



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Observatori de
Bioètica i Dret
Universitat de Barcelona



Revista de Bioética y Derecho

www.bioeticayderecho.ub.edu – ISSN 1886 –5887

ARTÍCULO

Análisis de la aplicación de la Ley de Eutanasia en España: primeros tres años (2021-2023)

Anàlisi de l'aplicació de la Llei d'Eutanàsia a Espanya: primers tres anys (2021-2023)

Analysis of the application of the Euthanasia Law in Spain: first three years (2021-2023)

Rafael Toro Flores

Rafael Toro Flores. Profesor Honorífico Departamento Enfermería y Fisioterapia, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Alcalá (España). Email: rafael.toro@uah.es. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6892-4419>.



Copyright (c) 2025 Rafael Toro Flores. Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.

Resumen

La ley que regula la eutanasia en España entró en vigor el 25 de junio de 2021. El propósito de este trabajo es analizar la aplicación de dicha ley durante los tres años que lleva en desarrollo (2021-2023). Como metodología de trabajo se ha realizado una revisión descriptiva de informes nacionales e internacionales, normativa jurídica y diversos artículos científicos relacionados con el desarrollo de la prestación de ayuda para morir. Así, desde la entrada en vigor de la ley, se han atendido 1515 solicitudes de prestación de ayuda para morir (PAM) y se han llevado a cabo 726 prestaciones, con una distribución desigual entre las distintas comunidades autónomas. Los solicitantes tienen entre 67 y 70 años, sin diferencias significativas en cuanto al sexo. Las enfermedades más comunes entre los peticionarios son las neurológicas y las oncológicas. La mayoría de las solicitudes y prestaciones se realizan en el ámbito de la asistencia pública y son tramitadas principalmente por médicos/as de familia. El estudio concluye señalando que la ley de eutanasia ha venido a completar el reconocimiento de la autonomía y derechos de los pacientes en la etapa final de la vida. La ley ha logrado proporcionar una respuesta jurídica a la demanda de regulación de la eutanasia, pero aún presenta ciertos problemas que necesitan ser abordados y solucionados.

Palabras clave: Legislación; eutanasia; suicidio asistido; ayuda a morir; muerte asistida.

Resum

La llei que regula la eutanàsia a Espanya va entrar en vigor el 25 de juny de 2021. El propòsit d'aquest article és analitzar l'aplicació d'aquesta llei durant els anys 2021-2023. Com a metodologia de treball s'ha realitzat una revisió descriptiva d'informes nacionals i internacionals, normativa jurídica i diversos articles científics relacionats amb el desenvolupament de la prestació d'ajuda per a morir. Així, des de l'entrada en vigor de la llei, s'han atès 1515 sol·licituds de prestació d'ajuda per a morir (PAM) i s'han dut a terme 726 prestacions, amb una distribució desigual entre les diferents comunitats autònomes. Els sol·licitants tenen entre 67 i 70 anys, sense diferències significatives en quant al sexe. Les malalties més comuns entre els peticionaris són les neurològiques i les oncològiques. La majoria de les sol·licituds i prestacions es realitzen en l'àmbit de l'assistència pública i son tramitades principalment per metges/ses de família. L'estudi conclou assenyalant que la llei d'eutanàsia ha vingut a completar el reconeixement de l'autonomia i drets dels pacients en l'etapa final de la vida. La llei ha aconseguit proporcionar una resposta jurídica a la demanda de regulació de l'eutanàsia, però encara presenta uns certs problemes que necessiten ser abordats i solucionats.

Paraules clau: Legislació; eutanàsia; suïcidi assistit; ajuda per a morir; mort assistida.

Abstract

The law regulating euthanasia in Spain became effective on June 25, 2021. The purpose of this paper is to analyze the application of this law during the first three years of its implementation (2021-2023). As a working methodology, a descriptive review of national and international reports, legal regulations and various scientific articles related to the development of the provision of aid in dying has been carried out. Thus, since the law came into force, 1515 applications for aid in dying benefits (PAM, for its acronym in Spanish) have been processed, and 726 benefits have been provided, with an unequal distribution among the different autonomous communities. The applicants are between 67 and 70 years of age, with no significant differences in terms of sex. The most common diseases among the claimants are neurological and oncological. Most of the requests and benefits are made in the public healthcare setting and are processed mainly by primary care physicians. The study concludes by pointing out that the euthanasia law has come to complete the recognition of the autonomy and rights of patients at the end of life. The law has succeeded in providing a legal response to the demand for regulation of euthanasia, but it still presents certain problems that need to be addressed and resolved.

Keywords: Legislation; euthanasia; assisted suicide; aid in dying; assisted death.

1. Introducción

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (en adelante LORE) entró en vigor el 25 de junio de 2021. El objeto de la Ley es regular el derecho de todas las personas que cumplan las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que hay que seguir y las garantías que se tienen que observar para asegurar el derecho a la prestación de ayuda para morir (en adelante PAM). La PAM consiste en “proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos necesarios previstos en la LORE y que ha manifestado su deseo de morir”¹. La PAM se justifica por el derecho a la libertad y a la autonomía personal. La clave es la eficacia del consentimiento del titular del derecho a la vida que puede renunciar a este derecho o decidir como disfrutarlo².

