Regulación de la ‘eutanasia’ y el ‘suicidio asistido’

Proyecto de Ley en Chile y situación en Países Bajos y España

Autores

Eduardo Goldstein B
egoldstein@bcn.cl
Tel.: (56) 32 226 3906

Pamela Cifuentes
pcifuentes@bcn.cl

Nº SUP: 148234

Resumen

La eutanasia y la asistencia al suicidio están penalizados en Chile, así como en la mayoría de los países. En los últimos 20 años, sin embargo, se ha dado una expansión en países occidentales de las legislaciones que establecen excepciones a estas prohibiciones, con diferentes niveles de requisitos sustantivos, resguardos y controles. Así, mientras en algunos países sólo se permite el suicidio asistido en enfermos terminales mayores de edad (EE.UU. y Suiza), en otros han regulado tanto el suicidio asistido como la eutanasia, con variaciones en su accesibilidad. Países Bajos es un país pionero en este modelo normativo (la ley fue promulgada el año 2001), mientras que, recientemente (2021), en España se aprobó una ley que incluye ambas prácticas en las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. El proyecto de ley que se discute actualmente en Chile, con las indicaciones propuestas por el Ejecutivo, se asimila más a esta última legislación, en lo que atañe a requisitos de acceso y métodos de control.

En Países Bajos, son condiciones habilitantes el padecer un sufrimiento físico o psíquico considerado insoportable y, bajo ciertas condiciones, son elegibles personas menores de edad, personas con demencia o enfermedades psiquiátricas y extranjeros. En España, en cambio, el acceso es más restrictivo, otorgándose las prestaciones sólo a los mayores de edad y personas con residencia en el país.

En cuanto a la aplicación de estas normativas, en Países Bajos los casos de muertes asistidas notificadas a los organismos oficiales muestran una notoria tendencia al alza, llegando a una tasa de 5,4% sobre el total de defunciones en el año 2023. En España, por su parte, luego de un lento incremento desde su entrada en vigencia el 2021, la tasa sobre total de defunciones se estima fue de 0,07% el mismo año. La diferencia entre ambos casos podría estar influido por diferencias en la aceptación social de estas prácticas, así como por la antigüedad de ley y los niveles de conocimiento que de esta tiene la población y los profesionales de la salud.
En los debates éticos sobre estas legislaciones, es frecuente encontrar advertencias sobre el riesgo que representan para personas de grupos vulnerables, así como también la tendencia a que se vayan expandiendo los criterios de elegibilidad, fortaleciendo una normalización de estas prácticas. Igualmente controversial son los debates sobre el rol y participación de los profesionales de la salud en su aplicación.

Contenido

Introducción 2
I. Contexto y denominaciones 3
II. La tramitación del proyecto de Ley de eutanasia en Chile 4
1. Estructura del Proyecto de Ley sobre AMM que pasa a segundo trámite en Senado: 5
2. Indicaciones anunciadas por el Ejecutivo 6
III. Naturaleza y alcances de la legalización en otros países 7
IV. Reparos en el debate ético de la legislación en otros países 8
1. Argumentos contrarios 8
2. Puntos críticos en los debates 9
V. Los modelos de legislación sobre 'Eutanasia / Suicidio Asistido' en Países Bajos y España 9
VI. Consideraciones sobre la aplicación de la normativa en Países Bajos y España 11
Anexo: Legislación en Países Bajos y España 13
Requisitos de elegibilidad del paciente 13
Procedimiento y obligaciones del médico tratante 15
Mecanismos de control y evaluación del procedimiento 15
Declaración anticipada de voluntad 16
Responsabilidad jurídica por incumplimiento del procedimiento 16
Objeción de conciencia de profesionales de la salud 17
Requisitos de elegibilidad del paciente 17
Procedimiento y obligaciones del médico tratante 18
Mecanismos de control y evaluación del procedimiento 18
Declaración anticipada de voluntad 19
Responsabilidad jurídica por incumplimiento del procedimiento 19

Introducción

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 denominado habitualmente como suicidio asistido. El carácter delictivo de esta acción es independiente de que la persona estuviera agonizando, pidiera la muerte, o que fuera una acción compasiva (*Lancet Report*, secc. 8, 2022). 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. Esto ocurre igualmente en Chile de acuerdo a lo establecido en artículo 393 del Código Penal[1].

