proceso de información,
reflexión, deliberación,
validación, ...



Modelo de Calidad Asistencial, TIC de Salud Pública y Regulación Sanitaria



Gracias!!



Maribel Tamayo Velázquez



Escuela Andaluza de Salud Pública



maria.tamayo.easp@juntadeandalucia.es

5. Victoria Castañeyra, enfermera, Registro de instrucciones previas, Servicio Canario de Salud.

Cinco años de
la Ley Orgánica de Regulación
de la **Eutanasia**
Avanzando en derechos

**Instrucciones previas: garantizar decisiones
informadas y respetadas al final de la vida**
Eutanasia por Instrucciones Previas



Victoria Castañeyra Góngora
Enfermera Registro MAV Lanzarote

17 de junio de 2026

Marco Legal de las Instrucciones Previas

Las Instrucciones Previas (I.P.) permiten decidir anticipadamente la prestación de ayuda para morir. Los artículos **5.2 y 6.4 de la LORE** establecen que, si el paciente no está en pleno uso de sus facultades para solicitar la eutanasia, se aplicará lo recogido en dicho documento, siendo el **representante designado** el interlocutor válido o, en su defecto, el **médico que lo trata**.

⚠ Su aplicación genera conflictos reales, especialmente en contextos de deterioro cognitivo

El Desafío No Es Legal, Es Asistencial

Las I.P. **no garantizan por sí solas la eutanasia**. Su aplicación efectiva depende de múltiples factores que van más allá de la mera existencia del documento.

Redacción del documento

La claridad y precisión del texto condicionan su interpretación clínica.

El representante

La ausencia o falta de implicación del representante designado puede bloquear el proceso.

Entorno familiar

El desconocimiento del documento en el entorno familiar directo genera conflictos.

Interpretación clínica

Los profesionales sanitarios deben interpretar adecuadamente las instrucciones recogidas.

Qué Debe Contemplar una I.P. con Petición de Eutanasia I

Valores

personales

Identificar lo que se entiende por **calidad de vida**: comunicarse y relacionarse de forma consciente, no sufrir dolor o angustia intratable, mantener una independencia funcional suficiente para las actividades propias de la vida diaria...

Preferencias

- No prolongar la vida por sí misma si no se dan los mínimos de calidad cuando la situación es irreversible
- Preferencias en cuanto al lugar de fallecimiento: domicilio u hospital

Qué Debe Contemplar una I.P. con Petición de Eutanasia II

La constatación del sufrimiento en caso de pérdida de capacidad es fundamental. En el caso de demencia, la I.P. debe especificar qué situación se considera intolerable según el grado de deterioro:

Demencia Moderada

Que me impida vivir solo/a y/o realizar actividades como cocinar, comprar, salir a la calle sin acompañamiento, el uso del teléfono o reconocer mi dirección.

Demencia Moderadamente Severa

Que me impida ser autónomo/a para vestirme, comer, ducharme, ir al lavabo; que me imposibilite leer y escribir.

Demencia Severa – Muy Severa

Cambios de conducta, ansiedad, agresividad, alucinaciones, pérdida progresiva del habla y necesidad de ayuda para todas las actividades más básicas como comer o mantenerse erguido/a.

Qué Debe Contemplar una I.P. con Petición de Eutanasia III

1 Ausencia de incongruencias

No debe existir contradicción entre los valores declarados y la pérdida de autonomía descrita.

2 Acogimiento explícito al art. 5.2 LORE

Constar de forma clara la voluntad de acogerse a la eutanasia por el artículo 5.2 de la LORE.

3 Profesionales sin objeción de conciencia

Manifestar el deseo de ser atendido por profesionales sanitarios sin objeción de conciencia a las instrucciones recogidas en el documento.

❏ **No basta con respetar formalmente la voluntad escrita:** es necesario diseñar las condiciones para poder aplicarla

Propuesta de Mejoras: Documentación



Estandarizar documentos

Elaborar formularios clínicos basados en escenarios concretos y en la narrativa identitaria del paciente, facilitando una redacción más precisa y aplicable.



Registro accesible

Garantizar que las I.P. sean accesibles de forma ágil e inmediata desde la historia clínica del paciente en cualquier punto asistencial.



Asesoramiento profesional

Preferentemente personal sanitario al frente de los registros, charlas, talleres informativos, puntos de registro y asistencia al otorgamiento en Atención Primaria y hospitales.

Propuesta de Mejoras: Profesionales

Formación y equipos

- Formación específica en LORE e I.P. para todos los profesionales implicados
- Creación de equipos multidisciplinares de apoyo y consultoría bioética rápida

Protocolos y circuitos

- Protocolos y circuitos explícitos y ágiles ante el inicio de la solicitud
- Establecer vías de tramitación en caso de ausencia de representante o inacción del mismo

Resumen: Claves para una I.P. Efectiva

Redacción clara

Valores y escenarios concretos

Registro accesible

Historia clínica disponible



Representante

Persona implicada y conocida

Profesionales formados

Sin objeción de conciencia

La efectividad de las Instrucciones Previas depende de la integración de cuatro elementos: una redacción clara que incluya valores personales y escenarios concretos, uno o varios representantes designado e implicados, un registro accesible desde la historia clínica y profesionales formados en la LORE sin objeción de conciencia respecto a las instrucciones del paciente.