La prestación incluye dos modalidades: una es la “administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente” y la otra es la “prescripción o suministro al paciente por parte del equipo sanitario de una sustancia, de manera que la propia persona solicitante la pueda tomar o autoadministrar”¹. Ambas prestaciones están incluidas en la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud siendo de financiación pública. No obstante, como señala Seoane et al. la ley “no reconoce un derecho a morir ni un derecho de libertad ilimitado sino sujeto a determinadas condiciones para que cada persona pueda definir cuándo y cómo quiere finalizar su vida”³. Así pues, el nuevo marco jurídico se estructura, través de la despenalización de la eutanasia y el suicidio asistido y mediante el reconocimiento del derecho a solicitar la PAM.⁴ Configurándose como fundamentos de la norma el respeto a la autodeterminación del individuo y su decisión de poner fin a su vida, siempre en el marco de un contexto eutanásico. Este contexto exige que la persona se encuentre en una situación de sufrimiento grave, crónico e incapacitante, o que padezca una enfermedad grave e incurable que le provoque un sufrimiento insoportable, imposible de aliviar bajo condiciones que considere aceptables⁵.

La LORE fue objeto de dos recursos de anticonstitucionalidad que impugnaban el procedimiento de elaboración y su aprobación parlamentaria, además se alegaba que “el derecho fundamental a la vida tiene naturaleza absoluta, es indisponible y el Estado debe protegerlo incluso contra la voluntad de su titular”. El Pleno del Tribunal Constitucional, en dos sentencias del año 2023, avaló la constitucionalidad de la LORE al considerar que la Constitución ampara “un derecho de autodeterminación que permite a la persona decidir de manera libre, informada y consciente el modo y momento de morir en situaciones médicamente contrastadas de enfermedades terminales o gravemente incapacitantes”^{6,7}.

La LORE establece que el Ministerio de Sanidad, utilizando los datos proporcionados por las comunidades autónomas, debe elaborar y publicar un informe anual de evaluación de la aplicación de la ley. Para cumplir con este mandato el Ministerio de Sanidad ha creado el Sistema de Información de Eutanasia (SIE)⁸.

El objetivo de este estudio es analizar la aplicación de la LORE en España desde su entrada en vigor en el año 2021 hasta el año 2023 e identificar los posibles problemas en su aplicación.

2. Material y método

Se ha realizado una revisión descriptiva de los informes nacionales e internacionales, normativa jurídica y diversa literatura científica relacionada con la aplicación de la prestación de ayuda para morir. Las principales fuentes de datos ha sido los Informes de Evaluación Anual sobre la Prestación de Ayuda para Morir de los años 2021, 2022 y 2023 elaborados y publicados por el Ministerio de Sanidad⁸⁻¹⁰ y el Informe anual sobre la aplicación de la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia durante el año 2022 en Cataluña¹¹.

La tasa de mortalidad por PAM de la Tabla 2 se ha calculado dividiendo el número de muertes por PAM en la comunidad autónoma entre la tasa de mortalidad de dicha comunidad y multiplicado el resultado por cien.

En la redacción del trabajo, se ha utilizado IA generativa exclusivamente para mejorar la legibilidad y el lenguaje del texto. El autor ha revisado el contenido para asegurar que no haya incorrecciones ni sesgos.

3. Resultados

Desde junio del año 2021 que entró en vigor la LORE se han presentado 1.515 solicitudes de prestación de ayuda para morir y se han realizado 697 prestaciones. En la Tabla 1 se presenta su distribución por años, incluyendo las prestaciones denegadas y los fallecimientos de los solicitantes producidos durante la tramitación del proceso.

Tabla 1. Solicitudes de ayuda para morir, prestaciones revocadas, aplazadas, denegadas y realizadas, y fallecimientos de las personas solicitantes en el transcurso de la tramitación del procedimiento.

	2021	2022	2023	Total
Solicitudes de prestación recibidas	173 (11,4 %)	576 (38 %)	766 (50,6 %)	1515
Prestaciones revocadas	7 (4 %)	1 (0,2 %)	21 (2,7 %)	29 (1,9%)
Prestaciones aplazadas	6 (3,5 %)	22 (3,8 %)	33 (4,3 %)	61 (4 %)
Prestaciones denegadas	25 (14,5 %)	16 (2,8%)	188 (24,5%)	229 (15,1 %)
Prestaciones realizadas	75 (43,4 %)	288 (50%)	334 (43,6%)	697 (46 %)
Fallecimiento del solicitante durante tramitación del procedimiento	32 (18,5 %)	152 (26,3 %)	190 (24,8 %)	374 (24,7 %)

Fuente: Elaboración propia a partir de los Informes de Evaluación Anual sobre la Prestación de Ayuda para Morir años 2021, 2022 y 2023 publicados por el Ministerio de Sanidad.

De las 229 personas a las que se denegó la solicitud para la prestación, 154 de ellas presentaron una reclamación ante las Comisiones de Garantía y Evaluación (CGyE), de estas 58 (38%) se resolvieron favorablemente para los reclamantes y 96 (62%) de ellas recibieron una resolución desfavorable por parte de la Comisión. Tras la resolución desfavorable de la reclamación por parte de la CGyE, se presentaron 21 reclamaciones ante la jurisdicción contencioso-administrativa⁸⁻¹⁰.

La media de días transcurridos entre la primera solicitud y la realización de la prestación fue de 60 días en 2021, 75 días en 2022 y de 67 días en 2023, resultando en una media de 67,3 días. Durante la tramitación del procedimiento se ha producido el fallecimiento de 374 (24,7 %) solicitantes. Esta cifra puede ser mayor pues en el SIE no se registran aquellas solicitudes que no llegan a tener un informe del médico responsable⁸.

Durante el periodo estudiado, la aplicación de la LORE en las comunidades autónomas ha sido desigual. En Andalucía, con más de ocho millones de habitantes, se realizaron 92 solicitudes de PAM y 51 prestaciones. Sin embargo, en Cataluña, con una población cerca de los ocho millones, se tramitaron 459 solicitudes y se realizaron 214 prestaciones y en el País Vasco, con algo más de dos millones de habitantes, se formalizaron 113 solicitudes y se realizaron 86 prestaciones⁸⁻¹⁰. (Tabla 2).