[1] Ver en Código Penal, el Título octavo del Libro II que trata sobre los crímenes y simples delitos contra las personas, más específicamente en numeral $1ter donde se tipifica el Homicidio. Cabe considerar que en 2022 se añadió aquí un artículo 393 bis que se refiere a la inducción al suicidio. Disponible en: https://bcn.cl/6HrVz0.

En lo que sigue, el informe se estructura de la siguiente forma:. El capítulo 1 aborda el contexto y los sistemas categoriales para referirse al tema. El capítulo II describe las características y estado de tramitación del proyecto de Ley en Chile. El Capítulo III aborda las tendencias mundiales en la regulación de estas prácticas, distinguiendo la naturaleza jurídica y modelos normativos de diferentes países. El capítulo IV expone algunos reparos y puntos críticos surgidos en el debate de las legislaciones actuales (vigentes o en tramitación). El capítulo V compara las legislaciones de Países Bajos y España (un análisis más detallado de la legislación de estos países se presenta en anexo al final del documento). Finalmente, el capítulo 6 describe algunas características de la aplicación de la ley en los dos países señalados (datos demográficos de solicitantes y su aplicación).

I. Contexto y denominaciones

De forma creciente, a nivel mundial, los gobiernos vienen creando excepciones a la prohibición de la eutanasia o la asistencia al suicidio. 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.

Estas excepciones, generalmente, se dan en contextos caracterizados por fenómenos como son el envejecimiento poblacional y el aumento de la longevidad (lo que significa que la muerte llega más tarde, cuando las personas adolecen de más enfermedades crónicas), aparejado a los avances tecnológicos y una creciente medicalización de la muerte (más personas mueren en los hospitales en vez de morir en sus casas rodeada de sus familiares). Todo lo cual lleva a la necesidad de re-balancear la vida y la muerte en el proceso de morir.

Las discusiones sobre el rol del médico (omnipotencia o paternalismo) ante la autonomía del paciente, así como las zonas grises de la eutanasia con la limitación del esfuerzo terapéutico y la sedación profunda, son temas de controversia frecuente al momento de legislar.

Actualmente, no existe consenso en los debates legislativos sobre que denominación utilizar para referirse a la asistencia de quien solicita ayuda para morir, y los términos escogidos de cierto modo reflejan los puntos de vistas subyacentes. El lenguaje, igualmente varía significativamente en cada país y las denominaciones son muchas veces materia de debate o motivo de confusión en los análisis comparados. Así, rótulos generales, como "suicidio médicamente asistido" (PAS)[2]" o "muerte digna (DWD)" en Estados Unidos, "muerte médicamente asistida (PAD) [3]" usado más frecuentemente en Europa, o "asistencia médica para morir (MAiD)[4]" en Canadá, "muerte asistida voluntaria (VAD)[5]" en Australia, "ayuda activa para morir" en Alemania, "elección del final de la vida" en Nueva Zelanda y "muerte digna" en Colombia, son usados para aludir a prácticas con naturaleza y alcances éticos y jurídicos muy distintos" (Buriticá-Arango et al, 2022, p. 2; Mroz S et al. 2021, p. 3541, UK Parliament, 2022)

[2] Medically Assisted Suicide (PAS).
[3] Physician-Assisted Dying (PAD).
[4] Medical-aid-in dying (MAiD), donde se incluye tanto el suicidio asistido como la eutanasia, de acuerdo al uso que se le da en Canadá. Esto es, considerando que dichas prácticas, en este país la puede realizar tanto un/a médico/a como un/a enfermero/a.
[5] Voluntary Assisted Dying (VAD), en Australia donde la ley privilegia el suicidio asistido por sobre la eutanasia.

Igualmente, en las opiniones respecto a los proyectos discutidos en Chile, distintos autores del ámbito medico han advertido confusiones sobre el significado de estos términos. De aquí que han sugerido distinguir, con más precisión en el marco del debate, las categorías de: eutanasia, suicidio medicamente asistido, adecuación del esfuerzo terapéutico y otros conceptos relacionados.[6] En este sentido, el lenguaje varía también con la evolución del debate en el mismo país[7]

A efectos de diferenciar algunas modalidades básicas entre las prácticas adoptadas en este ámbito, la Asociación Médica Mundial (WMA[8]) distingue la eutanasia y el suicidio asistido, en los siguientes términos:

- "(…) se entiende por **eutanasia** la administración deliberada de una sustancia letal o la realización de una intervención por parte de un médico para provocar la muerte de un paciente con capacidad de decisión, a petición voluntaria del propio paciente" (WMA, 2019).
- "El **suicidio asistido** por un médico se refiere a los casos en los que, a petición voluntaria de un paciente con capacidad de decisión, un médico permite deliberadamente que un paciente ponga fin a su propia vida prescribiéndole o proporcionándole sustancias médicas con la intención de provocarle la muerte" (WMA, 2019).

