¿Cómo se ha legislado sobre la muerte asistida?

Bélgica, España, Países Bajos y Nueva Zelanda

Autores

Pamela Cifuentes
pcifuentes@bcn.cl

Eduardo Goldstein
egoldstein@bcn.cl

Comisión

Elaborado para la Comisión de Salud del Senado en el marco del estudio del proyecto de ley sobre el Derecho a optar voluntariamente para recibir asistencia médica con el objeto de acelerar la muerte en caso de enfermedad terminal e incurable (Boletín 7736-11 y otros).

Nº SUP: 147866

Resumen

Se describen los marcos jurídicos que regulan la eutanasia y el suicidio asistido en una selección de países que han adoptado legislaciones específicas en esta materia. A través de una revisión de sus requisitos legales, procedimientos, mecanismos de control, y régimen de responsabilidades, se busca ofrecer una visión comprensiva de los distintos modelos normativos que abordan el derecho a morir dignamente. Dentro de los hallazgos, se encuentra lo siguiente:

Edad y capacidad de decisión. Países Bajos y Bélgica contemplan requisitos diferenciados según grupos etarios, especialmente para menores, pero siempre se exige capacidad de discernimiento. Nueva Zelanda y España requieren mayoría de edad de 18 años y capacidad jurídica plena.

Condiciones médicas habilitantes. Todos exigen sufrimiento insoportable por enfermedad grave e incurable y carencia de alternativas razonables. España incorpora también padecimientos crónicos e imposibilitantes. Nueva Zelanda combina enfermedad terminal, deterioro irreversible y sufrimiento intolerable como requisitos conjuntos.

Control profesional y estatal. La gobernanza varía entre países. Esto es con mayor énfasis en el control clínico ex ante, como la doble verificación médica más detallado en Bélgica; o en la evaluación estatal ex post, mediante comités regionales, autoridades sanitarias o forenses, como en el caso de Países Bajos. España destaca por su doble control estatal, previo y posterior a cargo de comisiones autonómicas.

Declaraciones anticipadas de voluntad. Permitidas en Países Bajos, Bélgica y España, pero con condiciones; no permitidas en Nueva Zelanda. Sólo Bélgica y Países Bajos las reconocen para demencia avanzada.

Objeción de conciencia. Los cuatro modelos reconocen el derecho del personal médico a no participar. España, Bélgica y Nueva Zelanda regulan formalmente la objeción por escrito y, en algunos casos, imponen deberes de derivación o registro. En Países Bajos, la objeción está implícita en la práctica médica y reforzada por guías profesionales.

Régimen sancionador y responsabilidades. Todos sancionan penalmente a quienes actúen fuera del marco legal.

Tendencias de aplicación. Países Bajos y Bélgica muestran un crecimiento sostenido de casos notificados, mayoritariamente en pacientes de edad avanzada y con enfermedades oncológicas. En ambos países, más de la mitad de los casos tuvieron lugar en el domicilio del paciente. En Países Bajos, la tasa de casos por mortalidad total es mayor que en Bélgica, estimándose que éstas alcanzaron el 5,8% y 3,6% del total de defunciones en el año 2024, respectivamente.

Índice

Introducción ... 3
I. Contexto y evolución internacional ... 5
1. Naturaleza y alcances de la legalización en otros países ... 6
2. Datos demográficos sobre la aplicación de leyes de muerte asistida ... 7
II. Legislación comparada ... 9
1. Países Bajos ... 9
1.1. Requisitos de elegibilidad del paciente ... 10
1.2. Procedimiento y obligaciones del médico tratante ... 11
1.3. Mecanismos de control y evaluación del procedimiento ... 12
1.4. Declaración anticipada de voluntad ... 12
1.5. Responsabilidad jurídica por incumplimiento del procedimiento ... 13
1.6. Objeción de conciencia de profesionales de la salud ... 13
2. Bélgica ... 13
2.1. Requisitos de elegibilidad del paciente ... 14
2.2. Procedimiento y obligaciones del médico tratante ... 15
2.3. Mecanismos de control y evaluación del procedimiento ... 16
2.4. Declaración anticipada de voluntad ... 16
2.5. Responsabilidad jurídica por incumplimiento del procedimiento ... 16
2.6. Objeción de conciencia de profesionales de la salud ... 17
3. Nueva Zelanda ... 17
3.1. Requisitos de elegibilidad del paciente ... 17
3.2. Procedimiento y obligaciones del médico tratante ... 18
3.3. Mecanismos de control y evaluación del procedimiento ... 19
3.4. Declaración anticipada de voluntad ... 20
3.5. Responsabilidad jurídica por incumplimiento del procedimiento ... 20
3.6. Objeción de conciencia de profesionales de la salud ... 21
4. España ... 21
4.1. Requisitos de elegibilidad del paciente ... 21
4.2. Procedimiento y obligaciones del médico tratante ... 22
4.3. Mecanismos de control y evaluación del procedimiento ... 22
4.4. Declaración anticipada de voluntad ... 23
4.5. Responsabilidad jurídica por incumplimiento del procedimiento ... 23
4.6. Objeción de conciencia de profesionales de la salud ... 24
Referencias ... 24

Introducción

El siguiente informe ha sido elaborado en respuesta a una solicitud de la Comisión de Salud del Senado, en el marco de la discusión legislativa del proyecto de ley sobre "el Derecho a optar voluntariamente para recibir asistencia médica con el objeto de acelerar la muerte en caso de enfermedad terminal e incurable".[1] Su objetivo es aportar antecedentes jurídicos y comparados que sirvan de insumo para el análisis técnico y normativo de la discusión del proyecto de ley señalado.

En las últimas dos décadas, diversos países han avanzado en la regulación de la muerte médicamente asistida (MMA), entendida como el conjunto de prácticas que comprenden la eutanasia y el suicidio asistido. Aunque en la mayoría de los sistemas jurídicos sigue siendo una conducta penalizada, la aprobación de leyes específicas ha permitido crear excepciones que, bajo requisitos estrictos y salvaguardias, ofrecen una alternativa frente al sufrimiento físico o psíquico insoportable de pacientes con enfermedades graves e incurables.

Con este propósito se han seleccionado cuatro países: Países Bajos, Bélgica, España y Nueva Zelanda. La selección de estos cuatro países obedece a que todos ellos cuentan con leyes específicas que regulan la eutanasia y/o el suicidio asistido, lo que permite revisar modelos normativos consolidados y diversos. Países Bajos y Bélgica destacan como jurisdicciones pioneras en esta materia, al haber aprobado tempranamente leyes específicas en 2001 y 2002, respectivamente, lo que otorga una trayectoria más extensa en su aplicación. La elección se completa con España, que comparte una tradición jurídica afín a la chilena, mientras que Nueva Zelanda, representa un caso singular, ya que su ley aprobada por el parlamento fue ratificada mediante referéndum vinculante, otorgando así legitimidad democrática directa al proceso, a diferencia del procedimiento exclusivamente parlamentario seguido en los otros tres países europeos.

El informe se estructura en dos capítulos principales, el Capítulo I denominado Contexto y evolución internacional, presenta el contexto internacional de la muerte médicamente asistida, su evolución legislativa, naturaleza jurídica y datos demográficos de aplicación en países pioneros. El Capítulo II, examina de forma sistemática la regulación vigente en los cuatro países seleccionados, organizada en seis ejes temáticos:

1. Requisitos de elegibilidad del paciente: Se describen los criterios para acceder al procedimiento, incluyendo edad mínima, residencia, diagnóstico médico, sufrimiento exigido y capacidad para decidir.

2. Procedimiento y obligaciones del médico tratante: Se analiza el rol del médico, las etapas del proceso, los requisitos de información y consentimiento, y las consultas médicas requeridas.

3. Mecanismos de control y evaluación del procedimiento: La regulación de la muerte asistida suele incluir un doble sistema de verificación:

[1] Boletines 7736-11, 9644-11, 11745-11 y 11577-11. Disponibles en este enlace.

- Control previo clínico: Médicos independientes evalúan que el paciente cumpla los requisitos legales antes del procedimiento, sin autorización estatal directa.
- Control posterior institucional: Comisiones o comités estatales revisan el caso tras su ejecución, verifican su legalidad y, ante incumplimientos, pueden derivarlo a instancias judiciales o disciplinarias.

4. Declaración anticipada de voluntad: Se aborda la validez y requisitos de los documentos que permiten solicitar la eutanasia en caso de incapacidad futura.

5. Responsabilidad jurídica por incumplimiento: Se exploran las sanciones penales, civiles o administrativas que podrían aplicarse en caso de transgresión del marco normativo.

6. Objeción de conciencia del personal sanitario: Finalmente, se examina cómo cada país reconoce el derecho del personal de salud a abstenerse de participar por razones de conciencia.

Los ejes temáticos anteriores, que son desarrollados en extenso para cada país en la Sección II, se pueden ver de forma resumida en la Tabla N°1 a continuación.