Que la enfermedad nos pille pensados

Begoña Román, filósofa bioeticista

Anticipar la voluntad es un acto de **autonomía y dignidad**. Las Instrucciones Previas bien diseñadas, conocidas y aplicadas son la herramienta que permite que nuestra voz siga siendo escuchada incluso cuando ya no podemos comunicarnos.

Reflexionar

Definir nuestros valores y límites de calidad de vida

Documentar

Redactar una I.P. clara, concreta y accesible

Comunicar

Informar al entorno familiar y al Representante designado

6. Percepción pública de la atención al final de la vida en España: evidencias, valores y desafíos éticos. Rosana Triviño, profesora titular, Departamento de Salud Pública, Universidad Complutense de Madrid y María Belmonte, socióloga, CYBE, Universidad de Granada.

Cinco años de
la Ley Orgánica de Regulación
de la **Eutanasia**
Avanzando en derechos

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD

UNIVERSIDAD DE GRANADA
CYBE

Percepción pública de la atención al final de la vida en España:
Evidencias, valores y desafíos éticos

Rosana Triviño
Profesora permanente
Departamento de Salud Pública,
Universidad Complutense de Madrid
17 de junio de 2026



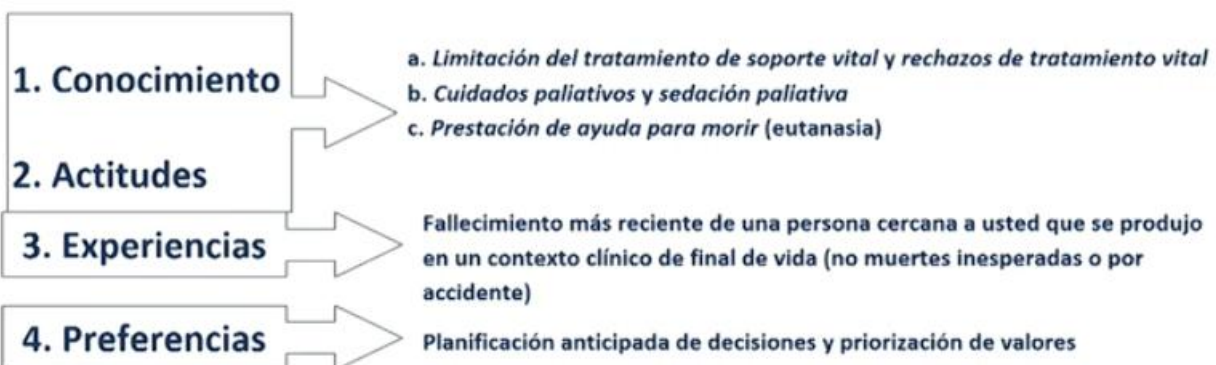
María Belmonte
Investigadora
predoctoral,
CYBE - Universidad de
Granada
17 de junio de 2026



2

OBJETIVO

Explorar el conocimiento, actitudes, experiencias y preferencias de la población española sobre las prácticas y contextos de final de vida



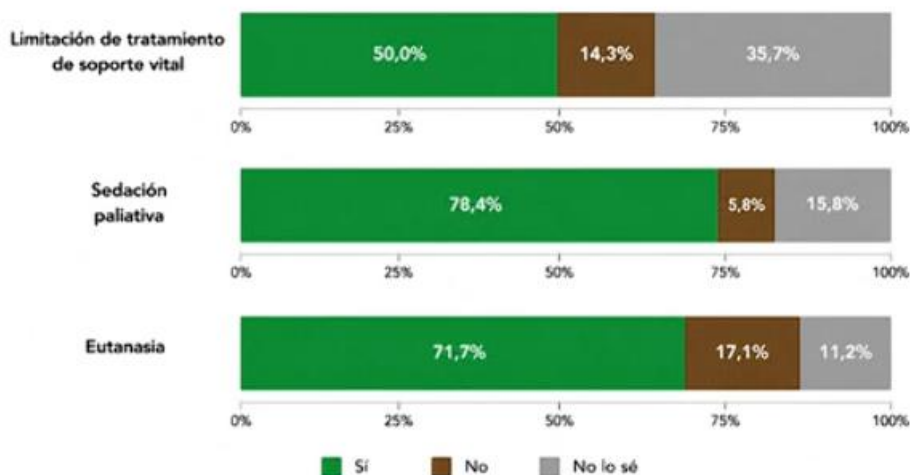
Estudio representativo nacional sobre percepción pública de prácticas y contextos de final de vida

- Cuestionario 41 ítems, duración media 19 minutos
- Muestra: 1.637 personas adultas residentes en España
 - Tamaño muestral calculado: $n = 1.600$
 - Margen de error $\pm 2,5\%$; nivel de confianza 95%
 - Administración *online* (60%) y telefónica (40%)
- Cuotas por sexo, edad y comunidad autónoma
- Recogida de datos: entre 1 de mayo y 5 de junio de 2026



1. Conocimiento

¿Las siguientes prácticas son legales en España?