En línea con estas definiciones y las denominaciones más comúnmente utilizadas en la literatura actual, se considera que el término de Muerte Médicamente Asistida (MMA) comprende tanto a la 'eutanasia' como al 'suicidio asistido'. Luego, en lo sigue 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, suicidio asistido es cuando la persona es quien se auto-administra la sustancia letal (aunque el acto lo hace posible un tercero, pero es practicado por la persona misma)[9]. A este respecto, cabe señalar que el proyecto que se discute en segundo trámite constitucional en Chile utiliza la denominación 'Asistencia Médica para Morir' (AMM) para incluir ambas modalidades (no se ocupan ninguno de los dos términos referenciados más arriba de acuerdo con la WMA).

II. La tramitación del proyecto de Ley de eutanasia en Chile

El proyecto de ley (PDL) actualmente en discusión en segundo trámite constitucional en el Senado, se origina en cuatro proyectos refundidos (Boletines 7736-11[10], 9644-11 / 11745-11 / 11577-11). El primero de los cuales ingresó como moción parlamentaria en junio del año 2011. En agosto 2018, la sala de Cámara de Diputadas y Diputados (CDD) acuerda tratarlo en conjunto con otras mociones, ingresadas-

[6] Ver las definiciones propuestas en Carvajal C., et al (2021) y Carrasco, V., et al (2016).
[7] Así, en el debate actual en Chile, en el texto del proyecto que se discute en segundo trámite en el senado ya no se utiliza el término de eutanasia, que si aparece en el proyecto original del año 2011 (ver articulo Boletín 7736-11, referente a su despenalización).
[8] WMA por su denominación de World Medical Association, en idioma inglés. Esta asociación se ha manifestado firmemente contraria a estas prácticas, de acuerdo a expresado en la D*eclaration on euthanasia and physicianassisted suicide,* adoptada por la 70ª Asamblea General en Tiflis, Georgia, octubre 2019. Disponible en: https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/.
[9] Esto es, como criterio distintivo básico, sin pretender reducir a esta sola dimensión el marco conceptual requerido
[10] Bol 7736-11. Derecho a optar voluntariamente a recibir asistencia médica para acelerar la muerte en caso de enfermedad terminal e incurable. Disponible en http://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=7736-11

con posterioridad, donde se advierte la autoría de parlamentarios de diferentes signos políticos. En abril de 2021, el proyecto pasa a segundo trámite en el Senado.

En cuanto al Gobierno actual, cabe señalar que ha respaldado la idea del proyecto y, durante las Cuentas Públicas de los años 2022 y 2024 ante el Congreso Pleno, el Presidente de la República Gabriel Boric Font ha anunciado que el gobierno daría impulso al proyecto de ley de eutanasia, entregándole urgencia a su tramitación (en el año 2025 se presentan sucesivamente la 'urgencia suma' y en mayo ésta se intensifica con ingreso de la 'discusión inmediata').

1. **Estructura del Proyecto de Ley sobre AMM que pasa a segundo trámite en Senado:**

El PDL aprobado por la Cámara de Diputadas y Diputados, el año 2021[11], lleva por título "Sobre la muerte digna y cuidados paliativos" y, entre sus ideas matrices, se hace referencia a la "Asistencia Médica para Morir" (AMM), que comprende las categorías tanto de eutanasia como de suicidio asistido, entendidas como diferentes modalidades de su aplicación[12]. De hecho, la idea matriz de los proyectos refundidos es "(…) establecer una normativa jurídica que permita a una persona que, cumpliendo ciertas condiciones estrictamente establecidas en la ley, decida y solicite asistencia médica para morir". (Cámara Diputados, 2021[13])

Así, el PDL que pasó a segundo trámite consta de 2 artículos permanentes y uno transitorio, a saber:

- El artículo 1, en lo fundamental, introduce modificaciones en la Ley N° 20.584, sobre derechos y deberes de los pacientes, para establecer los requisitos, formas y procedimientos para acceder al derecho a la asistencia médica para morir[14].
- El artículo 2, por otra parte, modifica los artículos 391 y 393 del Código Penal, disponiendo la exención de responsabilidad penal para los profesionales de la salud que, a petición voluntaria del paciente, se involucren en el AMM de acuerdo a los términos previstos en la ley.