Tabla N°1. Legislación sobre eutanasia y suicidio asistido en Bélgica, España, Países Bajos y N. Zelanda

	Bélgica *Loi relative à l'euthanasie* (2002)	**España** *Ley Orgánica 3/2021*	**Países Bajos** *Ley de evaluación de la terminación de la vida a petición propia y del suicidio asistido (2001)*	**Nueva Zelanda** *End of Life Choice Act (2019)*
1. Elegibilidad del paciente	Mayores de 18 o menores emancipados. Menores con discernimiento: solo si enfermedad incurable, sufrimiento físico y muerte inminente (incluye sufrimiento intolerable de quienes no van a morir en corto plazo). Solicitud voluntaria y consciente.	≥18 años, con nacionalidad o residencia >12 meses. Solicitud voluntaria, por escrito y reiterada (2 veces, con 15 días de diferencia). Enfermedad grave, incurable o padecimiento crónico e imposibilitante, con sufrimiento intolerable.	≥12 años con discernimiento. Excepcionalmente en menores de 12 años con autorización judicial (no regulado por ley general). Solicitud voluntaria y reiterada. Sufrimiento insoportable sin mejora.	≥18 años, nacional o residente permanente. Enfermedad terminal con <6 meses de vida, deterioro físico irreversible y sufrimiento insoportable. Solo si la persona es competente para decidir.
2. Obligaciones del médico tratante	Confirmar condición médica, evaluar voluntariedad, consultar otro médico (más uno adicional si no hay muerte inminente), informar y documentar todo el proceso.	Informar al paciente, verificar requisitos, recibir dos solicitudes, consultar con médico externo y notificar a la Comisión de Garantía para autorización.	Verificar solicitud voluntaria, sufrimiento sin alternativa razonable, consultar médico independiente y realizar el procedimiento conforme a estándares médicos.	Evaluar elegibilidad, consultar a segundo médico independiente, notificar al grupo SCENZ, registrar consentimiento y cumplir protocolo de administración. El procedimiento puede ser realizado por

	Bélgica *Loi relative à l'euthanasie* (2002)	**España** *Ley Orgánica 3/2021*	**Países Bajos** *Ley de evaluación de la terminación de la vida a petición propia y del suicidio asistido (2001)*	**Nueva Zelanda** *End of Life Choice Act (2019)*
				médico o enfermero autorizado.
3. Control y fiscalización	**Previo**: doble consulta médica (triple si no hay muerte inminente) y plazo mínimo de 1 mes. **Posterior**: comisión federal revisa los casos.	**Previo**: evaluación médica y aprobación por Comisión de Garantía. **Posterior**: misma comisión verifica cumplimiento.	**Previo**: revisión por médico independiente (SCEN). **Posterior**: comités regionales evalúan cada caso.	**Previo**: doble evaluación (*SCENZ*) y revisión del *Assisted Dying Registrar*. **Posterior**: *Review Committee* examina informes.
4. Declaración anticipada de voluntad	Permitida. Debe renovarse cada 5 años. Válida incluso en inconsciencia irreversible.	Permitida solo si el paciente ha perdido la capacidad y existe documento previo legalmente reconocido.	Permitida. Debe estar por escrito y vigente. Aplica en casos como demencia avanzada.	No se permite. La solicitud debe ser hecha por el paciente con plena capacidad en el momento.
5. Responsabilidad legal	Responsabilidad penal establecida en caso de incumplimiento. La ley protege al médico solo si actúa conforme a los requisitos legales. De lo contrario, se aplica la legislación penal general.	La ley modificó el Código Penal para excluir responsabilidad penal si se cumple la normativa. El incumplimiento puede generar responsabilidad **penal, administrativa** (como sanciones disciplinarias) o **civil**, especialmente por vulneración de derechos del paciente.	La ley establece que el médico no incurre en sanción penal si cumple los requisitos legales. De lo contrario, puede ser perseguido penalmente.	La ley establece expresamente sanciones **penales, civiles y disciplinarias** si el procedimiento no se ajusta a la ley. El incumplimiento puede derivar en investigaciones por mala praxis médica.
6. Objeción de conciencia	Regulada expresamente en la ley. El médico puede negarse por razones de conciencia. Debe informar oportunamente al paciente y derivarlo a otro médico o centro especializado.	Expresamente reconocida en la ley. Es un derecho individual, debe declararse por escrito con antelación y queda registrada. Las autoridades deben garantizar que la objeción no impida el acceso a la prestación.	No existe regulación legal específica, pero ningún médico está obligado a realizar eutanasia. La objeción se basa en la autonomía profesional, amparada en la práctica clínica.	Expresamente reconocida en la ley. El personal sanitario puede negarse por razones de conciencia, pero debe informar al paciente y derivarlo a un médico del grupo SCENZ para garantizar continuidad del proceso.

Fuente: Legislación vigente en cada país. Elaboración propia.

I. Contexto y evolución internacional

Si bien el suicidio no es ilegal en la mayoría de los países, ayudar a alguien a terminar con su vida (como, por ejemplo, proporcionarle drogas letales) es un delito en la mayoría de los países (denominado habitualmente como suicidio asistido). En este marco, la eutanasia y el suicidio asistido —como

alternativas a los cuidados paliativos, la muerte dolorosa o el "suicidio crudo"— aún son prácticas prohibidas y criminalizadas en la mayoría de los países (Lancet Report, sección 8, 2022).

Por otra parte, de forma creciente a nivel mundial, los gobiernos vienen creando excepciones a esta prohibición. En esta perspectiva las legislaciones sobre la muerte asistida se han expandido significativamente en países occidentales en el transcurso de los últimos 20 años, particularmente en Europa, América del Norte y Australia.

Actualmente, no existe consenso en los debates legislativos sobre qué denominación utilizar para referirse a la asistencia de quien solicita ayuda para morir. El lenguaje varía significativamente en cada país y las denominaciones son muchas veces materia de debate o motivo de confusión en los análisis comparados[2]. Así y todo, en línea con las denominaciones más comúnmente utilizadas en la literatura actual, aquí consideraremos que el término de Muerte Médicamente Asistida (MMA) comprende tanto a la Eutanasia como al Suicidio Asistido (SA). En adelante, haremos un uso más acotado del término Eutanasia, para referirnos a los casos en que la sustancia letal es administrada por un tercero. Por otra parte, nos referimos aquí al suicidio asistido como el hecho de proporcionar a la persona que lo solicita los medios necesarios para poner fin a su vida, donde es la persona quien se autoadministra la sustancia letal (el acto lo hace posible un tercero, pero es practicado por la persona misma)[3].

– 1. Naturaleza y alcances de la legalización en otros países

Importa destacar que la forma como la eutanasia o el suicidio asistido son legalizados, mediante leyes o decisiones judiciales, hace que su naturaleza jurídica sea distinta: algunas ocasiones son concebidos como derechos de rango legal o constitucional, y en otras como simples excepciones a la responsabilidad penal (Buriticá-Arango et al; 2022, pág. 14).

Donde la muerte asistida se ha establecido como derecho de rango legal, las legislaciones han incluido requisitos sustantivos y de procedimiento, así como salvaguardias, (edad mínima, periodo de espera, opinión médica sobre el estado de salud y procedimiento de notificación), con diferentes niveles de accesibilidad y requisitos que algunas legislaciones establecen de manera más extensa y detallada que otras (Mroz et al, 2021, p1).

En EEUU, donde al menos 9 estados lo han regulado[4], sólo se permite el suicidio asistido a enfermos terminales[5]. Otros países, en cambio, permiten tanto el suicidio asistido como la eutanasia, esto con diferentes condiciones de acceso y aplicación. Son los casos de las legislaciones en Países Bajos (2002), Bélgica (2002), Luxemburgo (2008), Canadá (2016), algunos estados de Australia (partiendo por

[2] En Chile igualmente, diversos expertos en la materia, han advertido como en las opiniones sobre los proyectos debatidos en el país se producen confusiones sobre el significado de estos términos De aquí que estos sugieren distinguir en el debate con más precisión, categorías como las de eutanasia; suicidio medicamente asistido, adecuación del esfuerzo terapéutico y otros conceptos relacionados. Otras alternativas para estas definiciones se pueden encontrar en Carvajal et al (2021) o Carrasco & Crispi (2016).

[3] Esto es sólo a modo de criterio distintivo básico entre ambos términos, sin pretender reducir a esta sola dimensión el marco conceptual que requiere el debate de los proyectos en discusión en nuestro país.

[4] Oregon fue el primero en legalizar con *Death with dignity Act* de 1994.

[5] La eutanasia no está permitida por ley federal.

la de Victoria, 2019), Nueva Zelanda (2021), España (2021) y Portugal (2023) (UK, HC Library, 2024; CNSPFV, 2023[6]).