	2021		2022		2023		Total		
CC.AA.	Solicitudes	Realizadas (%)	Solicitudes	Realizadas (%)	Solicitudes	Realizadas (%)	Solicitudes	Realizadas (%)	Mortalidad por PAM
Andalucía	3	0	46	27 (59%)	43	24 (56%)	92	51 (55%)	0,068 %
Aragón	4	1 (25%)	26	8 (30%)	22	5 (12%)	52	14 (27%)	0,101 %
Asturias	4	1 (25%)	19	8 (42%)	33	9 (27%)	56	18 (32%)	0,138 %
Baleares	9	6 (67%)	22	6 (27%)	37	12 (32%)	68	24 (35%)	0,287 %
Canarias	8	3 (37,5%)	21	10 (48%)	62	25 (40%)	91	38 (42%)	0,213 %
Cantabria	2	1 (50%)	17	10 (37,5)	19	3 (16%)	38	14 (37%)	0,166 %
Castila-La Mancha	2	0	20	7 (35%)	28	9 (32)	50	16 (32%)	0,082 %
Castilla y León	4	1 (25%)	25	10 (40%)	27	12 (44%)	56	23 (41%)	0,082 %
Cataluña	65	29 (45%)	175	91 (52%)	219	94 (43%)	459	214 (47%)	0,316 %
C. Valenciana	10	5 (50%)	46	24 (52%)	56	26 (46%)	112	55 (49)	0,118 %
Extremadura	1	0	11	3 (27%)	2	2 (100%)	14	5 (36%)	0,044 %
Galicia	6	2 (33%)	17	7 (44%)	41	17 (42%)	64	26 (41%)	0,079
Madrid	12	6 (50%)	62	38 (61%)	89	35 (39%)	163	79 (48%)	0,162 %
Murcia	3	2 (67%)	5	2 (40%)	2	2 (100%)	10	6 (60%)	0,049 %
Navarra	4	2 (50%)	19	13 (68%)	24	10 (42%)	47	25 (53%)	0,428 %
País Vasco	34	15 (44%)	40	24 (60%)	58	47 (81%)	113	86 (76%)	0,385 %
Rioja	2	1 (50%)	5	4 (80%)	4	2 (50%)	11	7 (64%)	0,217 %
Ceuta y Melilla	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Total	173	75 (43,3%)	576	288 (50%)	766	334 (44%)	1515	697 (46%)	0,161

Tabla 2. Solicitudes de ayuda para morir y prestaciones realizadas por comunidad autónoma.

Fuente: Elaboración propia a partir de los Informes de Evaluación Anual sobre la Prestación de Ayuda para Morir años 2021, 2022 y 2023 elaborados por el Ministerio de Sanidad y datos de mortalidad por comunidad autónoma del Instituto Nacional de Estadística¹².

En cuanto a las características de los solicitantes, la media de edad es de 67,3 años. El solicitante más joven tenía 29 años y el de mayor edad 97 años. El 51,8 % eran hombres y el 48,2 % mujeres⁸⁻¹⁰.

Las solicitudes tramitadas mediante el procedimiento de la LORE que incluye como requisito que el solicitante sea capaz y consciente en el momento de la solicitud han sido 738 (48,7 %), mientras que las tramitadas por el procedimiento de otorgamiento de instrucciones previas o voluntades anticipadas solo se han realizado 32 (2,1%) y todas ellas con representante legal. En las restantes solicitudes, no se dispone de esta información⁸⁻¹⁰.

Dentro del contexto eutanásico determinado por la LORE: situación de enfermedad grave e incurable y/o un sufrimiento grave, crónico e imposibilitante, las enfermedades de base más frecuentes entre los solicitantes fueron las enfermedades neurológicas (36%) y las oncológica (34,2 %), aunque en el año 2023 se igualan en un 35%⁸⁻¹⁰.

Durante el periodo estudiado, el 95,2 % de las prestaciones se llevaron a cabo en el ámbito público. Los lugares donde principalmente se realiza la prestación son el domicilio del paciente (47,2 %) y el hospital (43,2 %). También se han realizado de forma minoritaria en instituciones sociosanitarias (4,7 %) y en centros no hospitalarios (1,4 %). No constando el lugar de realización en el 3,5 % de las prestaciones⁸⁻¹⁰.

El 95 % de las PAM llevadas a cabo se han realizado por la administración directa de una sustancia por del profesional sanitario competente y solo un 5 % en la modalidad de autoadministración de la sustancia por el propio paciente. Un 13 % de los solicitantes se acogieron a un programa de donación de órganos⁸⁻¹⁰.

En relación con los profesionales médicos a cargo del proceso de tramitación de la solicitud de prestación 854 (75%) son de medicina de familia, 109 de neurología (9,6%), 80 de oncología (7%), 47 de medicina interna (4,1%) y 46 de geriatría (4%). Respecto a la especialidad de los profesionales médicos consultores asignados 288 (35,6 %) fueron neurólogos/as, 175 (21,6%) geriatras, 141 (17,4 %) médicos/as de familia, 134 (16,5 %) oncólogos/as (16,5%) y 72 (8,9 %) internistas⁸⁻¹⁰.