En cuanto a las **condiciones de acceso**, el PDL aprobado en primer trámite, se restringe la aplicación de la figura legal "Solamente la persona a quien se haya diagnosticado un problema de salud grave e irremediable[15]".

Entre los criterios de elegibilidad, el PDL aprobado incluye como condiciones copulativas:

[11] Oficio N° 16490
[12] Se entenderá por asistencia médica para morir, dos casos: 1) la administración por parte de un profesional sanitario de un fármaco que cause la muerte rápida y sin sufrimiento a una persona que lo haya solicitado, siempre indicada por orden de un médico-cirujano y su administración debe ser bajo su supervisión, y 2) La prescripción y entrega de un fármaco que causa una muerte rápida y sin sufrimiento a una persona que la haya solicitado para que se la pueda autoadministrar siempre bajo supervisión médica. MINSAL (2025b), p.12
[13] Segundo informe de la comisión de salud recaído en el proyecto de ley sobre muerte digna y cuidados paliativos.
[14] Se trata de los Artículos que en el segundo informe pasan a ser 16 I a 16 M.
[15] En el proyecto aprobado se entiende que una persona padece problemas de salud graves e irremediables cuando:
1. Se le ha diagnosticado una enfermedad terminal, o
2. Cumple las siguientes condiciones copulativamente: a) Tiene una enfermedad o dolencia seria e incurable; b) Su situación médica se caracteriza por una disminución avanzada e irreversible de sus capacidades; c) Su enfermedad, dolencia o la disminución avanzada e irreversible de sus capacidades le ocasiona sufrimientos físicos persistentes e intolerables y que no pueden ser aliviados en condiciones que considere aceptables

- El ser mayor de 18 años.
- Tener la nacionalidad chilena, residencia legal o permanencia mayor de 12 meses en el territorio nacional.

Ente otras disposiciones, el PDL aprobado en primer trámite contempla, igualmente:

- La posibilidad de hacer un documento de voluntad anticipada[16].
- La posibilidad que el procedimiento pueda ser realizado en el domicilio o un establecimiento de salud[17].
- Respetar la manifestación de objeción de conciencia individual por parte del médico.
- La reiteración de solicitud por parte del paciente (en dos momentos distintos).

2. Indicaciones anunciadas por el Ejecutivo

Entre las indicaciones anunciadas por el Ejecutivo se encuentra que, entre los requisitos de acceso, se indique "(…) que el diagnosticado sea una condición o enfermedad, grave e incurable o terminal"[18] y que el diagnóstico haya sido ratificado por dos médicos cirujanos MINSAL (2025b).

Adicionalmente, en cuanto a las medidas de resguardo, el Ejecutivo propone fortalecerlas con las siguientes medidas:

- Para proteger las garantías de las personas involucradas[19] y evaluar el estricto cumplimiento de los requisitos que la ley imponga, las nuevas indicaciones son crear "(…) **un examen ex ante** del cumplimiento de los requisitos, por parte de una **comisión técnica** para determinar el mérito clínico de los diagnósticos en que se funde la solicitud. (MINSAL 2025b), Esto además del **control ex post** contemplado en el proyecto aprobado en primer trámite.

- Se resguardará que la **exención de responsabilidad penal** proteja a todos los que se involucren en el procedimiento de eutanasia, siempre que cumplan a cabalidad la ley.

- Por razones de armonía, se buscará eliminar la inclusión del derecho a los cuidados paliativos que los proyectos de ley refundidos hacían, porque este derecho ya se encuentra consagrado, tanto en la ley Nº20.584[20] que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud (artículo 16, inciso cuarto) como en la ley de cuidados paliativos, ley Nº21.375 (artículo 1) (MINSAL, nov. 2024).