Por otra parte, Suiza es un caso especial, considerando que despenalizó el suicidio asistido[7] en la primera mitad del siglo XX. Aquí, si bien la legislación penal no lo contempla, tampoco existe una pretensión para exigir del Estado la prestación médica. No existe una regulación centralizada del proceso, y la mayoría de estas prácticas las realizan asociaciones sin fines de lucro (ONGs no médicas), con protocolos propios[8] (UK, HC Library, 2024).

En Alemania (2020) e Italia (2019), por ejemplo, los tribunales invalidaron las normas penales que sancionaban la eutanasia y el suicidio asistido, pero el legislador aún no los ha reglamentado.

En la región América Latina, Colombia ha sido un país pionero, luego que la Corte Suprema despenalizó la eutanasia en enfermos terminales, el año 2022. En Ecuador, la Corte Constitucional despenalizó la eutanasia el año 2024, la que que aplica en casos de enfermedad grave e incurable o lesión corporal grave e irreversible [9].

Actualmente, existen proyectos en discusión en parlamentos de distintos países, incluido nuestro país. Más recientemente, en Europa, estos temas han sido objeto de intensos debates en los parlamentos tanto de Francia como de Reino Unido[10] (*UK Parliament, House of Commons*, 2024), pero que aún no se han convertido en leyes.

En cuanto al contexto Latino Americano, cabe mencionar que en la República Oriental del Uruguay, actualmente se discute en la Cámara de Representantes un proyecto de ley sobre "Muerte digna", el que se espera que sea votado en el mes de agosto del presente año[11].

– 2. Datos demográficos sobre la aplicación de leyes de muerte asistida

En lo que respecta a la implementación de estas regulaciones, si observamos los casos de Países Bajos y Bélgica, que son los países con las legislaciones más antiguas en el continente europeo, que incluyen tanto eutanasia como suicidio asistido (en ambos estas regulaciones se aprobaron el año 2002), vemos que los casos de muertes asistidas notificadas a los organismos oficiales muestran una notoria tendencia al aza en transcurso de los últimos 20 años[12].

[6] Las referencias al año de las legislaciones de cada país puede variar según el hito adoptado en los textos consultados
[7] La asistencia médica al suicidio se permite sólo por motivos “no egoístas”. La eutanasia no ha sido legalizada.
[8] Existen orientaciones técnicas Ministeriales para estos procedimientos, pero estas no son vinculantes.
[9] Actualmente para su aplicación rige un reglamento que estará vigente hasta la aprobación de una norma legal, la elaboración de cuya propuesta se encomendó a la Defensoría del Pueblo.
[10] A mediados del presente año (junio 2025) la Cámara de los Comunes aprobó una ley que permite el suicidio asistido en enfermos terminales, el proyecto pasó así a la Cámara de los Lores para su revisión.
[11] Esto ocurre luego de que en febrero del presente año asumiera un nuevo parlamento en Uruguay, y que un proyecto anterior estuviera estancado en cámara revisora después de 8 años de tramitación. El nuevo proyecto, basado en el anterior con modificaciones, ingresó a en 2024 a la Cámara de Representantes Disponible en ttps://www.swissinfo.ch/spa/paso-a-paso%2C-el-recorrido-de-la-ley-de-eutanasia-que-uruguay-se-encamina-a-votar/89815356
[12] Una posible explicación de este aumento en ambos países es el conocimiento creciente que van teniendo de estas opciones (así como de la legislación respectiva) entre los ciudadanos y profesionales de la salud de ambos países. En España, con una

De acuerdo a cifras del último reporte anual de las Comisiones Regionales de Control de la Eutanasia (RTE, 2025) en **Países Bajos,** el año 2024, se notificaron 9.958 casos, lo que significa un aumento del 10% respecto a los notificados el año anterior. La proporción de casos respecto al total de muertes ocurridas en el año se estima que pasó de 5,4% en 2023 a 5,8% el 2024[13] [14].

En cuanto a la relación entre eutanasia[15] y suicidio asistido, como en años anteriores, la amplia mayoría de los casos practicados en el año califica en la primera de estas categorías (97,9%)[16].

Las afecciones más frecuentes son el cáncer, que concentra el 86,2% de los casos, seguido en proporción bastante menor por las patologías del sistema nervioso (Parkinson y otras).

En cuanto a sexo, como en años anteriores, se observa una proporción similar de hombres y mujeres. La amplia mayoría con 70 años o más, grupo que concentra el 72,7% de los casos[17]. En cuanto a los más jóvenes, el año 2024 se notificó sólo un caso de menor de edad por patología somática[18] .

Siguiendo la tendencia de años anteriores, más de las tres cuartas partes de los casos ocurrió en el domicilio del paciente (7.728 pacientes), seguido en número bastante menor los establecimientos de cuidados paliativos (863 pacientes).

Por su parte, en **Bélgica**, de acuerdo a la Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia (CFCEE) se notificaron 3.991 casos de eutanasia el año 2024, lo que representa un aumento del 16,6% respecto del 2023[19]. La proporción de casos respecto al total de muertes ocurridas en el año se estima que pasó de 3,1 % en 2023 a 3,6% el 2024.

Atendiendo a la forma en que se llevó a cabo esta práctica, se estima que la amplia mayoría fue eutanasia[20]. Un número muy reducido de casos se estima podría calificar de suicidio asistido (0,2% del total) que son los reportan el uso de barbitúricos por vía oral[21].

---

legalización bastante más reciente (2021), la proporción de casos sobre el total de defunciones es de un orden de magnitud muy inferior a los países aquí considerados (0,07% en España el año 2023 versus 5,4% en Países Bajos el mismo año).

[13] Hay opiniones que señalan que si a las estadísticas oficiales de eutanasia se suma la cifra negra (casos que no son notificados a las instancias de control), esta tasa podría llegar a una magnitud bastante más elevada (SFAP; 2025, p.30).

[14] Estas tasas, que son de las más elevadas a nivel mundial, han sido materia de observación por parte del Comité de Derechos humanos de la ONU, el cual desde el año 2009 viene llamando al orden a Países Bajos por sus elevadas tasas de eutanasia. (SFAP; 2025,p.30)

[15] La categoría se denomina “Interrupción de la vida por demanda”. Lo que se distingue de “suicidio asistido” definido como el hecho de ayudar deliberadamente a otra persona a suicidarse o proporcionarle los medios para hacerlo.

[16] De los 9.958 casos notificados, sólo 187 casos califican como suicidio asistido y 18 como una combinación de ambos.

[17] Los casos más frecuentes corresponden al tramo de 70 a 80 años de edad (3.284 pacientes) seguidos por los de 80 a 90 años (2.980 pacientes).

[18] Proveniente de notificaciones del año anterior, el 2024 la Comisión evaluó dos casos de menores por patología psiquiátrica

[19] En los 10 años anteriores (2014 -2024) se estima que el promedio de crecimiento anual fue del 7,5%

[20] En Bélgica las sustancias eutanásicas son administradas por vía intravenosa.

[21] Los casos de suicidio asistido se estima que fueron 0,5% del total de casos notificados el año 2022 y 0,2% de los notificados el año 2023, considerando en esta contabilidad como SA los casos que reportaron uso de barbitúricos por vía oral, como el producto letal utilizado.

Similar a su vecino país y a otros que llevan estadísticas comparables, la patología de origen más frecuente es el cáncer, representado al 54% del total de casos del año 2024, seguido por las polipatologías[22] que representan un 26,8% del total. Las afecciones psiquiátricas y los desórdenes cognitivos (síndromes de demencia), se mantienen con proporciones bastante marginales, representando al 1,4% del total e casos cada una de ellas (CFCEE, 2025)

En cuanto al sexo, las cifras muestran una distribución pareja con cerca del 50% para cada género. Y en lo que respecta a la distribución por edad, en Bélgica se observa una proporción similar a la de Países Bajos en cuanto al mayor peso relativo que tiene el grupo de adultos mayores (72,6% de los pacientes tenía más de 70 años de edad)[23]. Un solo caso de menor de edad se registró el año 2024[24]

El año 2024, el 50,4% de los casos tuvo lugar en el domicilio del paciente, seguido por hospitales en unidad de cuidados paliativos (30,2%).

II. Legislación comparada

Este capítulo examina la regulación vigente sobre eutanasia y suicidio médicamente asistido en cuatro países: Países Bajos, Bélgica, Nueva Zelanda y España. El análisis se organiza en seis ejes temáticos que permiten identificar similitudes y diferencias entre los marcos legales. Estos ejes son: (1) requisitos de elegibilidad del paciente; (2) procedimiento y obligaciones del médico tratante; (3) mecanismos de control y evaluación del procedimiento; (4) declaración anticipada de voluntad; (5) responsabilidad jurídica por incumplimiento del procedimiento; y (6) objeción de conciencia del personal sanitario.