1. Conocimiento

DERECHO DE PACIENTES A RECHAZAR TRATAMIENTOS VITALES

El personal sanitario está legalmente obligado a cumplir el rechazo de un paciente consciente a recibir tratamientos de soporte vital



VALIDEZ DE INSTRUCCIONES PREVIAS

El personal sanitario está legalmente obligado a cumplir los rechazos de tratamientos de soporte vital escritos por un paciente antes de perder la capacidad de tomar decisiones



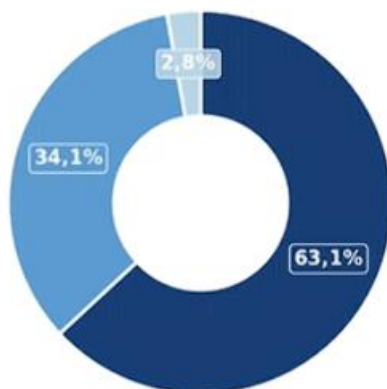
DERECHO DE PROFESIONALES A LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA A LA EUTANASIA

El personal sanitario puede negarse a participar en una eutanasia, aunque el paciente cumpla los requisitos legales

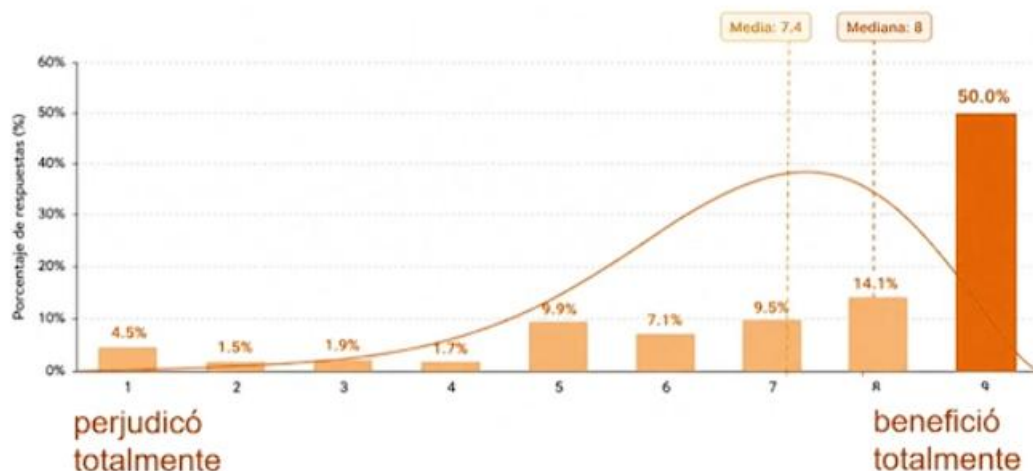


3. Experiencias

¿Ha fallecido alguna persona cercana a usted mientras recibía atención médica en la etapa final de su vida?



¿En qué medida considera usted que esa decisión perjudicó o benefició al paciente?



¿La persona fallecida participó en la decisión?

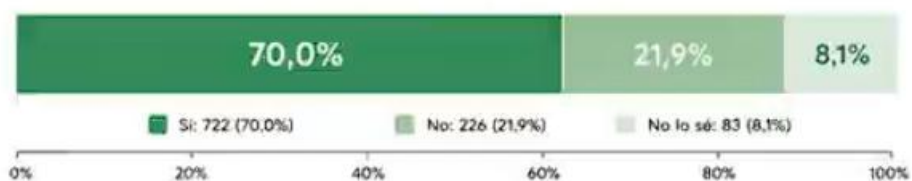
El 22,9% de los pacientes participó en la decisión que condujo a la práctica de final de vida.

Cuando el paciente participó, el grado de respeto percibido hacia sus preferencias fue muy elevado (media = 7,8/9; mediana = 8)

Entre quienes no participaron, los motivos más frecuentes fueron que el paciente estaba inconsciente en el momento de la decisión (42,7%) o que carecía de capacidad para decidir (40,0%)

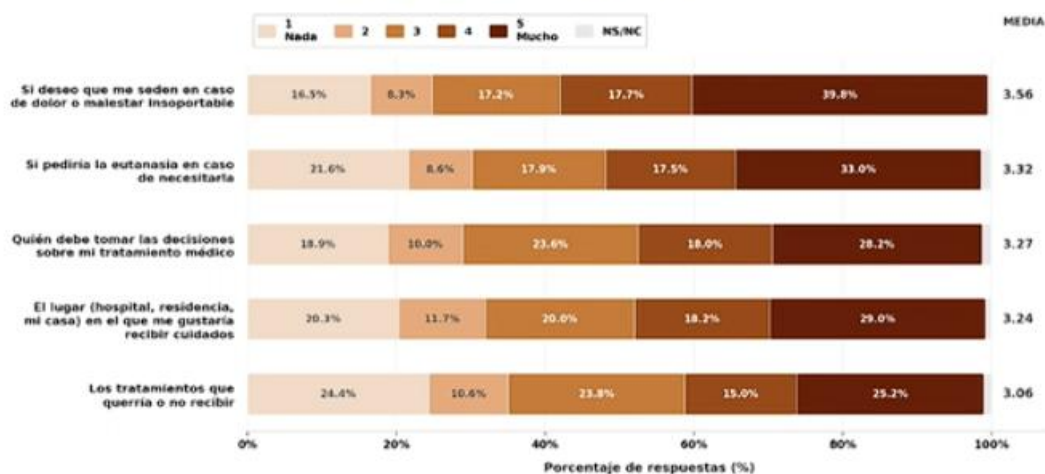
3. Experiencias

¿Recibió esa persona cuidados paliativos con anterioridad a su muerte?