[16] Lo que será fortalecido con las indicaciones del ejecutivo para simplificar esta solicitud.
[17] Las indicaciones del Ejecutivo explicita que el beneficio aplica para los beneficiarios de todos los sistemas previsionales de Chile (ISAPRE; FONASA; CAPREDENA y DIPRECA).
[18] A no ser condiciones formuladas copulativamente, se entenderá que la enfermedad terminal no es un requisito que restringa la accesibilidad, mientras se cumplan otras condiciones como son la enfermedad grave e incurable.
[19] Incluye tanto a pacientes como los equipos de salud
[20] Artículo 16, inciso cuarto de la ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud

III. 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, mientras que 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, sólo se permite el suicidio asistido a enfermos terminales. El primer estado en introducir una legislación en esta modalidad fue Oregon (1994)[21] La eutanasia no está permitida en EEUU por ley federal

Otros países, en cambio permiten tanto el suicidio asistido como la eutanasia, esto con diferentes condiciones de acceso y aplicación. En orden cronológico, según la antiguedad en que se aprobaron leyes específicas, están los casos de Países Bajos (2001), Bélgica (2002), Luxemburgo (2008), Canadá (2016), algunos estados de Australia (partiendo por el de Victoria, 2019), Nueva Zelanda (2021), España (2021) y Portugal (2023) (UK,HC Library, 2024; CNSPFV, 2023[22]).

Por otra parte, Suiza es un caso especial, considerando que despenalizó el suicidio asistido[23] 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 ni la mayoría de estas prácticas las realizan asociaciones sin fines de lucro (ONGs no medicas), con protocolos propios[24] (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.

Actualmente, existen proyectos en discusión en parlamentos de distintos países, más recientemente, en Europa, estos temas son objeto de intensos debates en los parlamentos, tanto de Francia[25] (Francia-Vie publique, 2025) como de Reino Unido[26] (*UK Parliament, House of Commons*, 2024), pero que aún no se han convertido en leyes.

[21] Oregon Death with Dignity Act de 1994
[22] Las referencias al año de las legislaciones Oregon con *Death with dignity Act* de 1994de cada país puede variar según el hito adoptado en los textos consultados
[23] La asistencia médica al suicidio se permite sólo por motivos "no egoístas". La eutanasia no ha sido legalizada
[24] Existen orientaciones técnicas Ministeriales para estos procedimientos, pero estas no son vinculantes.
[25] La propuesta de ley sobre el derecho a la ayuda a morir, pasará a discusión en segundo trámite al senado en otoño del 2025. (ver Francia-Vie publique, *Proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir* , 27 mai 2025).
[26] 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.

En 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 aplica en casos de enfermedad grave e incurable o lesión corporal grave e irreversible [27]

En cuanto a la región, cabe mencionar que, paralelamente con la discusión en Chile, actualmente en la República Oriental del Uruguay, 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[28].

De esta manera se observa que actualmente hay debates sobre muerte asistida en parlamentos de diferentes países, esto es con propuestas variables en cuanto a las modalidades y requisitos de elegibilidad, lo que podría extender aún más la población con acceso a estas prestaciones a nivel mundial

IV. Reparos en el debate ético de la legislación en otros países

Distintos investigadores advierten que, incluso con posterioridad a la regulación de estas prácticas, los debates éticos persisten, sea por propuestas legislativas para de ampliar el acceso (elegibilidad) o bien por casos particulares llevados a la justicia o expuestos ante la opinión pública[29] (Mroz et al, p3530; CNSPFV, p.1).

En efecto, las legislaciones en algunos países, como Nueva Zelandia[30] y Canadá, fueron impulsadas a propósito de casos particulares que adquirieron relevancia pública. En otros países, han sido los avances de los movimientos sobre derechos y dignidad del paciente, los principales impulsores en la materia, cuestiones que se observan particularmente en EE. UU. y España.

En esta perspectiva, entre los principales argumentos a favor de eutanasia y el suicidio asistió está el derecho a la autodeterminación y el respeto a la dignidad y la autonomía de las personas que solicitan ayuda para morir.

1. Argumentos contrarios

Por otro lado, entre los argumentos de quienes se oponen a estas prácticas, se plantea el principio inviolable del respeto a la vida humana, el valor intrínseco de la persona humana, o la sacralidad de la vida en la perspectiva religiosa. A esto, se añade el cuestionamiento del acto médico que se orienta a

[27] 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.
[28] 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.
[29] En Chile, a modo de ejemplo, cabe mencionar la Carta del Dr. Almeyda (89 años) al presidente del COLMED en el año 2014, o la solicitud de eutanasia que le hiciera Valentina Maureira R. (adolecente afectada por una fibrosis quística) a la Presidenta M. Bachelet el año 2015, entre otros casos que han adquirido relevancia pública en el país
[30] Aunque la ley fue aprobada por el Parlamento de Nueva Zelanda en el 2019, 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.

poner fin a la vida del paciente (principio de no malevolencia) en el código de ética de los médicos, lo que arriesga también a debilitar la confianza pública en el sistema de salud.