1. Países Bajos

La Ley de evaluación de la terminación de la vida a petición propia y del suicidio asistido de 2001 [*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, (WTL*)] constituye el marco jurídico neerlandés que regula y evalúa (*toetsing*), tanto la eutanasia como el suicidio asistido. La ley cubre dos procedimientos, distinguiendo entre: (i) terminación de la vida a petición *(levensbeëindiging op verzoek)* que corresponde a la eutanasia activa voluntaria, en la cual el médico administra directamente la sustancia letal al paciente; y (ii) asistencia al suicidio (*hulp bij zelfdoding*), donde el médico prescribe o provee la medicación, pero es el propio paciente quien se la autoadministra.

Este marco legal se sustenta en la autonomía del paciente, dado que solo éste puede solicitar la eutanasia. No obstante, impone al médico una responsabilidad principal y directa, al exigirle el cumplimiento de una serie de requisitos legales destinados a garantizar la licitud de su actuación. Asimismo, contempla un sistema de control estatal ex post, orientado a verificar el respeto de dichos

[22] Combinación de afecciones crónicas refractarias.
[23] los números más elevados se observa en los tramos de 70 a 79 y de 80 a 89 años de edad, esto es con cifras similares, donde absorben el 29% del total casos, cada uno de estos tramos de edad.
[24] Se suman así un total de 6 casos de menores desde que se amplió la ley en el año 2014.

criterios y la correcta actuación profesional conforme a la normativa vigente. Solo si se cumplen estos requisitos, el médico quedará exento de persecución penal.

1.1. Requisitos de elegibilidad del paciente

En los Países Bajos, la Ley de 2001 establece que la persona que desee acceder a la eutanasia o al suicidio médicamente asistido debe cumplir con una serie de requisitos sustantivos, que se detallan a continuación:

a. Edad mínima: El acceso está permitido a personas mayores de 18 años. Sin embargo, se reconoce a nivel legal, un régimen diferenciado para menores de edad, según la edad del solicitante, integrando criterios de madurez, consentimiento parental y autonomía progresiva:

Entre 12 y 16 años. Capacidad de decisión parcial, que está subordinada al consentimiento parental como garantía de protección. Puede realizarse solo si se cumplen dos requisitos:

- Consentimiento voluntario y bien meditado del menor, evaluando su capacidad de comprensión y decisión.
- Consentimiento expreso de ambos padres o tutores legales.

Entre 16 y 18 años. Permitido, los jóvenes de 16 y 17 años pueden solicitar eutanasia o suicidio asistido por sí mismos, ya que a partir de los 16 años se reconoce la capacidad de decisión médica autónoma en Países Bajos. Sin embargo, la ley exige que los padres o tutores sean informados sobre la solicitud y procedimiento, sin que su consentimiento sea vinculante.

1.1.1. Cambio reglamentario para niños de 1 a 12 años sin reforma de la Ley de Eutanasia

La Ley de Eutanasia de 2001 (WTL) establece una prohibición absoluta para menores de 12 años, ya que no contempla en ningún caso la eutanasia ni el suicidio asistido para este grupo etario. No obstante, desde 2004 se aplica el denominado Protocolo de Groningen, que permite la terminación de la vida de recién nacidos menores de un año con sufrimiento extremo e irreversible, bajo estrictos criterios médicos y éticos (Vizcarrondo, 2014).

Posteriormente, en abril de 2023, el gobierno neerlandés implementó, a nivel reglamentario y sin modificar la ley, nuevas medidas que amplían la posibilidad de acceder a la terminación de la vida para niños de 1 a 12 años en circunstancias excepcionales. Esta autorización aplica únicamente a menores que padecen una enfermedad terminal y experimentan un sufrimiento insoportable sin perspectivas de mejora, para quienes no existe cura ni alternativa razonable que alivie el dolor, ni siquiera mediante cuidados paliativos.

Las medidas exigen el consentimiento pleno de los padres, la evaluación estricta por un equipo médico especializado y una revisión ex post a cargo de la Comisión de Revisión para Abortos Tardíos y Terminación de Vida Neonatal o en Niños de 1 a 12 años (LZA-LP&K), la cual verifica el cumplimiento de los criterios de diligencia establecidos por los Ministerios de Salud y de Justicia.

b. Carácter de la solicitud: El paciente debe haber formulado una solicitud voluntaria, persistente y bien meditada, libre de presiones externas. La iniciativa debe provenir del propio paciente, sin influencia indebida de terceros. **No se requiere que haga la solicitud por escrito**. La ley permite que la solicitud sea verbal, es decir, basta una expresión oral del deseo de morir. Sin embargo, contempla también que el paciente puede expresar su deseo por escrito a modo de directiva anticipada, sobre todo si se espera que pierda la capacidad de comunicarse (Rijksoverheid, s. f.).

c. Condiciones médicas habilitantes: Debe existir un sufrimiento físico o psíquico considerado insoportable, que no pueda ser aliviado por medios razonables. Este sufrimiento puede derivar de:
   - Enfermedad grave e incurable
   - Condición médica crónica irreversible
   - Trastorno psiquiátrico o demencia (en ciertas condiciones)

1.2. Procedimiento y obligaciones del médico tratante

Para que el procedimiento de eutanasia o suicidio asistido sea considerado legal en los Países Bajos, debe realizarse conforme a una serie de **requisitos de diligencia debida** (*zorgvuldigheidseisen*) que la ley impone a los médicos. Estos requisitos están diseñados para asegurar que el acto se lleve a cabo de forma ética, legal y profesionalmente responsable, y se encuentran regulados en el artículo 2 de la Ley de 2001. Esta disposición establece que, antes de proceder, el médico debe cumplir estos 6 pasos[25]:

a. Estar convencido de que la solicitud del paciente es voluntaria y bien meditada. Por lo tanto, la solicitud debe provenir realmente del propio paciente, nadie puede obligarlo ni presionarlo, ni familiares ni amigos.

b. El médico debe estar convencido de que el paciente sufre de manera insoportable y sin posibilidad de mejoría, considerando tanto la efectividad de los tratamientos como la dificultad que estos implican para el paciente. La evaluación del sufrimiento es subjetiva, pues depende de cómo lo experimenta la persona, y puede ser físico o psíquico, incluyendo casos de trastornos psiquiátricos o demencia, siempre que no exista perspectiva de alivio (Gobierno Nacional de los Países Bajos, Rijksoverheid s/f).

c. Informar al paciente sobre su situación y perspectivas. El médico debe proporcionar al paciente información sobre su estado de salud y su futuro, y debe verificar si el paciente tiene suficiente conocimiento y si ha comprendido la información.

d. El médico y el paciente deben concluir conjuntamente que no existe otra solución razonable para aliviar el sufrimiento. No es obligatorio intentar todos los tratamientos posibles; si estos son demasiado dolorosos, invasivos o con beneficios mínimos, puede acordarse interrumpirlos.

[25] Esta información se desarrolla en base a lo establecido por el Gobierno del Reino de los Países Bajos (Rijksoverheid) en el siguiente link: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/levenseinde-en-euthanasie/zorgvuldigheidseisen

e. El médico debe **consultar a un médico independiente**, quien evalúa al paciente y verifica que se cumplan los requisitos legales. Este consultor debe ser imparcial, sin vínculo personal ni participación en el tratamiento del paciente.

f. Realizar el procedimiento de forma médica, es decir, utilizando los medicamentos correctos y siguiendo los pasos apropiados[26]. Para esto, médicos y farmacéuticos han elaborado una guía llamada "Ejecución de la eutanasia y el suicidio asistido", donde se establecen los requisitos sobre cómo llevar a cabo estos procedimientos de forma correcta.

1.3. Mecanismos de control y evaluación del procedimiento

En los Países Bajos no existe un control estatal previo para autorizar la eutanasia o suicidio asistido. La decisión depende de:

Control previo profesional: Evaluación del médico tratante, quien verifica los seis criterios de diligencia, y consulta con un segundo médico independiente, sin intervención estatal ni comité de autorización previa.

Control ex post: Tras el procedimiento, el médico informa al forense municipal, quien remite un informe a la Comisión Regional de Evaluación (RTE). Esta revisa en seis semanas si se cumplieron los requisitos legales, pudiendo pedir más información, entrevistar involucrados y, ante incumplimientos, derivar a la Fiscalía o Junta de Disciplina Médica.

Existen cinco comisiones RTE, cada una con un jurista[27], (presidente), un médico y un experto en ética. Sus miembros son designados por los ministros de Salud y Justicia por cuatro años (reelegibles una vez), sujetos a confidencialidad y obligación de abstenerse en casos de conflicto de interés. (Gobierno Nacional de los Países Bajos, Rijksoverheid s/f).

Para transparencia, los presidentes se reúnen al menos dos veces al año y cada comisión publica un informe anual con estadísticas y análisis de casos para el Ministerio de Salud y el Parlamento.