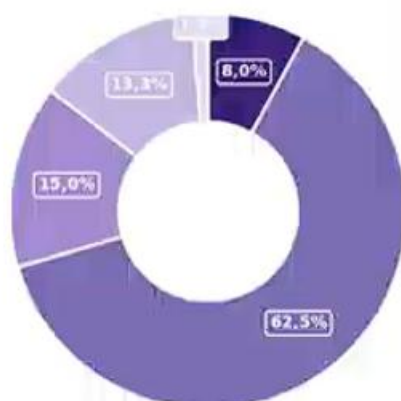


4. Preferencias

¿En qué aspectos relacionados con el final de su vida ha pensado usted en caso de que padeciese una enfermedad grave?



¿Ha registrado alguno de esos aspectos en un documento de voluntades anticipadas o testamento vital?



Sí	8,0%
Todavía no	62,5%
No, he decidido no hacerlo	15,0%
No, no sé qué es ese documento	13,3%
Prefiero no contestar	1,3%

El 50,4% los había comunicado a familiares o personas cercanas.

Indique qué alternativa preferiría usted para el final de su vida



PRIORIDADES:

1º Morir sin dolor

2º Morir en casa

3º Morir consciente

4º Vivir más tiempo

CALIDAD DE VIDA

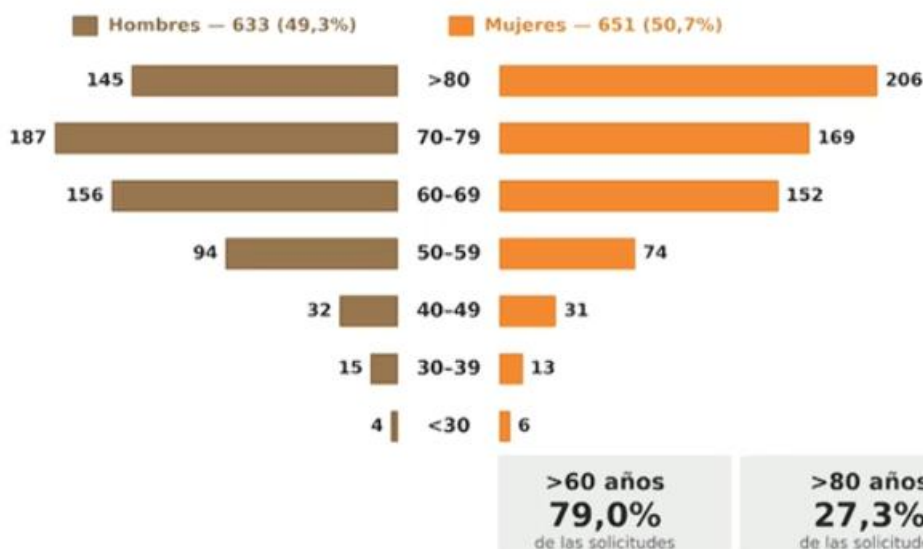
CANTIDAD DE VIDA

1. Informe Anual 2025
2. Histórico 2021-2025
3. Comparativa Internacional



Perfil de solicitantes en 2025

Total: 1.284
solicitudes



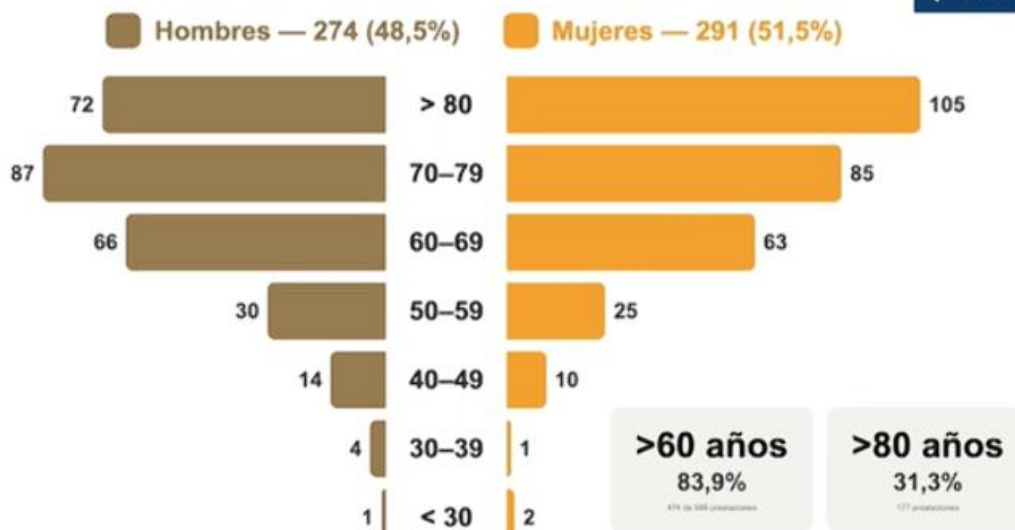
Procesos finalizados en 2025

Total: 1.187
procesos
finalizados



Prestaciones. Perfil de las personas que reciben la prestación

Total: 565 prestaciones

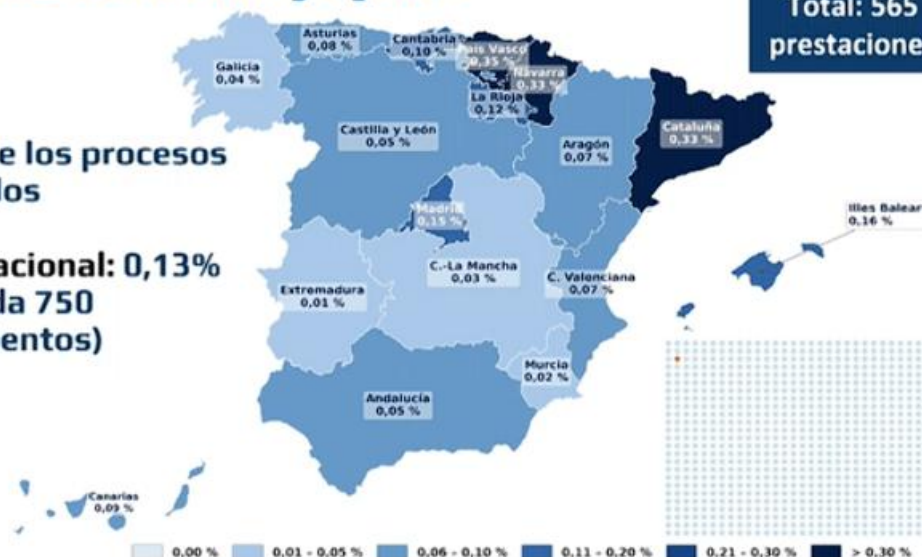


Prestaciones. Tasa de mortalidad por prestación de ayuda a morir en 2025. Distribución geográfica

Total: 565 prestaciones

47,6 % de los procesos finalizados

Media nacional: 0,13%
(1 de cada 750 fallecimientos)



Contexto asistencial

Lugar, modalidad y tipo de administración

Total: 565 prestaciones

Lugar prestación	Núm. prestaciones	% prestaciones	Modalidad administración	Núm. prestaciones	% prestaciones