4. Discusión

En el periodo estudiado se puede apreciar un moderado avance en la aplicación de la LORE, en el año 2023 se registraron un 24,8% más de solicitudes de eutanasia que el año anterior. Como ya se ha dicho existe una sustancial diferencia en su implementación según la comunidad autónoma, así comunidades como Navarra, País Vasco y Cataluña, alcanzan tasas de mortalidad por eutanasia de 0,428 %, 0,385 % y 0,316 % respectivamente, mientras que comunidades como Andalucía o Extremadura tiene tasas de 0,068 y 0,044 (Tabla 2). Para tratar de explicar estas diferencias Espericueta señala dos motivos principales, las posibles causas culturales asociadas a entornos diferentes y el retraso en la constitución de algunas Comisiones de Garantía y Evaluación encargadas de resolver las solicitudes de eutanasia¹³. Así, por ejemplo, la CGyE de Andalucía se constituyó en noviembre 2021, cinco meses después de la aprobación de la ley. Sin embargo, la CGyE del País Vasco se creó el 4 junio 2021, varios días antes de la entrada en vigor de la ley. Estos retrasos ocasionaron que algunas comunidades comenzaran a tramitar las solicitudes mucho después de la entrada en vigor de la ley⁸.

En relación con el número de PAM llevadas a cabo llama la atención que las tres comunidades referidas con mayor tasa de mortalidad por PAM también son aquellas donde se otorgan un mayor número instrucciones previas o voluntades anticipadas¹⁴. Esto puede deberse a que las actitudes culturales y los valores sociales en estas comunidades favorecen las decisiones informadas sobre el final de la vida.

El problema de la desigual implementación de la PAM en las distintas comunidades se abordó en 2022 con la creación de la Comisión Estatal de Coordinación de la Eutanasia, que busca armonizar el desarrollo de la PAM. Esta comisión colabora con las Comisiones de Garantía y Evaluación (CGyE) de las diferentes comunidades autónomas para asegurar la homogeneidad y calidad de la prestación en todo el territorio estatal¹⁰.

A pesar del avance señalado en la PAM, en España hasta el año 2023 se habían realizado 697 eutanasias, lo que representa el 0,161% sobre el total de fallecimientos. Estas cifras están muy alejadas de las reportadas en 2023 por países de nuestro entorno, con larga tradición en la ayuda a morir, como Países Bajos con 9068 eutanasias realizadas, lo que supone una tasa del 5,4% del número total de fallecimientos, o Bélgica, con 3.423 eutanasias, alcanzando un 3,1% del total de muertes acaecidas en el país^{15,16}.

El tiempo medio entre la primera solicitud y la realización de la prestación alcanza una media de 67,3 días, tiempo que supera el plazo estimado por la LORE entre 30 y 40 días.

Sin embargo, en Cataluña el tiempo transcurrido entre la primera solicitud y la resolución de la CGAC fue de 42 días, con una gran variabilidad, con un mínimo de 8 días y un máximo de 1.139. No obstante, hay que considerar que estos plazos son muy variables pues tras la resolución favorable de la CGyE, el solicitante tiene hasta dos meses de flexibilidad para recibir la prestación. Hecha esta salvedad, el alargamiento de los plazos de realización de la prestación, junto al estado de enfermedad avanzado, pueden ser las causas del fallecimiento del 24,7% de los solicitantes durante el procedimiento. Los informes del Ministerio de Sanidad recogen como causas más frecuentes de fallecimiento: la insuficiencia respiratoria, la sedación paliativa y el fallo multiorgánico, relacionadas las complicaciones de enfermedades de origen oncológico, neurológica. Llama la atención que la sedación paliativa se considerada como causa de muerte de personas que fallecieron antes de la finalización del procedimiento. El Informe del Ministerio de Sanidad del año 2023 hace referencia a que las causas de este retraso pueden ser debidas a factores como la objeción de conciencia, a la falta de tiempo y la sobrecarga en las agendas de los profesionales sanitarios⁸⁻¹⁰.

El informe emitido por la CGyE sobre la solicitud de la PAM, en caso de ser favorable, servirá como resolución para llevar a cabo la prestación. No obstante, si la resolución fuera desfavorable, la solicitud podrá ser recurrida ante la jurisdicción contencioso-administrativa, siguiendo el procedimiento previsto para la protección de los derechos fundamentales de la persona. Durante el periodo estudiado, se presentaron 154 reclamaciones ante las CGyE, de las cuales el 62% recibieron una resolución desfavorable. De estas, 21 fueron recurridas ante la jurisdicción contencioso-administrativa, obteniendo solo una sentencia favorable al recurrente en el año 2022¹⁷.

Sin embargo, llama la atención que durante el año 2024 han surgido dos casos en los que familiares, de los pacientes que solicitaron la PAM han recurrido las resoluciones favorables de la CGyE a la realización de la prestación. Esta situación no aparece contemplada en la LORE quizá por entender el legislador que “quien solicitó la eutanasia no habría de recurrir su concesión, o que ningún tercero estaría legitimado para ello”¹⁸. La solución en ambos casos ha sido distinta. En uno de ellos la juez ha fallado a favor de la resolución favorable emitida por la CGyE, desestimando el recurso interpuesto por el padre del paciente¹⁹. En el otro caso, la juez a petición del padre de la paciente ha acordado una “medida cautelar inaudita parte” es decir, sin escuchar a la otra parte del proceso que es la paciente solicitante de la PAM, fundamentando la decisión en “la urgencia del caso y los perjuicios irreparables que se pueden ocasionar”²⁰.

Tanto en la LORE y como en las legislaciones de otros países, los familiares no tienen una posición formal en la PAM. Sin embargo, resulta interesante el estudio realizado por Renckens et al. en los Países Bajos, que muestra que el 80% de los médicos/as consideran importante conocer la opinión de los familiares para facilitar la aceptación y el apoyo en la muerte asistida. No obstante, solo un 35% tomaría en cuenta esta opinión para la decisión final. Las razones para no involucrar a los familiares incluyen proteger la autonomía del paciente y evitar decisiones difíciles para ellos²¹. En el caso español, el “Manual de buenas prácticas de la eutanasia” elaborado por el Ministerio de Sanidad, señala que parece razonable la participación de la familia en el proceso deliberativo máxime en los supuestos que la persona solicita la realización de la prestación en el ámbito familiar y en su domicilio²².