1.4. Declaración anticipada de voluntad

En caso de que el paciente ya no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad, la ley neerlandesa permite (artículo 2 numeral 2) que el procedimiento se realice si existe una declaración anticipada de **eutanasia por escrito** (*schriftelijke euthanasieverzoek)*, formulada cuando aún conservaba su capacidad de expresión o manifesticación de su voluntad. Esta declaración debe reflejar

[26] Para esto, médicos y farmacéuticos han elaborado una guía llamada "Ejecución de la eutanasia y el suicidio asistido"[26], donde se establecen los requisitos sobre cómo llevar a cabo estos procedimientos de forma correcta.
Ver video en https://www.youtube.com/watch?v=cqiYXNoUUJ8

[27] En la ley neerlandesa se utiliza el término *rechtsgeleerde*, que se traduce como jurista o experto en derecho, en lugar de *advocaat* (abogado). Esta distinción responde a que rechtsgeleerde hace referencia a una persona con conocimientos jurídicos profundos, habitualmente con formación académica o doctrinal, mientras que advocaat designa al abogado habilitado para el ejercicio profesional y la representación en tribunales. En este contexto, la ley exige la participación de un miembro jurista en las comisiones de revisión (Recht van Un, 2022)

de manera clara y específica el deseo del paciente de recibir eutanasia bajo determinadas condiciones. La validez y aplicación de dicha declaración están sujetas a la misma evaluación médica rigurosa y al cumplimiento del resto de los criterios sustantivos exigidos por la ley.

1.5. Responsabilidad jurídica por incumplimiento del procedimiento

En los Países Bajos, la eutanasia y el suicidio asistido siguen siendo, en principio, delitos penales según el Código Penal (Art. 293 y 294 CP), castigados con hasta 12 años de prisión. No obstante, la Ley de 2001 establece que el médico no será penalmente responsable si cumple con todos los requisitos legales (solicitud voluntaria, sufrimiento insoportable, consulta con un médico independiente, entre otros) y notifica el caso a una Comisión Regional de Revisión. Si el médico no cumple alguno de estos requisitos o no informa del caso, puede ser acusado por homicidio o asistencia al suicidio, y enfrentar además sanciones disciplinarias o civiles.

1.6. Objeción de conciencia de profesionales de la salud

La legislación neerlandesa no contiene una disposición específica sobre la objeción de conciencia en la Ley de evaluación de la terminación de la vida a petición propia y del suicidio asistido, WTL. No obstante, en la práctica, ningún médico está obligado a practicar la eutanasia o el suicidio asistido. La ley parte de que la participación médica es voluntaria, siendo el propio profesional quien decide si acepta o no una solicitud. El respeto a la objeción de conciencia está implícito en el principio de autonomía profesional y ha sido reafirmado por la Asociación Profesional Nacional de Médicos en los Países Bajos, KNMG (*Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst)*, que establece que el médico puede negarse a participar por razones éticas o personales, debiendo derivar al paciente a otro profesional dispuesto a asumir el caso (KNMG, 2021).

2. Bélgica

La Ley de eutanasia belga del 28 de mayo de 2002 (*Loi relative à l'euthanasie*) es el marco jurídico que regula y despenaliza la práctica de la eutanasia en determinadas condiciones. En primer lugar, la ley define la eutanasia como el acto, realizado por un tercero, que pone fin intencionalmente a la vida de una persona a petición de ésta (art. 2). A diferencia de Países Bajos, la normativa belga no regula el suicidio asistido, sino exclusivamente la eutanasia. Esto de acuerdo a la norma explícita, ya que, por efecto de imprecisiones en su definición, en la práctica el suicidio asistido se entiende comprendido en la ley. [28]

La ley establece controles y procedimientos más estrictos que otros países, reforzando las garantías especialmente cuando la muerte no es inminente. Exige consultas médicas adicionales, un plazo mínimo

[28] Los ámbitos médico y penal toleran los suicidios medicamente asistidos, considerando que como lo señaló el Consejo de Estado, la definición de eutanasia contenida en el artículo 2o. es lo suficientemente extensa para cubrir este supuesto (Torres Rodríguez, O. E. La regulación de la eutanasia en Bélgica: a más de veintidós años de experiencia ética, médica y jurídica. Boletín Mexicano de Derecho Comparado; 2025, p.12). Interpretación que coincide con la adoptada por la Comisión Federal de Control y Evaluación (CFCE) (UK Parliament, 2022 Postbrief 47, 2022, p 18).

de reflexión y la verificación obligatoria por parte de otro profesional independiente, junto con un control estatal posterior a cargo de la Comisión Federal de Control y Evaluación. Aunque se basa en la autonomía del paciente, prioriza su protección mediante reglas específicas para menores de edad y mecanismos para confirmar la voluntariedad y coherencia de la solicitud.

2.1. Requisitos de elegibilidad del paciente

a. Edad mínima: Puede ser solicitada por cualquier persona mayor de 18 años, por menores emancipados (esto es 15 años con autorización judicial), y por menores no emancipados, siempre que reúnan condiciones específicas de capacidad y situación clínica. A diferencia de otros países, el enfoque belga no se basa en tramos etarios, sino en la capacidad de discernimiento del menor como criterio central[29].

   Menores emancipados: Son considerados jurídicamente adultos para efectos civiles y, por tanto, pueden solicitar la eutanasia bajo los mismos requisitos que cualquier mayor de edad. La emancipación puede otorgarse desde los 15 años mediante decisión judicial, según lo establecido en los artículos 476 a 487 del Código Civil. Este estatus les otorga plena capacidad jurídica para consentir tratamientos médicos, incluida la eutanasia.

   Menores con capacidad de discernimiento: La ley permite que menores no emancipados puedan acceder a la eutanasia si presentan una enfermedad grave e incurable, que cause un sufrimiento físico constante, insoportable y sin posibilidad de alivio, y cuya evolución conduzca a la muerte en el corto plazo[30]. En estos casos, se requiere:

   - Que el menor demuestre capacidad de discernimiento, lo que debe ser evaluado y certificado por un psiquiatra infantil o psicólogo.

   - Que exista el consentimiento expreso de sus representantes legales.

b. Carácter de la solicitud: La solicitud debe ser voluntaria, reflexiva, reiterada y libre de presiones externas, presentada por escrito, fechada y firmada por el paciente. Excepcionalmente, si el paciente no puede escribirla, un adulto de su elección, sin interés material en su fallecimiento, puede redactarla en presencia del médico, explicando las razones y consignando el nombre del profesional. El documento se incorpora al expediente médico.

c. Condiciones médicas habilitantes: La ley exige que adultos y menores emancipados estén en una situación médica sin salida, con sufrimiento físico o psicológico constante e insoportable, sin posibilidad de alivio y causado por una enfermedad grave e incurable. Para menores con capacidad

[29] Con este criterio desde el año 2014, Bélgica se convirtió en el primer país en extender la eutanasia hacia los niños sin "ningún límite de edad". Si bien el criterio de la "capacidad de discernimiento" no puede ser vinculado a una edad en específico del niño, de hecho, salvo en casos extremadamente raros aplica a niños de más de seis años (Torres, O, 2025, p.17)

[30] En este sentido, la eutanasia en niños limita únicamente al sufrimiento físico y no síquico, y se reserva a aquellos cuya muerte intervenga en un plazo breve. (Torres, O, 2025, p.16).

de discernimiento, además, el sufrimiento debe ser sólo físico y la enfermedad debe conducir a la muerte a corto plazo.

2.2. Procedimiento y obligaciones del médico tratante

La Ley belga establece un protocolo estricto que el médico debe cumplir antes de realizar la eutanasia, garantizando la voluntariedad, evaluación médica rigurosa y trazabilidad del proceso:

a. Diálogo e información al paciente. El médico debe informar detalladamente el diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas, incluidos cuidados paliativos. Se asegura que no exista otra solución razonable y que la petición sea voluntaria, reflexiva y reiterada.

b. Verificación del sufrimiento y voluntad persistente. Requiere múltiples entrevistas con el paciente, espaciadas en plazos razonables según la evolución de la enfermedad.

c. Consultas médicas obligatorias. Al menos un médico independiente (especialista en la patología) revisa el expediente, examina al paciente y emite un informe escrito. En menores no emancipados, un psiquiatra infantil o psicólogo debe evaluar la capacidad de discernimiento y el consentimiento expreso de los representantes legales.

d. Dimensión relacional y acompañamiento. Si el paciente lo desea, el médico debe reunirse con personas cercanas designadas y asegurarse de que el paciente pueda comunicarse con ellas antes de decidir. Se ofrece acompañamiento psicológico al paciente y a sus familiares durante el proceso.

e. Trabajo en equipo de salud. Cuando el paciente está bajo cuidado de un equipo, el médico tratante debe discutir la solicitud con sus integrantes.

f. Registro documental y control. Todo el proceso (solicitudes, gestiones, informes médicos) debe quedar registrado en el expediente, garantizando trazabilidad y revisión posterior.

g. Dispensación y control de medicamentos. Sólo los farmacéuticos autorizados pueden entregar sustancias para la eutanasia, exclusivamente al médico y con prescripción que mencione la solicitud legal. El Ejecutivo puede fijar criterios técnicos para su prescripción y entrega, y el Estado debe asegurar la disponibilidad de los fármacos.