Centro Hospitalario	287	50,8	Por equipo sanitario	553	97,9
Domicilio	198	35,0	Autoadministración	11	1,9
Centro Sociosanitario	80	14,2	No consta	1	0,2
Total	565	100	Total	565	100

Tipo administración	Núm. prestaciones	% prestaciones
Intravenosa	558	98,8
Oral	6	1,1
No consta	1	0,2
Total	565	100

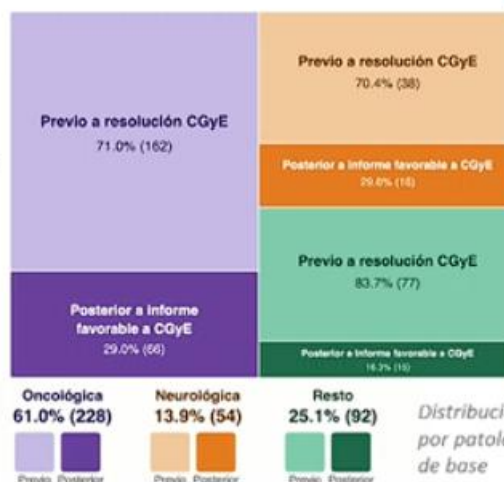
Fallecimientos durante el proceso.

Total: 374 fallecimientos

31% de los procesos finalizados

Previos a resolución CGyE
74%
(277 fallecimientos)

Posteriores a resolución favorable CGyE
26%
(97 fallecimientos)



Distribución por patología de base

Enfermedad de base

**Total: 1.187
procesos
finalizados**

Solicitudes

Patología	Núm	%
Oncológica	438	37,0
Neurológica	373	31,4
Otra	153	12,8
Pluripatología	65	5,5
No consta	56	4,7
Cardiovascular	47	4,0
Respiratoria	45	3,8
Reumatología y patología osteomuscular	10	0,8
Total	1187	100

**Total: 374
fallecimientos**

**Fallecimientos
durante el proceso**

Patología	Núm	%
Oncológica	228	61,1
Neurológica	54	14,4
No consta	25	6,7
Otra	23	6,2
Pluripatología	16	4,3
Cardiovascular	15	4,0
Respiratoria	12	3,2
Reumatología y patología osteomuscular	1	0,3
Total	374	100

**Total: 565
prestaciones**

Prestaciones

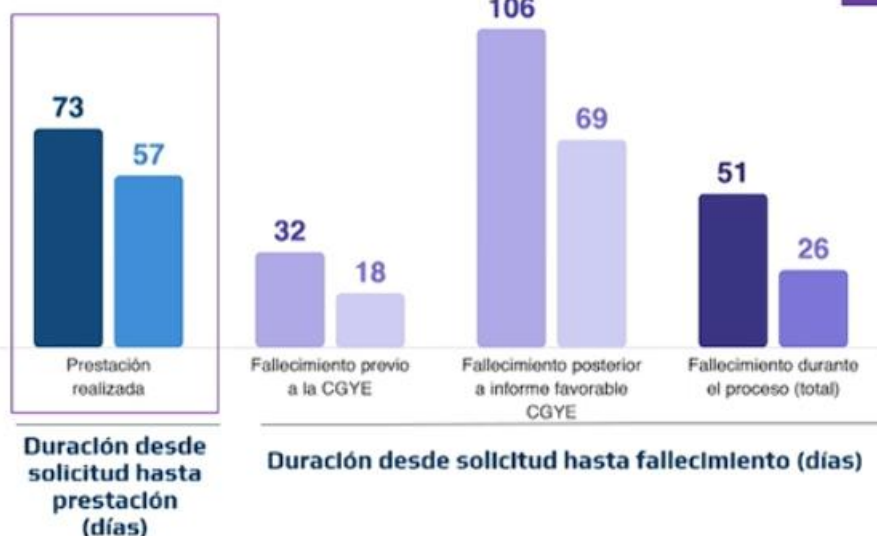
Patología	Núm	%
Neurológica	260	46,0
Oncológica	172	30,4
Otra	82	14,5
Cardiovascular	25	4,4
Respiratoria	25	4,4
Pluripatología	10	1,8
Reumatología y patología osteomuscular	3	0,5
Total	565	100