En relación con las características de las personas solicitantes el mayor número de solicitante se sitúa en una franja de edad de 65 a 79 años, sin grandes diferencias en relación con el sexo y las patologías de base mayoritarias son enfermedades neurológicas y oncológicas, con tendencia al aumento de estas últimas, con un porcentaje elevado de las mismas en situación muy avanzada de su enfermedad terminal. Estos datos son similares a los que presentan países como Bélgica y Países Bajos^{15,16}.

En relación con los profesionales médicos que participan en el procedimiento de solicitud prestación la mayoría de los responsables son médicos/as de familia. En cuanto a los/las médicos/as consultores, las especialidades predominantes son neurología y geriatría, en el caso de esta última especialidad debido a la edad de los solicitantes.

La LORE no menciona de manera explícita a los profesionales de enfermería, si bien es verdad que el “Manual de buenas prácticas en eutanasia” asigna a estos profesionales el cuidado del paciente²². Los Informes del Ministerio de Sanidad no hacen referencia a la participación del personal de enfermería en la PAM, pero si lo hace el Informe de la CGAC de Cataluña recogiendo que “los profesionales de enfermería han estado presentes en todo el proceso de recepción de la solicitud, acompañamiento del paciente, participación en el proceso deliberativo, administración de la medicación, primeros cuidados post mortem y apoyo a familiares. Han aportado una visión integradora, considerando aspectos humanos y técnicos”⁸. Otros países donde la muerte asistida está legalizada han dado una mayor relevancia al papel desempeñado por la enfermería. Así, en Bélgica, Nueva Zelanda y Australia Occidental el personal de enfermería como integrantes del equipo de salud colaboran en el proceso deliberativo. En Canadá, participa en la evaluación de la capacidad del paciente, facilita información sobre la prestación de la ayuda, apoya al paciente y a su familia durante todo el proceso, y proporciona cuidados después de la muerte ^{23, 24}. En España el personal de enfermería debería tener un mayor protagonismo en el procedimiento de la PAM máxime cuando la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias las reconoce como el

profesional que realiza “la prestación personal de los cuidados...en las distintas fases del proceso de atención de la salud” señalando además que “La atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial”²⁵. Especialmente considerando que, según el Barómetro Sanitario 2023 del Ministerio de Sanidad, los aspectos mejor valorados por los usuarios son la confianza y seguridad que inspiran los profesionales de enfermería, seguido por su conocimiento y seguimiento de los problemas de salud de los pacientes, así como la calidad de la información proporcionada por estos profesionales²⁶.

El informe de la CGAC de Cataluña también destaca de forma especial el papel de los profesionales del ámbito del trabajo social y de la psicología en sus labores de asesoramiento, apoyo y acompañamiento a pacientes, familiares y profesionales sanitarios¹¹.

La LORE recoge el derecho de objeción de conciencia (OC) señalando: “Los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito”¹. También recoge la creación de un registro de profesionales sanitarios objetores a realizar la PAM con el fin de “facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la PAM” pues la misma ley indica que “el acceso y la calidad asistencial de la prestación no pueden resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria”¹. En este sentido Tarodo et al. señalan que el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia debe considerarse una excepción que, en ningún caso, puede comprometer el acceso y la calidad asistencial de los servicios prestados²⁷ y la CGAC de Cataluña señala que “hay que ser especialmente cuidadosos al interpretar este derecho, evitando interpretaciones excesivamente amplias que lo vacíen de contenido. Por lo tanto, la expresión “profesionales sanitarios directamente implicados en la realización de la PAM” debe interpretarse de manera restrictiva. Es decir, solo pueden invocar la objeción de conciencia aquellos profesionales que realizan los actos de aplicación estricta o de ejecución de la PRAM”²⁸.

Los informes del Ministerio de Sanidad no proporcionan datos sobre el número de objetores. Sin embargo, según el periódico EL PAÍS, a finales del año 2022 en España había aproximadamente 9.300 profesionales sanitarios registrados como objetores de conciencia a la PAM, estos datos suponen el 1,3 % de los 700.000 profesionales sanitarios colegiados²⁹. En esta cuestión también existe diferencia entre las comunidades. Albert Tuca, presidente de la CGAC de Cataluña, analizando el primer año de entrada en vigor de la LORE, señala que existe una relación inversa entre el número de profesionales sanitarios objetores y el número de solicitudes para

realizar la ayuda para morir, así en las comunidades donde hay más profesionales objetores se contabilizan menos solicitudes de PAM³⁰. Sirvan de ejemplo Cataluña y la Comunidad de Madrid, en la primera en el primer año de aplicación de la LORE había registrados 167 objetores y se realizaron 137 prestaciones, mientras que en la Comunidad de Madrid con un registro de 2.820 objetores se realizaron 19 prestaciones. Dada la sensibilidad y la controversia del tema tratado muchos profesionales no hacen pública su objeción para evitar conflictos o estigmatización, además no se debe olvidar que los registros de objetores están sometidos al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal.

Otro desafío relacionado con la objeción de conciencia en el contexto de la PAM son la pseudo-objeción y la cripto-objeción. La primera se define como una 'falsa objeción' que carece de fundamentos sólidos, mientras que la segunda alude a objeciones que no se manifiestan de forma abierta, sino que están ocultas o disfrazadas. Ambos casos pueden generar retrasos injustificados en la gestión de la PAM, lo que resulta una vulneración de los derechos de los pacientes que solicitan esta prestación³¹.