2.2.1. Requisitos adicionales en aquellos casos sin muerte inminente

El § 3 del artículo 3 de la Ley belga establece exigencias procedimentales reforzadas aplicables en aquellos casos en que la muerte del paciente no se prevé como inminente:

Segunda consulta médica: Un médico independiente (psiquiatra o especialista) debe revisar el expediente, examinar al paciente y confirmar tanto el sufrimiento constante e insoportable como la voluntariedad y persistencia de la solicitud. Debe emitir un informe escrito comunicado al paciente.

Independencia reforzada: Este segundo médico debe ser independiente del paciente, del médico tratante y de cualquier otro médico previamente consultado.

Plazo de reflexión: Debe transcurrir al menos un mes entre la solicitud escrita y la realización de la eutanasia, asegurando un tiempo suficiente para evaluar la situación y evitar decisiones apresuradas.

2.3. Mecanismos de control y evaluación del procedimiento

El control previo profesional en Bélgica implica múltiples evaluaciones médicas independientes, entrevistas sucesivas y, en casos complejos (no inminencia de muerte o menores), evaluaciones adicionales, además de la trazabilidad documental obligatoria. No hay autorización previa estatal, pero sí un control médico escalonado más riguroso que en los Países Bajos.

En el control posterior tras realizar la eutanasia, el médico debe enviar en 4 días hábiles un formulario a la Comisión Federal de Control y Evaluación, que verifica en 2 meses el cumplimiento de la ley. Si detecta incumplimientos (requiere mayoría de 2/3), remite el caso al fiscal. Los miembros con conflicto de interés se abstienen.

La Comisión está integrada por 16 expertos (8 médicos, 4 juristas y 4 representantes de entidades de cuidados), designados por decreto real por 4 años renovables, con paridad lingüística, de género y representación pluralista. Es incompatible con cargos legislativos o de gobierno. Cada 2 años, la Comisión presenta al Parlamento informes estadísticos, evaluaciones y recomendaciones sobre la ley.

2.4. Declaración anticipada de voluntad

El artículo 4 de la Ley belga permite que mayores de edad o menores emancipados expresen por escrito su voluntad de recibir eutanasia si en el futuro no pueden manifestarla.
La declaración, firmada ante dos testigos (uno sin interés material), puede designar personas de confianza y tiene validez indefinida, siendo modificable o revocable. Solo puede ejecutarse si el paciente padece una enfermedad grave e incurable, está inconsciente y la situación es irreversible. Para aplicarla, el médico debe confirmar estas condiciones, consultar a un segundo médico independiente, dialogar con equipo de cuidados, persona de confianza y familiares designados, y registrar todo el procedimiento en el expediente médico.

2.5. Responsabilidad jurídica por incumplimiento del procedimiento

La ley belga establece penas para el médico que practique eutanasia sin cumplir los requisitos que establece la ley:

- 10 a 15 años de reclusión por incumplir condiciones esenciales.
- 8 días a 3 años de prisión o multa por incumplir condiciones procedimentales. Incluye aplicación de atenuantes según el Código Penal.

2.6. Objeción de conciencia de profesionales de la salud

La ley belga reconoce la objeción de conciencia de los profesionales de la salud, eximiéndolos de participar en la eutanasia. Sin embargo, el médico objetor debe: informar y justificar su negativa en un máximo de siete días, registrar las razones médicas en la historia clínica, derivar al paciente a otro médico elegido por este, entregar contactos de centros especializados y, si se solicita, remitir el expediente clínico al nuevo médico en un plazo de cuatro días.

3. Nueva Zelanda

En Nueva Zelanda, la Ley de Elección al Final de la Vida (*End of Life Choice Act 2021*) es la ley que regula el derecho de las personas con enfermedad terminal a solicitar asistencia médica para morir. La ley emplea el término "*assisted dying*" (muerte asistida) en lugar de eutanasia o suicido asistido como otras legislaciones. Sin embargo, el término comprende también **ambas acciones** (art. 4°):

- La administración de medicamentos a la persona por parte de un profesional médico o de enfermería para aliviar su sufrimiento acelerando su muerte (eutanasia).
- La autoadministración de medicamentos por parte de la persona para aliviar su sufrimiento acelerando su muerte (suicidio asistido).

Además, regula las competencias de los profesionales involucrados, establece el rol de autoridades como el Director General de Salud y el Registrador, crea instancias de control como el Comité de Revisión y el Grupo SCENZ, y reconoce la objeción de conciencia, evidenciando un enfoque integral que articula garantías clínicas, legales y de derechos de los pacientes

Aunque la ley fue aprobada por el Parlamento de Nueva Zelanda, su entrada en vigor quedó supeditada a un referéndum vinculante celebrado en 2020, en el cual fue respaldada por un 65,1% de la ciudadanía. Esta consulta, impulsada por exigencia del partido New Zealand First como condición para apoyar la iniciativa, buscaba otorgar legitimidad democrática a un tema moralmente sensible. Según la profesora Janet McLean, el uso de referéndums en materias como eutanasia o cannabis es inusual en el sistema neozelandés, donde decisiones similares, como la reforma del aborto ese mismo año, suelen adoptarse exclusivamente por vía parlamentaria. McLean también destaca que la adopción del referéndum en estos casos no fue por obligación constitucional, sino resultado de negociaciones políticas entre el gobierno y partidos minoritarios (Electoral Commission of New Zealand, 2020).

3.1. Requisitos de elegibilidad del paciente

Esto está expresamente establecido en la sección 5 de la ley donde se indica que una persona es elegible sólo si cumple con todos los requisitos establecidos:

a. Edad mínima y otras condiciones. El solicitante debe tener 18 años o más y, además, debe ser ciudadano neozelandés o residente permanente.

b. Carácter de la solicitud: La ley exige que la persona sea mentalmente competente, es decir, capaz de comprender, evaluar y comunicar información sobre la muerte asistida. Aclara que tener una discapacidad o trastorno mental no la hace automáticamente elegible para este procedimiento.
c. Condiciones médicas habilitantes: El paciente debe cumplir copulativamente estas tres condiciones:
   - Padecer una enfermedad terminal con una expectativa de vida inferior a seis meses.
   - Encontrarse en un estado avanzado de deterioro físico irreversible.
   - Experimentar un sufrimiento insoportable que no pueda ser aliviado de manera tolerable para esa persona.

3.2. Procedimiento y obligaciones del médico tratante

Cuando una persona desea ejercer la opción de recibir muerte asistida, la ley establece que debe informar directamente a su médico tratante de su intención. A partir de ese momento, el médico adquiere una serie de obligaciones para garantizar un proceso informado, voluntario y éticamente adecuado.

a. Información inicial y aseguramiento de autonomía.
   El médico debe informar de forma completa sobre la enfermedad terminal y la eutanasia, mantener comunicación continua, asegurar el conocimiento de cuidados paliativos y la posibilidad de desistir, fomentar el diálogo con personas de confianza, garantizar la ausencia de presiones y registrar todo el proceso en el formulario oficial para su trazabilidad y legalidad.
b. Confirmación de la solicitud.
   Si el paciente confirma su decisión, el médico debe entregarle el formulario oficial para que lo firme y feche. Si no puede hacerlo, puede firmar un adulto designado que no sea menor, incapaz, beneficiario de su muerte ni parte del equipo médico. La firma debe realizarse en presencia del médico, quien recoge el documento y lo envía al Registrador[31].
c. Primera opinión profesional.
   Luego, el médico tratante debe emitir su primera opinión profesional, determinando si la persona es elegible, no es elegible, o sería elegible si se establece su competencia para decidir. Esta opinión debe registrarse en el formulario oficial y enviarse al Registrador.
d. Segunda opinión médica independiente.
   Si la persona parece elegible, el médico debe solicitar la evaluación de un segundo médico independiente, quien revisa el historial, examina al paciente y emite una opinión registrada y enviada al Registrador y al médico tratante, garantizando un doble control clínico. Además, la ley creó el Group SCENZ[32] (Support and Consultation for End of Life in New Zealand), bajo supervisión del Ministerio de Salud, para coordinar y asegurar la implementación ética y segura

[31] El Registrar (*assisted dying*) es un cargo oficial nominado por el Director-General de Salud, encargado de la gestión, control administrativo y trazabilidad de todo el proceso de muerte asistida, asegurando su legalidad y correcta documentación (art. 27)
[32] Grupo SCENZ, su función principal es administrativa, técnica y consultiva, ya que se encarga de elaborar y mantener listas de médicos independientes, psiquiatras y farmacéuticos dispuestos a participar en procedimientos de muerte asistida, asegurando la independencia profesional y evitando conflictos de interés en la designación de estos especialistas. Asimismo, prepara estándares de cuidado, asesora sobre procedimientos médicos y legales requeridos, y brinda asistencia práctica a los profesionales de salud involucrados.