33

Fallecimientos durante el proceso. Plazos (2025)

■ Media (días) ■ Mediana (días)

**Total: 374
fallecimientos**



Denegaciones

Total: 157 denegaciones

13% de los procesos finalizados

Informe favorable MR:

☐ Sí ☒ No

Informe favorable MC:

☐ Sí ☒ No

Informe favorable CGE:

☐ Sí ☒ No

Proc. Finalizados	Denegaciones	% sobre proc. finalizados
938	135	14%
752	29	4%
678	13	2%

177
denegaciones

Denegaciones

Total: 157 denegaciones

13% de los procesos finalizados

Informe favorable MR:

☐ Sí ☒ No

Informe favorable MC:

☐ Sí ☒ No

Informe favorable CGE:

☐ Sí ☒ No

Proc. Finalizados	Denegaciones	% sobre proc. finalizados
938	135	14%
752	29	4%
678	13	2%

177
denegaciones

68
Reclamaciones ante la CGE:

☒ Sí ☐ No

18
reclamaciones aceptadas

Denegaciones

Total: 157 denegaciones

13% de los procesos finalizados



Revocaciones

Total: 91 revocaciones

8% de los procesos finalizados

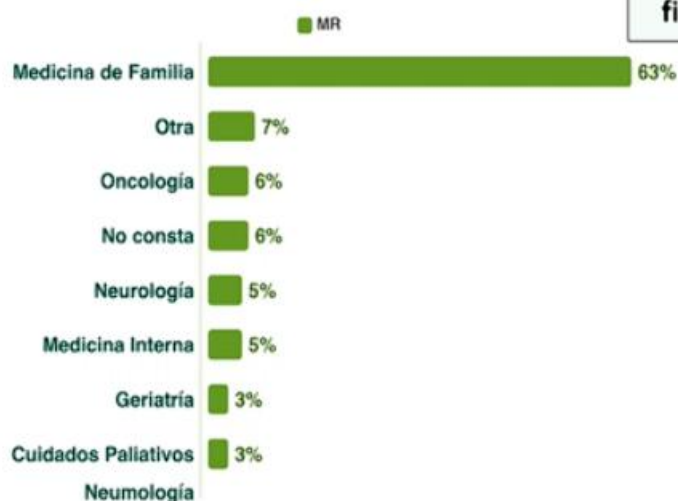
Fase del proceso en que se produce la revocación

Fase de la revocación	N	% sobre revocaciones
Antes de la 2ª solicitud	63	70%
Entre la 2ª solicitud y la resolución de la CGyE	22	24%
Después de la resolución de la CGyE	6	7%
TOTAL	91	7,7%

Contexto asistencial

Especialidad de médicos responsables

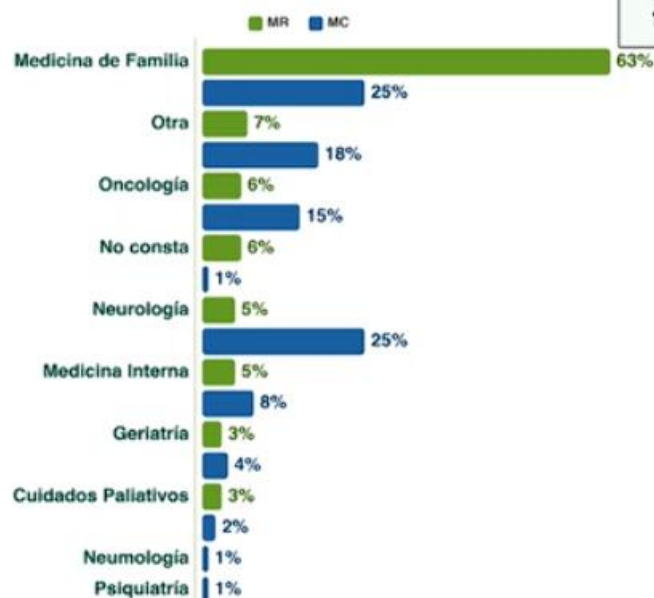
Total: 1.187
procesos
finalizados



Contexto asistencial

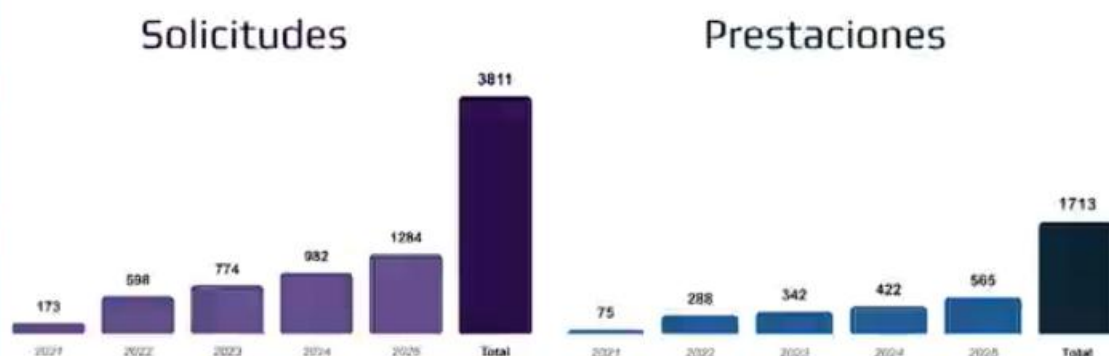
Especialidad de médicos responsables y consultores