Como reflexión final hay que señalar que la LORE es una ley compleja que implica desafíos médicos, legales y sociales. En relación con los desafíos médicos, es necesario mejorar la formación de los profesionales sanitarios que participan en la PAM, ya que esta prestación no es una práctica asistencial más, sino que necesita una atención de excelencia³². La formación debería incluir competencias técnicas relacionadas con los procedimientos para llevar a cabo la PAM, formación para realizar los procedimientos dentro del marco ético y legal, formación en comunicación, deliberación, apoyo emocional y psicológico, todo ello para proporcionar una atención de calidad, respetando los derechos y preferencias del paciente, y cumpliendo con las normativas éticas y legales.

El procedimiento para llevar a cabo la PAM recoge que tras la primera solicitud se debe iniciar un proceso deliberativo entre el médico responsable (MR) y el paciente. Según los resultados de este estudio el 75% de los MR son médicos de familia. En la actualidad estos profesionales se enfrentan a una sobrecarga laboral que afecta a la accesibilidad sanitaria. Las repercusiones son evidentes, según datos del Ministerio de Sanidad, el peor aspecto valorado en Atención Primaria es el tiempo dedicado a cada paciente. En estas condiciones resulta evidente la dificultad existente para llevar a cabo un buen proceso deliberativo médico-paciente en los casos de petición de ayuda para morir. La falta de tiempo puede comprometer el derecho de las personas a solicitar la PAM. Mejorar la accesibilidad a Atención Primaria requiere más recursos humanos, tiempo para dedicar a la atención a los pacientes, autonomía para gestionar agendas y racionalización de tareas³³.

Las medidas señaladas junto con el apoyo psicológico y emocional a los profesionales sanitarios pueden resultar eficaces para combatir las falsas objeciones.

También es necesario mejorar la tramitación del proceso para disminuir el tiempo transcurrido entre la solicitud y la realización de la prestación, que en la actualidad supera el plazo estimado en la ley y puede llevar al fallecimiento de los solicitantes durante el proceso.

En relación con los desafíos jurídicos, Paradela y Jima señalan que sería conveniente una regulación más explícita sobre la asistencia a la muerte para pacientes con trastornos mentales que incluya la evaluación de la capacidad y consciencia en la toma de decisiones al solicitar la PAM, y la valoración de la existencia de un "padecimiento grave, crónico e imposibilitante" con sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable³⁴. En este sentido el Tribunal Constitucional ha aclarado que la LORE no permite incluir entre tales padecimientos la "enfermedad psicológica" o, incluso la "depresión"⁶.

Para los autores señalados también sería conveniente aclarar la participación de terceros en la autoadministración de la sustancia letal, para así evitar interpretaciones erróneas de posibles delitos de cooperación al suicidio. Una interpretación flexible, de esta cuestión, debería permitir la colaboración adicional de terceros, siempre que respete la prescripción médica y la ley³⁴.

Como señala Ruiz Rico-Ruiz otro de los desafíos jurídicos al que se enfrenta la PAM es su construcción como derecho fundamental, aunque en principio se presenta como un derecho prestacional de "ayuda a morir", vinculado al derecho a la vida, la integridad física y moral, la dignidad y la libertad. Sin embargo, desde una perspectiva constitucional, presenta problemas como la exclusión de menores y personas sin capacidad para decidir³⁵.

Por otro lado, Seoane et al. señalan que hubiera sido deseable complementar la regulación de la PAM con una ley sobre los derechos y garantías de las personas en proceso de morir que reprodujese a nivel estatal la normativa que diferentes comunidades autónomas han aprobado en los últimos años y que incluye entre otras cuestiones la garantía de acceso a unos cuidados paliativos integrales y de calidad a todos los pacientes que lo precisen³. En el mismo sentido, Martínez Navarro subraya la importancia de establecer un "sistema universal de cuidados paliativos" dentro del sistema público de salud, evitando concebir la PAM y los cuidados paliativos como opciones disyuntivas o antagonistas⁴. Por lo que sería deseable una ley estatal que abordara de manera integral los cuidados paliativos dando una mayor seguridad jurídica a los ciudadanos de aquellas comunidades autónomas desprovistas de una regulación legal específica como son las leyes autonómicas en materia de derechos de los pacientes en el final de la vida³⁶.

Desde la perspectiva social el propio Informe del Ministerio de Sanidad del año 2023 destaca como limitaciones a la aplicación de la ley factores como el desconocimiento de la prestación entre la ciudadanía y la objeción de conciencia de algunos sanitarios. También señala la necesidad de mejorar el Sistema de Información de Eutanasia (SIE), en lo que respecta a la modificación y a la ampliación de nuevos indicadores que faciliten un análisis más profundo de las solicitudes y su evolución.

Por lo expuesto, resulta fundamental que las administraciones e instituciones responsables de garantizar el correcto ejercicio la PAM, habiliten los mecanismos oportunos para difundir entre los ciudadanos este derecho y faciliten la formación continua de los profesionales involucrados en la prestación. En este sentido resultan interesantes las figuras desarrolladas en Cataluña del “Referente territorial o institucional” y de la “Oficina de prestación de ayuda a morir” formada por un profesional de la medicina y otro especialista en derecho. La tarea principal de estas entidades es dar apoyo, acompañar y resolver dudas a los profesionales que reciben la solicitud y realizan la prestación de ayuda para morir para facilitar la aplicación de la LORE¹¹.