de la muerte asistida. Este grupo elabora protocolos, respalda profesionalmente el proceso y mantiene un registro nacional de médicos, consultores y psiquiatras capacitados para participar en estos procedimientos.

e. Tercera opinión psiquiátrica (si es necesaria).
Cuando existe duda o desacuerdo respecto de la competencia del paciente para decidir, ambos médicos deben solicitar una tercera opinión a un psiquiatra, también vía SCENZ. El psiquiatra revisa su historial, examina al paciente y determina si es competente para decidir, registrando su opinión y enviándola al Registrador y a ambos médicos tratantes.

f. Determinaciones de elegibilidad y registro.
Si la persona no es elegible, el médico (y en su caso el médico independiente o psiquiatra) debe explicar las razones, registrarlas y enviarlas al Registrador. Si es elegible, el médico debe informarlo, conversar sobre la evolución de la enfermedad y el momento probable para administrar la medicación, entregar el formulario para elegir fecha y hora, y aclarar que puede cambiar o reprogramar su decisión dentro de seis meses. Todo debe documentarse y remitirse al Registrador.

g. Elección de fecha y hora de administración.
La persona elegible debe completar el formulario oficial indicando la fecha y hora elegidas y devolverlo al médico, quien lo enviará al Registrador. Si decide cambiar la fecha seleccionada, debe completar un nuevo formulario de reemplazo.

h. Métodos de administración y aprobación final.
Antes de la fecha programada, el médico debe informar los métodos de administración, solicitar al paciente que elija uno, recordarle que puede desistir o reprogramar su decisión hasta seis meses, y emitir la prescripción al menos 48 horas antes, notificando al Registrador para su revisión y aprobación final.

i. Administración de la medicación.
La ley autoriza al médico o enfermero tratante a administrar la medicación letal según el método elegido, registrando todo ante el Registrador. En el momento programado, deben confirmar si la persona desea proceder, reprogramar o desistir; en caso de desistir, se retira la medicación y se registra, y si confirma, se administra bajo supervisión profesional hasta el fallecimiento.

j. Reporte de fallecimiento.
Dentro de los 14 días hábiles posteriores al fallecimiento, el médico o enfermero debe enviar al Registrador un formulario con los detalles del caso. Este informe se remite al Comité de Revisión, garantizando la supervisión estatal y la trazabilidad del procedimiento.

3.3. Mecanismos de control y evaluación del procedimiento

La eutanasia en Nueva Zelanda cuenta con un doble **control previo**:

- Clínico: Evaluación independiente del médico tratante y un segundo médico, ambos inscritos en el grupo SCENZ, que certifican el cumplimiento de los requisitos legales.
- Administrativo: El *Assisted Dying Registrar* (funcionario del Ministerio de Salud) revisa la documentación y confirma que el procedimiento sigue los pasos legales antes de autorizar la prescripción del fármaco.

Además, existe un **control posterior** a cargo del Comité de Revisión (Review Committeees), integrado por un experto en ética médica y dos profesionales de la salud (al menos uno médico en cuidados de fin de vida), que examina los informes de muertes asistidas para verificar el cumplimiento de la ley y reportar sus conclusiones.

3.4. Declaración anticipada de voluntad

La ley no permite la voluntad anticipada para solicitar muerte asistida. La ley exige que la decisión sea personal, actual, consciente y formalizada directamente mediante el formulario oficial firmado y fechado al momento de la solicitud. Por lo tanto, las directivas anticipadas, testamentos, contratos u otros documentos no tienen validez para solicitar o revocar la muerte asistida.

3.5. Responsabilidad jurídica por incumplimiento del procedimiento

La legislación neozelandesa sobre muerte asistida contempla diversas sanciones penales para proteger la legalidad, trazabilidad y confidencialidad del procedimiento:

a. Delito de incumplimiento intencional por profesionales de la salud: Médicos, enfermeros practicantes o psiquiatras cometen delito si incumplen deliberadamente cualquier requisito de la ley durante el proceso de muerte asistida.

b. Delito de falsificación, alteración o destrucción de formularios oficiales: Cualquier persona incurre en delito si completa total o parcialmente un formulario en nombre de otra persona sin su consentimiento, o bien, altera o destruye un formulario completado o parcialmente completado sin consentimiento de quien lo completó. Sanciones aplicables para estos delitos: Prisión de hasta 3 meses; Multa de hasta $10,000 NZD (CLP 5.700.000). O ambas penas, según la gravedad y decisión judicial.

c. Delitos por publicación de detalles confidenciales. La ley de Nueva Zelanda prohíbe publicar detalles específicos sobre muertes por muerte asistida, incluyendo el método de administración del medicamento, el lugar donde se realizó y el nombre de la persona que lo administró o su empleador. Infringir esta restricción constituye delito, sancionado con multas de hasta $20,000 NZD ($12.000.000 pesos chilenos) para personas jurídicas y $5,000 NZD (CPL 3.000.000) para personas naturales.

Por último, la ley también prohíbe que los profesionales de la salud inicien conversaciones o sugieran la opción de muerte asistida a sus pacientes, para garantizar la autonomía y evitar cualquier influencia. Sin embargo, permite discutir o informar sobre ella si el paciente lo solicita. Su incumplimiento no constituye delito penal, pero puede ser considerado infracción al Código de Derechos de los Consumidores de Salud y derivar en sanciones disciplinarias por mala conducta profesional según la Ley de Garantía de Competencia de Profesionales de la Salud (2003).

3.6. Objeción de conciencia de profesionales de la salud

La ley reconoce el derecho de objeción de conciencia de los profesionales de la salud, permitiéndoles abstenerse de participar en la muerte asistida por convicciones personales, incluso frente a otras obligaciones legales. Sin embargo, deben informar al paciente sobre su objeción y su derecho a solicitar un médico sustituto a través del grupo SCENZ.

Además, prohíbe la discriminación laboral por ejercer la objeción, protegiendo a empleados y candidatos frente a despidos, negación de empleo o beneficios. Establece también la posibilidad de demandar daños y perjuicios en caso de infracción de estas garantías.

4. España

La Ley Orgánica 3/2021 regula el derecho de las personas mayores de 18 años que padezcan enfermedades graves e incurables o padecimientos crónicos e imposibilitantes, que generen sufrimiento físico o psíquico intolerable, a solicitar y recibir ayuda médica para morir. La ley distingue entre eutanasia activa, donde un profesional sanitario administra una sustancia letal, y el suicidio médicamente asistido, donde se proporcionan los medios para que el propio paciente proceda, siempre basándose en una voluntad libre, informada y reiterada, sin influencia externa.

Asimismo, la ley establece estrictas garantías jurídicas y éticas, con la creación de Comisiones de Garantía y Evaluación en las comunidades autónomas que revisan los casos antes y después del procedimiento, y ampara la objeción de conciencia del personal sanitario implicado. Además, incorpora explícitamente esta prestación en la cartera del Sistema Nacional de Salud, garantizando su acceso público, gratuito y en igualdad de condiciones, en hospitales, centros privados o en el domicilio.

4.1. Requisitos de elegibilidad del paciente

La Ley Orgánica 3/2021 establece un marco jurídico detallado respecto de los requisitos sustantivos y procedimentales para acceder a la prestación de ayuda para morir en España. Conforme al artículo 5, podrán acceder a esta prestación las personas que cumplan, de manera concurrente, con los siguientes requisitos:

a. Edad mínima y otras condiciones. La ley establece que el solicitante debe ser mayor de edad, capaces y consientes al momento de realizar la solicitud. Además, se exige nacionalidad española, residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite permanencia superior a doce meses.
b. Carácter de la solicitud. La persona debe otorgar un consentimiento explícito, voluntario y libre, tras recibir información suficiente y comprensible sobre su diagnóstico, alternativas y efectos del procedimiento, dejando constancia **escrita** en su historia clínica para validar y documentar la decisión.

c. Condiciones médicas habilitantes. Padecer una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, certificado por el médico responsable, que cause sufrimiento físico o psíquico intolerable.

4.2. Procedimiento y obligaciones del médico tratante

La ley exige que el paciente presente dos solicitudes escritas, separadas por al menos 15 días (salvo riesgo de pérdida de capacidad). Tras la primera solicitud, el médico verifica en 2 días los requisitos legales y realiza un proceso deliberativo, explicando diagnóstico, alternativas y cuidados paliativos, entregando la información por escrito en 5 días.

Tras la segunda solicitud, repite el proceso deliberativo y, 24 horas después, recoge la decisión final del paciente. Si continúa, se comunica al equipo asistencial y se obtiene consentimiento informado por escrito.