Total: 1.187
procesos
finalizados

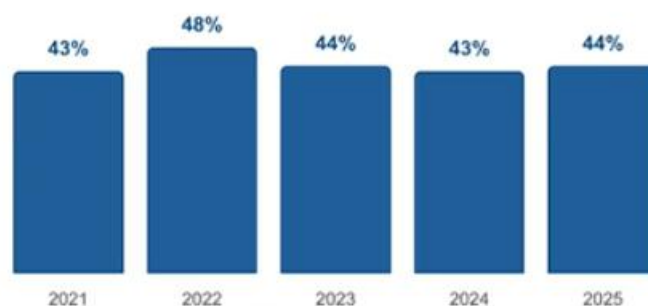


Importancia del equipo asistencial
y las unidades de soporte de las
CCAA

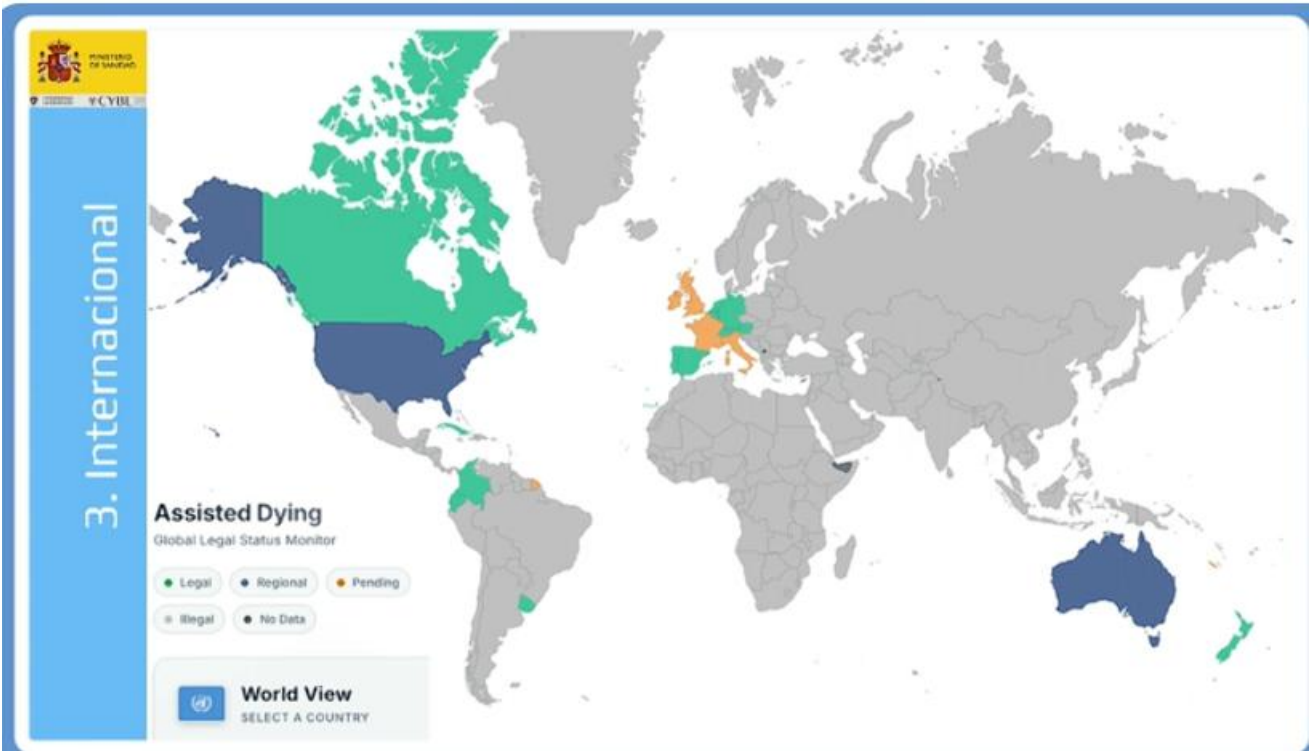
Evolución de solicitudes y prestaciones en cinco años



Evolución de la tasa de aceptación de solicitudes en cinco años



Internacional

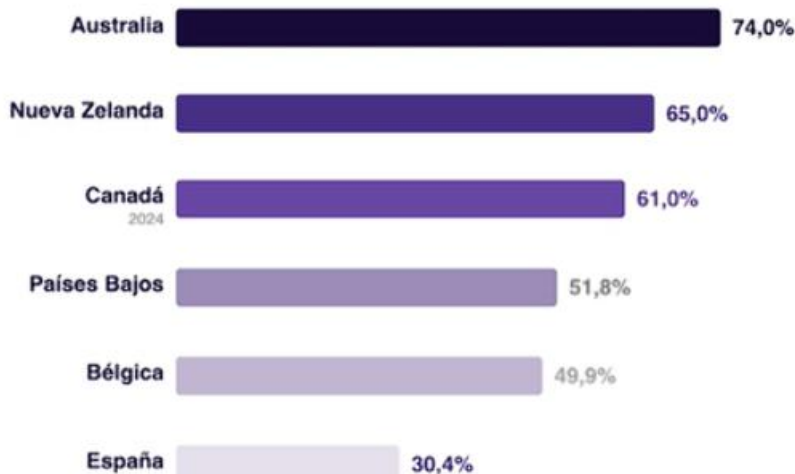


Perfil de pacientes que reciben la eutanasia

Enfermedad oncológica

Comparación internacional (2025)