Es también frecuente encontrar la advertencia del riesgo que representa este tipo de legislación para personas de grupos vulnerables (particularmente personas con discapacidad o más desfavorecidas socio económicamente), que podrían ser inducidos por presiones externas[31] a una muerte prematura. En este sentido, se advierte igualmente del riesgo de abuso o mal uso de estas prácticas una vez legalizadas. Asimismo, la tendencia a ir expandiendo los criterios de elegibilidad, junto a la normalización de estas prácticas[32].

2. Puntos críticos en los debates

Cuando la elegibilidad se restringe a casos de enfermedad terminal, se plantea el tema de la prognosis en cuanto a la dificultad de predecir en diferentes pacientes lo que será la evolución natural de la enfermedad. Igualmente, está el hecho cuando se incluye el sufrimiento insoportable entre las condiciones habilitantes para acceder, en tanto se considera un criterio eminentemente subjetivo.

Un tema controversial es también la determinación de la capacidad mental de decisión, particularmente en lo que respecta a situaciones de voluntad anticipada o de menores de edad. En esta línea, se plantean también los resquemores sobre la elegibilidad de personas afectadas por una alguna patología psiquiátrica[33]

La involucración de los profesionales de la salud, particularmente la participación del médico y la compatibilidad de estas prácticas con el rol asumido tradicionalmente según diferentes doctrinas y códigos de deontología médica, además de los cambios en la relación médico – paciente, son aspectos sobre los cuales han abundado las controversias en los debates sobre la legislación de las distintas modalidades de muerte medicamente asistida.

V. Los modelos de legislación sobre ‘Eutanasia / Suicidio Asistido’ en Países Bajos y España

De los ocho países que cuentan con regulaciones legales específicas, incluyendo las modalidades de eutanasia y suicidio asistido, en lo que sigue se analizan los casos de Países Bajos y España. El primero de estos casos representa la experiencia con más antigüedad (2001) en este tipo de legislación mientras que el segundo representa a una legislación más reciente (aprobada en 2021), con características más similares al proyecto que se discute actualmente en nuestro país en los que respecta a controles y evaluación

[31] Por influencia de la familia, el medio social, o por querer evitar la carga que representa para los demás.
[32] Lo que conlleva el riesgo de su banalización
[33] Mientras determinados países los excluyen, otros permiten la elegibilidad de personas con trastornos psiquiátricos (casos de Países Bajos y Bélgica) sin distinguir entre enfermedades físicas y mentales. Hay casos de países que añaden exigencias de admisibilidad suplementarias, mientras en la legislación de otros no está explícitamente definido (caso de España). Respecto a este tipo de paciente, los retractores a su elegibilidad, advierten sobre el riesgo de que personas en estado de depresión severa, podrían manifestarse diferentemente si son adecuadamente tratadas.

En lo que sigue se presenta un cuadro comparativo de estas normativas, donde se resumen algunos ejes temáticos fundamentales, relevando los siguientes aspectos: (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.

Una descripción más detallada de cada uno de estos temáticos se presenta en el Anexo, al final del documento, donde se analizan por separado el caso de la legislación vigente en cada uno de estos países.

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

	España *Ley Orgánica 3/2021*	**Países Bajos** *Ley de evaluación de la terminación de la vida a petición propia y del suicidio asistido (2001)*
1. Elegibilidad del paciente	≥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.
2. Obligaciones del médico tratante	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.
3. Control y fiscalización	**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.
4. Declaración anticipada de voluntad	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.
5. Responsabilidad legal	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.
6. Objeción de conciencia	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.