En relación con los desafíos a los que se enfrenta la LORE la magistrada del Tribunal Constitucional M.L Balaguer sostiene que “los primeros años deberán ser de experiencia en su aplicación, y generaran una jurisprudencia que permitirá ir clarificando los distintos aspectos de los problemas que se planteen, pero en todo caso, siempre debe haber unas garantías para la solución de estos conflictos, de manera que quede garantizado el derecho”³⁷.

Las limitaciones del estudio están relacionadas con los datos primarios recogidos en los Informes del Ministerio de Sanidad obtenidos a través de la aplicación informática Sistema de Información de Eutanasia (SIE). Los propios Informes reconocen la existencia de algunas lagunas en la recogida de datos, por lo que los datos aportados pueden resultar insuficientes para generar conclusiones definitivas sobre la PAM.

5. Conclusiones

La entrada en vigor de la LORE en junio de 2021 vino a completar la evolución jurídica del reconocimiento de la autonomía y de los derechos de los pacientes en la etapa final de la vida. Aunque ha cumplido con su propósito, aún hay aspectos que deben mejorarse.

Las tasas de mortalidad por eutanasia han mostrado un lento crecimiento indicando que la PAM todavía es una opción minoritaria entre la población. Además, su aplicación ha evidenciado importantes desigualdades entre las distintas comunidades autónomas, lo que ha suscitado críticas en torno a la equidad en el acceso a este derecho. Asimismo, estas disparidades dificultan la posibilidad de alcanzar conclusiones uniformes a nivel estatal.

El perfil de los solicitantes es similar al de los países de nuestro entorno donde está legalizada la ayuda a morir, siendo pacientes mayores de 65 años con capacidad para decidir que padecen principalmente enfermedades neurológicas y oncológicas. La eutanasia es la modalidad elegida por la mayoría de los solicitantes y es realizada principalmente en la atención primaria de la sanidad pública.

En el caso de personas con trastornos mentales que solicitan la PAM, es fundamental encontrar un equilibrio entre la protección individual y el respeto a la autonomía personal, considerando cuidadosamente la evaluación de la capacidad, la coherencia de las decisiones y la presencia de un padecimiento grave, crónico e intolerable.

Los procedimientos de solicitud y de realización de la PAM repercuten de forma directa en los profesionales sanitarios que atienden al paciente al final de la vida, resultando fundamental el rol de los médicos/as de familia. También, sería recomendable ampliar la participación de las enfermeras/os en el proceso de ayuda a morir, reconociendo su relevancia en todas las fases de la PAM, promoviendo así una atención integral y multidisciplinar.

La formación continuada de los profesionales sanitarios que participan en la PAM es fundamental para garantizar un enfoque ético, técnico y humano en cada caso. Esta formación redundará en beneficio de los derechos de los pacientes y en el respaldo a los profesionales en su labor.

El legítimo ejercicio de la objeción de conciencia de los profesionales implicados debe ser una excepción que no debe comprometer el acceso ni la calidad de la prestación de ayuda a morir.

En relación con los desafíos médicos, es esencial optimizar el proceso de deliberación para brindar al médico responsable más tiempo de análisis. Asimismo, se deben reducir los plazos de tramitación de la PAM para evitar el fallecimiento de solicitantes de la prestación durante dicho proceso.

La PAM y los cuidados paliativos son procesos no excluyentes, pero sería deseable una ley estatal que aborde de manera integral los cuidados paliativos.

En definitiva, la mejora de la implementación de la LORE requiere esfuerzos y determinación de todas las partes implicadas en el proceso, siendo necesario efectuar ciertos ajustes jurídicos, proporcionar información a la ciudadanía y ofrecer una mayor formación y apoyo a los profesionales sanitarios implicados en la prestación.

Referencias bibliográficas

1. Ley Orgánica 3/2021, de 24 d marzo, de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado de 25 de marzo de 2021, núm. 72.
2. Corcoy Bidasolo M. (2024) Principio de autonomía y derecho a la ayuda a morir: Regulación de la eutanasia. *Rev Bio y Der.* [internet]; 61: 109 a 124 - DOI 10.1344/rbd2024.61.46585.
3. Seoane Ja, Cruz Valiño Ab, Valdés Paredes A. (2022) Fortalezas y debilidades de la regulación española de la eutanasia. *AMF-semFYC*; 18 (5): 255 a 260.
4. Martínez Navarro JA. (2022) El derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir: un debate desde la Bioética y el Derecho. *Rev Bio y Der.* ;52:233-250. DOI 10.1344/rbd2021.54.35349.
5. Berrocal Lacelot Ai. (2021) La regulación de la eutanasia y del suicidio asistido en España. Análisis jurídico-crítico de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo. *Rev Aranzadi Doctrinal*; nº 6.
6. 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. Boletín Oficial del Estado de 25 de abril de 2023, núm. 72.
7. 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. Boletín Oficial del Estado de 12 de octubre de 2023, núm. 244.
8. Ministerio Sanidad. Dirección Salud Pública. Informe de evaluación anual 2023 sobre la prestación de ayuda para morir. Madrid: Ministerio Sanidad; 2023.
9. Ministerio Sanidad. Informe anual 2021 de la prestación de ayuda para morir. Madrid: Ministerio Sanidad; 2021.
10. Ministerio Sanidad. Dirección Salud Pública. Informe de evaluación anual 2022 sobre la prestación de ayuda para morir. Madrid: Ministerio Sanidad; 2022.
11. Generalitat de Catalunya. Comissió de Garantía i Avaluación de Catalunya (CGAC). Informe anual sobre la aplicación de la Ley orgánica de regulación de la eutanasia durante el año 2022 en Cataluña. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud; 2023.
12. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Fenómenos demográficos 2023. <https://public.tableau.com/views/Fenmenosdemogrificos/Muerte?%3AshowVizHome=no&%3Aembed=true>.
13. Espericueta L. (2023) Primer informe oficial de la eutanasia en España: comparación con las experiencias canadiense y neozelandesa. *Medicina Clínica* 161 445 a 447. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2023.06.014> 0025-7753.