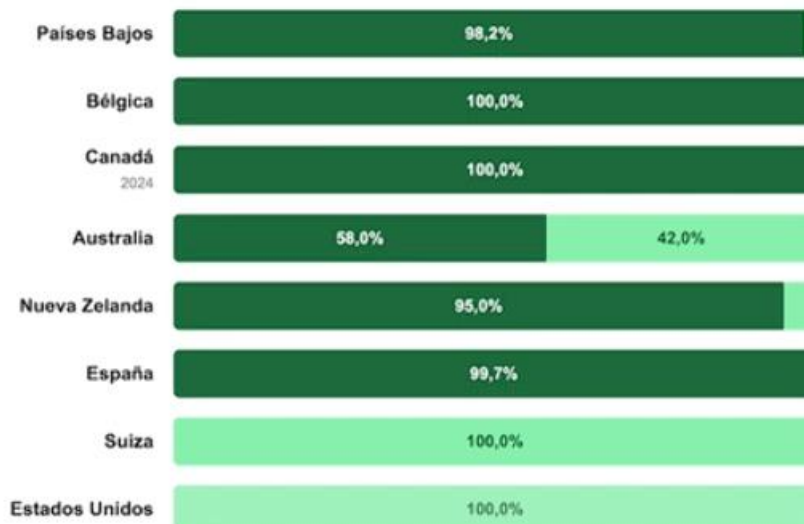
Proporción de personas con enfermedad oncológica como diagnóstico principal entre quienes reciben la prestación de ayuda para morir.



Modalidad de prestación

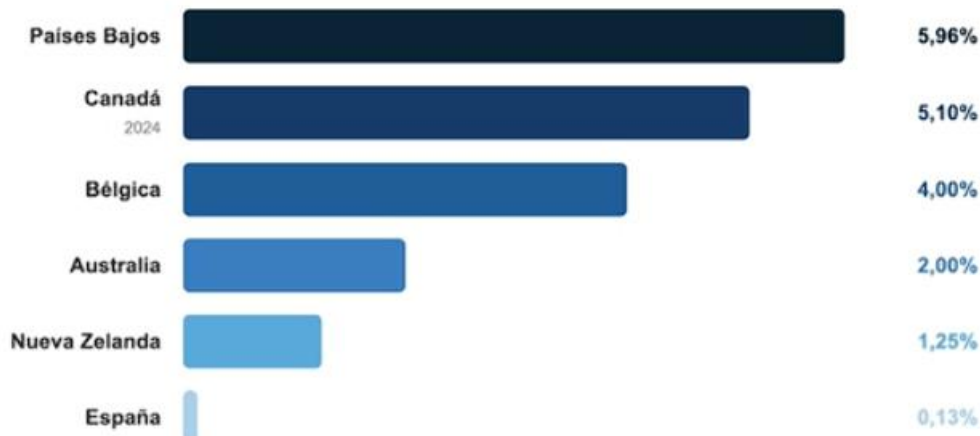
Comparación internacional (2025)

Administración profesional Autoadministración

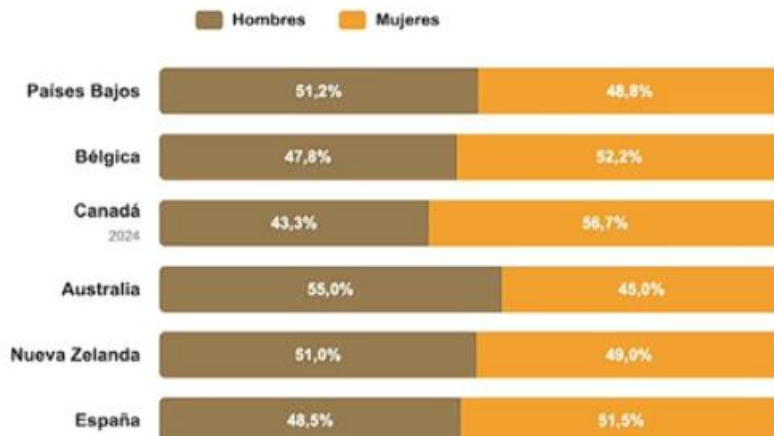


Tasa de mortalidad por prestación de ayuda para morir. Comparación internacional (2025)

Porcentaje de fallecimientos atribuidos a la prestación de ayuda para morir sobre el total de muertes registradas en cada país.



Distribución por género de personas que reciben la prestación Comparación internacional (2025)



Lugar de prestación Comparación internacional (2025)



* Australia: datos expresados como rango según estado, en muestra valor medio aproximado

Donación de órganos tras eutanasia. Comparación internacional

TASA DE DONACIÓN DE ÓRGANOS TRAS LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (%)



España 2025
73 donaciones
12,7% de prestaciones
Estable desde 2022 (~13%)

ESPAÑA — TASA HISTÓRICA DE DONACIÓN



Posteriormente se celebran debates sobre la información planteada Y cierra la Jornada La Ministra de Sanidad Mónica García.