Fuente: Legislación vigente en cada país. Elaboración propia.[34]

[34] Extraído de BCN Cifuentes y Goldstein (2025)

Cabe advertir que, en ambas legislaciones, existen importantes diferencias tanto en requisitos de entrada como de procedimientos sustantivos, donde, de acuerdo a la legislación de Países Bajos, la accesibilidad es más amplia que la permitida por la legislación española. Así, en ciertas condiciones, en Países Bajos se habilita a pacientes menores de edad, pacientes psiquiátricos y extranjeros. En la legislación de España, en cambio, se restringe explícitamente el acceso a los menores de edad y a los extranjeros[35] [36]. En lo que respecta a los pacientes psiquiátricos en España, si bien la legislación no los excluye (el texto no lo especifica), no hay registro de pacientes con estas patologías de base en los reportes de su implementación. En cuanto a la demencia, la legislación española la restringe, exigiendo una capacidad de hecho (la persona debe ser capaz y consciente al momento de la solicitud), pero, al igual que en Países Bajos, acepta solicitudes de voluntad anticipada[37].

La Comisión de Garantía y Evaluación previa (CGyE) que aprueba la solicitud de ayuda para morir, es una particularidad del modelo normativo español. Una comisión similar fue propuesta por el ejecutivo en Chile, como parte de las indicaciones presentadas durante la discusión del PDL en el segundo trámite constitucional.

VI. Consideraciones sobre la aplicación de la normativa en Países Bajos y España[38]

En lo que respecta a la implementación de estas regulaciones, si se observa a Países Bajos, se distingue que los casos de muertes asistidas notificadas a los organismos oficiales muestran una notoria tendencia al aza en transcurso de los últimos 20 años.

Una posible explicación de este aumento es el conocimiento creciente que van teniendo de estas opciones los ciudadanos y profesionales de la salud. En España, que posee una legislación más reciente (2021), la proporción de casos sobre el total de defunciones es de un orden de magnitud muy inferior al de Países Bajos. Esta proporción se estima que fue del 0,07% en España el año 2023, lo que contrasta con el 5,4% estimado en Países Bajos para el mismo año.

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 y de 5,8% el 2024[39] [40].

[35] A los extranjeros se les permite sólo con residencia legal o permanencia superior a los 12 meses
[36] Esto evita el "turismo de suicidio" como se ha denominado a lo que ocurre en países como Suiza, donde con frecuencia acceden pacientes de países vecinos donde no se ha han legalizado aún el suicidio asistido.
[37] La ley española distingue un procedimiento referido a las personas solicitantes con capacidad de hecho y un procedimiento cuando se trata de solicitudes realizadas mediante instrucciones previas (artículo 5 de la LORE)
[38] Las cifras de este acápite están basados en los últimos informes publicados por las instituciones controladoras en cada país (Ministerio Sanidad de España, noviembre 2024 y RTE de Países Bajos, 2025)
[39] 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).
[40] 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)

En cuanto a la relación entre eutanasia[41] 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%)[42].

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 lo que respecta a pacientes psiquiátricos, las cifras dan cuenta de un aumento de su participación en últimos años (en el año 2024 se registran 214 personas que acceden por sufrimientos causados principalmente por trastorno psíquico, lo que representa un proporción cercana al 2% en el total de casos de ese mismo año). Se contabiliza que las personas afectadas por alguna forma de demencia, que accedieron el año 2024, alcanza a 427 casos (la amplia mayoría de estas personas calificaron aptas a manifestar su voluntad respecto a la eutanasia).

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[43]. En cuanto a los más jóvenes, el año 2024 se notificó sólo un caso de menor de edad por patología somática[44].

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, en los establecimientos de cuidados paliativos (863 pacientes).

En **España,** el año 2023 se registraba 766 solicitudes de ayuda para morir. Las prestaciones de ayuda para morir aplicadas se contabilizaron en 334 casos en el mismo año[45]. La evolución de las tasas de mortalidad por eutanasia reflejó un lento incremento, considerando que pasó 0,06% en 2022 a 0,07% en 2023, lo que puede estar influido por los niveles de conocimiento y aceptación social en la sociedad española.

Más de la mitad de estas solicitudes corresponden a personas mayores de 70 años, con proporciones muy similares respecto al género (49,2% de mujeres y 50,7% de hombres). A diferencia de Países Bajos, las patologías de base más frecuentes de los solicitantes son tanto las enfermedades oncológicas, como las neurológicas (esto es, con proporciones similares, concentrando el 35% de las solicitudes cada una de estas categorías, en el año 2023). Asimismo, cabe señalar que el 25% de las personas muere antes que se resuelva su solicitud[46] (situación en la que probablemente incide la extensión que tiene en España la tramitación de las solicitudes de aprobación ante CGyE).