14. Ministerio de Sanidad. Registro Nacional de Instrucciones Previas. *Declarantes_con_Instruccion_Previa_Activa_por_Comunidad_Autonoma_ysexo_Enero-2024.pdf*.
15. Países Bajos. Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (CRV). Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia abril 2024. <https://www.euthanasiecommissie.nl>.
16. Bélgica. Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie. Communiqué de presse CFCEE - Chiffres de l'année 2023. Communiqué de presse CFCEE - Chiffres de l'année 2023 | Santé Publique.
17. Sentencia del Juzgado Contencioso Administrativo de Valladolid. 105/2022 (Sección nº 4), de 15 julio de 2022. <https://dmd.cat/attachments/article/712/2%20-%20Sentència%20Jutjat%20C-A%204%20Valladolid%20num%20105-2022%20de%2015%20juliol%20-%20Prestación%20d'ajut%20per%20morir.pdf>.
18. Auto 424/2024.Tribunal Superior de Justicia de Cataluña. Sala de lo Contencioso de 18 de septiembre de 2024.
19. Auto Juzgado de lo Contencioso Administrativo de Barcelona 3/2024 (Secc. 12), de 7 de noviembre de 2024.
20. Auto. Juzgado de lo Contencioso Administrativo de Barcelona 4/2024 (Secc. 5), de 1 de agosto de 2024.
21. Renckens Sc, Onwuteaka-Philipsen Bd, Van Der Heide A, Pasmaan Hr. (2024) Physicians' views on the role of relatives in euthanasia and physician-assisted suicide decision-making: a mixed-methods study among physician in the Netherlands. *BMC Med Ethics*. 2024 Apr 5;25(1):43. DOI: 10.1186/s12910-024-01031-1.
22. Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Manual de buenas prácticas en eutanasia. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021.
23. Ferrer Arnedo C, Delgado Antolín Jc, Toro Flores R. (2024) Participación de la enfermera en la ayuda para morir. A propósito de la ley que regula la eutanasia. *Bioética Complutense* 41 (2021). 24 a 29. https://www.ucm.es/data/cont/docs/1634-2021-07-16-Bioética%20Complutense%2041_.pdf.
24. Bellón F, Mateos Jt, Pastells-Peiró R, Espigares-Tribó G, Rubinat-Arnaldo E. (2022) The role of nurses in euthanasia: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies* 134 - 10428. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104286>.
25. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado de 22 de noviembre de 2003, núm. 280.
26. Ministerio Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. Informe Barómetro Sanitario 2024 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2024/BS_2024_Totales/Informe_BS_2024.pdf.

27. Tarodo S, Triviño R, Díaz Cobacho G. (2022) Eutanasia y libertad de conciencia: derechos y obligaciones de los profesionales. *AMF-semFYC*; 18 (5): 272 a 278.
28. Comissió de Garantia i Avaluació de Catalunya (CGAC). Objeció de consciència i PRAM. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2022.
29. Mateo J.J. (2023) 9.300 objetores: el 1,3% de los sanitarios españoles se niega a practicar la eutanasia. EL PAÍS [internet]. 9 de marzo de 2023. [Consultado: 29 diciembre 2024]. Disponible: 9.300 objetores: el 1,3% de los sanitarios españoles se niega a practicar la eutanasia | Sociedad | EL PAÍS.
30. Punzano D. (2024) Los médicos objetores de eutanasia “espantan” la demanda de los pacientes. *Redacción Médica* [internet]. 30 de mayo de 2024. <https://www.redaccionmedica.com/autonomias/cataluna/los-medicos-objetores-de-eutanasia-espantan-la-demanda-de-los-pacientes-959925>.
31. Gracia D, Rodríguez Sendín Jj (DIR.) (2008) *Ética de la Objeción de conciencia*. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud; 2008. pp. 5 y 6.
32. Melguizo M, Sánchez Mariscal D, Gallego Royo A. (2022) Prestación de ayuda médica para morir. *AMF-semFYC*; 18 (5): 279 a 290.
33. Añel Rodríguez Rm, Palacio Lapuente J. (2022) Atención urgente y en el día: cómo abordar los problemas causados por la sobrecarga de la Atención Primaria. *AMF* 2022;18(2); 94 a 102.
34. Paradela-López M, Jima González A. (2023) Analyzing the Spanish Euthanasia Law: Achievements and inconsistencies of the legal assistance to die. *Rev Bio y Der*. 58: 147 a 164. DOI 10.1344/rbd2023.58.39990.
35. Ruíz Ruíz-Rico C. (2023) El derecho fundamental a eutanasia y su problemática constitucional en España. *Rev Bio y Der.*; 58: 129-146. DOI 10.1344/rbd2023.58.39850.
36. Díaz Vales F. (2023) La normativa madrileña sobre cuidados paliativos: Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir En Lledó L, Hernández H, Rodríguez Zapata (Edit.). (2023) *Cuidados Paliativos: una visión multidisciplinar*. Alcalá de Henares: Editorial UAH; pp. 60 y 61.
37. Redacción DMD. (2024) Entrevista a María Luisa Balaguer. *Revista Derecho a Morir Dignamente* [internet]. Segundo semestre de 2024; 9:3841. Disponible: https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2024/11/DMD-92_calidad-Media.pdf.

Fecha de recepción: 27 de enero de 2025.

Fecha de aceptación: 20 de marzo de 2025.

Fecha de publicación: 16 de junio de 2025.