Además, un médico consultor independiente debe revisar el caso, examinar al paciente y emitir un informe en 10 días, cuyas conclusiones se informan al paciente en 24 horas. Si el informe es desfavorable, puede reclamarse ante la Comisión de Garantía y Evaluación.

4.3. Mecanismos de control y evaluación del procedimiento

España contempla tanto control previo como control posterior en el procedimiento de eutanasia. Para garantizar ambos controles, la ley establece la creación de una Comisión de Garantía y Evaluación en cada Comunidad Autónoma, las cuales son responsables de verificar el cumplimiento de los requisitos legales antes y después de la prestación de ayuda para morir. Estas comisiones tienen un carácter multidisciplinar y deben estar integradas por al menos siete miembros, incluyendo profesionales del ámbito médico, de enfermería y jurídico.

a. Control previo.

Se realiza antes de llevar a cabo la prestación de ayuda para morir, con el objetivo de verificar que se cumplen todos los requisitos legales. Lo ejecuta la Comisión de Garantía y Evaluación de cada Comunidad Autónoma. Una vez que el médico responsable ha completado el proceso (incluyendo las dos solicitudes, el consentimiento y el informe del médico consultor), debe notificarlo a la Comisión.

El presidente de la Comisión, en un plazo máximo de dos días designa a dos miembros (un médico y un jurista), para verificar el cumplimiento de los requisitos legales, quienes revisan la historia clínica, pueden entrevistar al paciente y al equipo, y deben emitir un informe en un máximo de 7 días naturales. Si el informe es favorable, se autoriza la prestación. Si es desfavorable, el paciente puede reclamar al pleno de la Comisión, que resolverá definitivamente. La resolución se comunicará al presidente y al médico

responsable en un plazo máximo de dos días naturales. En caso de informe desfavorable, la persona solicitante podrá recurrir ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

Con resolución favorable, la prestación se realizará con el máximo cuidado y profesionalidad, siguiendo protocolos específicos. Si el paciente está consciente, debe indicar la modalidad en la que desea recibir la ayuda para morir (eutanasia activa o suicidio médicamente asistido). En ambos casos, el médico responsable y el equipo sanitario deben asistir y acompañar al paciente hasta su fallecimiento.

b. Control posterior.

Finalmente, el médico responsable debe remitir a la Comisión de Garantía y Evaluación de su Comunidad Autónoma, en un plazo máximo de cinco días hábiles tras la prestación, dos documentos:

- Primer documento: con información de identificación de todos los intervinientes.
- Segundo documento: con detalles clínicos y procedimentales tales como diagnóstico, sufrimiento, motivaciones del paciente, tiempo transcurrido entre las solicitudes, modalidad aplicada, entre otros.

4.4. Declaración anticipada de voluntad

En España, si la persona no puede otorgar consentimiento libre y consciente, puede acceder a la eutanasia mediante un documento de instrucciones previas o testamento vital, siempre que se cumplan los requisitos clínicos y exista un representante designado ante el médico responsable. La solicitud debe hacerse por escrito, fechada y firmada por el solicitante o, si no puede, por otro adulto en su presencia, con constancia de las razones, ante un profesional sanitario que la rubricará e incorporará a la historia clínica. El paciente puede revocar o aplazar la solicitud en cualquier momento.

4.5. Responsabilidad jurídica por incumplimiento del procedimiento

La Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia, contempla expresamente un régimen de responsabilidad jurídica en caso de que se incumplan las condiciones y garantías establecidas para la prestación de ayuda para morir.

El legislador no elimina del Código Penal el delito de cooperación activa en la muerte de una persona (eutanasia), sino que lo mantiene como delito, en el artículo 143 del Código Penal. Sin embargo, crea una excepción legal para los casos en que esa muerte se haya producido cumpliendo todos los requisitos de la nueva Ley de Eutanasia. Para ello, modifica el artículo 143 de la siguiente forma:

- Establece que si alguien ayuda a morir a una persona gravemente enferma que lo pide voluntariamente, comete un delito, pero se le aplicará una pena menor que al homicidio común.
- Señala que no hay delito si esa ayuda a morir, se realiza conforme a lo establecido por la Ley Orgánica 3/2021.

4.6. Objeción de conciencia de profesionales de la salud

La ley contempla expresamente la objeción de conciencia como un derecho individual de los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de la ayuda para morir. El artículo 16 establece que esta objeción debe manifestarse de forma anticipada y por escrito, lo que permite a las autoridades sanitarias gestionar adecuadamente la prestación del servicio, garantizando así el equilibrio entre los derechos del paciente y los del profesional. Además, la ley ordena la creación de un registro de objetores de conciencia, sujeto a confidencialidad y a la normativa de protección de datos personales, cuyo objetivo es facilitar la organización del sistema sin comprometer la privacidad del profesional. Con ello, se asegura que el ejercicio del derecho a la objeción no obstruya la efectividad del acceso a la eutanasia dentro del marco del Sistema Nacional de Salud.

Referencias

Referencias generales

Bélgica - Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie - CFCCE (2025). https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/euthanasie-publication-des-chiffres-pour-2024-de-leuthanasie-en-belgique

Bélgica - Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation -de l'Euthanasie. CFCEE (2024) Onzième rapport aux Chambres législatives (années 2022-2023) Disponible https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/11_rapport-euthanasie_2022-2023-fr.pdf

Buriticá-Arango E; Agón-López J G. (2022) Eutanasia y suicidio asistido: un análisis de derecho comparado. DOI: 10.22201/iij.24484873e.2022.164.18088

Carrasco, Víctor Hugo & Crispi, Francisca. (2016). Eutanasia en Chile: una discusión pendiente. Revista médica de Chile, 144(12), 1598-1604. Disponible en https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016001200012

Carvajal C., et al (2021). Eutanasia: aclarando conceptos. Revista médica de Chile, 149(10), 1502-1506. https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021001001502

Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie. CNSPFV (2022) Panorama des législations sur l'aide active à mourir dans le monde Au 31 janvier 2022. Élaboré et rédigé par Perrine Galmiche. Disponible en: https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp- content/uploads/2022/05/panorama_des_legislations_mai_2022.pdf

Dutch Regional Euthanasia Review Committees. Disponible en: https://english.euthanasiecommissie.nl/

Electoral Commission Elections NZ (2020). Official referendum results released. Disponible en: https://elections.nz/media-and-news/2020/official-referendum-results-released/

Gobierno Nacional de los Países Bajos, Rijksoverheid (s/f). Euthanasie. Rijksoverheid. Disponible en https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/levenseinde-en-euthanasie/euthanasie

Gobierno Nacional de los Países Bajos, Rijksoverheid. (s. f.). Euthanasie en de wet: sterven met hulp van een arts. Disponible en: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/levenseinde-en-euthanasie/euthanasie

KNMG (2021). KNMG Guideline End-of-Life Decisions. Disponible en: https://www.knmg.nl/actueel/publicaties/publications-in-english

Lancet Commission on the Value of Death - Sallnow L, et al. (2022) Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. Lancet. 2022 Feb 26; 399(10327):837-884. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02314-X

McLean, J. (2020). Referéndums on public policy questions: The case of New Zealand. Blog de la IACL-AIDC. Disponible en: https://blog-iacl-aidc.org/2020-posts/2020/11/26/referendums-on-public-policy-questions-the-case-of-new-zealand

Mroz S, Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Assisted dying around the world: a status quaestionis. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32921084/

Países Bajos - Dutch Regional Euthanasia – RTE (2025) Review Committees. Disponible en https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/annual-reports

Recht van Nu (2022). The Lawyer. Recht van Nu. Disponible en: https://rechtvannu.nl/english/the-lawyer-2/

Société Francaise d'Acompagnement et de Soin Paliatif (SFAP) (2025) Fin de vie -les données du débat-. Disponible en https://www.sfap.org/app/uploads/2023/03/BRO_SFAP_202504_03_Debat-FDV.pdf

UK Parliament. Post, 2022. Assisted dying Research Briefing, Published Monday, 26 September, 2022; Disponible en: https://doi.org/10.58248/PB47

UK_Post_House of Common (2024) Lipscome, S. et al. The law on assisted suicide. Disponible en: https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/SN04857/SN04857.pdf

UK House of Commons (2024), Health and Social Care Committee; Assisted Dying/Assisted Suicide; Second Report of Session 2023–24. Disponible en https://publications.parliament.uk/pa/cm5804/cmselect/cmhealth/321/report.html

Vizcarrondo FE (2014). Neonatal euthanasia: The Groningen Protocol. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25473136/

Referencias legislativas

Bélgica

Loi relative à l'euthanasie 2002. Disponible en: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2002052837&table_name=loi#Art.8

España

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-4628

Nueva Zelanda

End of Life Choice Act 2019. Disponible en: https://bcn.cl/kRmrt2

Países Bajos

Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL). (2001), Disponible en: https://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/2021-10-01

Nota aclaratoria

Asesoría Técnica Parlamentaria está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.