Al igual que en Países Bajos, donde predomina la eutanasia por sobre el suicidio asistido, en España la amplia mayoría de las personas prefirieron que la medicación fuera administrada por el equipo sanitario

[41] 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.
[42] De los 9.958 casos notificados, sólo 187 casos califican como suicidio asistido y 18 como una combinación de ambos.
[43] Los casos más frecuentes corresponden al tramo de 70 a 80 años (3.284 pacientes) seguidos por los de 80 a 90 años (2.980 pacientes).
[44] Proveniente de notificaciones del año anterior, el 2024 la Comisión evaluó dos casos de menores por patología psiquiátrica
[45] Otras 190 personas murieron durante el procesos de aprobación y 188 casos fueron rechazadas por la CGyE
[46] A este respecto cabe considerar que se requieren entre 30 y 40 días mínimos para finalizar un procedimiento de tramitación de eutanasia en base a la ley

(95%), lo que se realiza preferentemente en el ámbito de la atención primaria y en la sanidad pública (47% en hospital y 44% en el lugar de residencia o domicilio, del total casos aplicados en 2023[47]).

De acuerdo con las estadísticas de ese año, el 12,5% de los solicitantes se acogían al programa de donación de órganos de acuerdo al protocolo específico con que cuenta España para estos casos[48].

Anexo: Legislación en Países Bajos y España[49]

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 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:

[47] Los casos restantes, corresponden a 6% en instituciones socio sanitarias y 3% en centros privados no hospitalarios
[48] La oportunidad articular programas en este ámbito, como es la donación de órganos, que presenta cifras falentes en nuestro país, no ha sido explorado en el debate del proyecto de ley de Asistencia Médica para Morir que se discute en Chile.
[49] El texto anexado está extraído sin modificaciones del informe de BCN de Cifuentes y Goldstein (2025).

- 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[50]:

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.

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[51]. 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:

[50] 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

[51] Para esto, médicos y farmacéuticos han elaborado una guía llamada “Ejecución de la eutanasia y el suicidio asistido”[51], 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

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[52], (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 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.

[52] 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).

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. 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.

2.1. 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.

2.2. 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.

2.3. 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.

2.4. 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.

2.5. 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.

Referencias

Referencias generales

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

BCN - Cifuentes y Goldstein. ¿Cómo se ha legislado sobre la muerte asistida?- Bélgica, España, Países Bajos y Nueva Zelanda- (2025). Disponible en https://www.bcn.cl/asesoriasparlamentarias/detalle_documento.html?id=84826

Cámara de diputadas y diputados (2021). Segundo informe de la comisión de salud recaído en el proyecto de ley sobre muerte digna y cuidados paliativos

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. Disponible en 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/

Francia-Vie publique, Proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir (publicado el 27 mayo 2025). Disponible https://www.vie-publique.fr/loi/298544-fin-de-vie-droit-laide-mourir-proposition-de-loi-falorni

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

MINSAL (2025 a) Contexto general de las Indicaciones al PDL de Eutanasia o asistencia médica para morir. Exposición de Dra Ximena Luengo ante Comisión Salud de Senado en enero de 2025

MINSAL (2025 b) Indicaciones al proyecto de ley que crea el derecho a optar voluntariamente para recibir asistencia médica con el objeto de acelerar la muerte en caso de enfermedad terminal e incurable. Exposición de Ministra Ximena Aguilera ante Comisión Salud de Senado en sesión del 17 de junio 2025

Ministerio de Sanidad - Gobierno de España. (2024)Informe de evaluación anual 2023 sobre la prestación de ayuda para morir Noviembre 2024 Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo,.Disponible en https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/InformeAnualEutanasia_2023.pdf

Mroz S, Dierickx S, et al (2021). 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/

Velasco Bernal C, et al (2022). Leyes de eutanasia en España y en el mundo: aspectos médicos [Euthanasia laws in Spain and in the world: Medical aspects]. Aten Primaria. 2022 Jan;54(1):102170. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102170. Epub 2021 Nov 16. PMID: 34798415; PMCID: PMC8605061.

World Medical Association (2019). WMA declaration on euthanasia and physicianassisted suicide. Disponible en: https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/

Referencias legislativas

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

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.

Creative Commons Atribución 3.0
(CC BY 3.0 CL)