Sobre la aplicación actual de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia (LORE) (1) y su evolución desde su entrada en vigor en España

MIGUEL ÁNGEL NÚÑEZ PAZ (2)
Catedrático de Derecho Penal. Universidad de Huelva

RESUMEN

El presente trabajo analiza, desde una perspectiva técnico-jurídica, las bases de la aplicación de la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia (LORE) y su evolución desde su entrada en vigor en España. Se examina su consolidación constitucional, el desarrollo de la práctica administrativa a través de las Comisiones de Garantía y Evaluación, así como la progresiva construcción de una doctrina jurisprudencial que ha contribuido a estabilizar el modelo. El estudio pone de relieve la centralidad del principio de autonomía personal como eje interpretativo, junto con el carácter garantista del procedimiento, y aborda las principales cuestiones problemáticas surgidas en la casuística reciente, tales como la objeción de conciencia, los conflictos familiares, la valoración del sufrimiento psíquico y los límites del control jurisdiccional, incluida la reciente ampliación de la legitimación activa de terceros especialmente vinculados para recurrir judicialmente la concesión de la prestación de ayuda para morir. Finalmente, se ofrece una evaluación crítica del sistema, destacando que su principal desafío actual no reside en su legitimidad normativa, sino en su eficacia operativa, condicionada por factores organizativos, formativos y territoriales.

(1) Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo (https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-4628).

(2) Núñez Paz, M. Á., «Eutanasia y Estado de Derecho: El caso de Noelia Castillo», en *Europa Sur, Tribuna Abierta, 10-05-2026* (https://www.europasur.es/sociedad/noelia-castillo-eutanasia-estado-derecho-caso-muerte-digna_0_2006296901.html); «La discusión conceptual sobre la eutanasia», Estudios Penales (Fiscalía General del Estado), *Número especial: Fundamentos*

Palabras clave: *Eutanasia; derecho a morir dignamente; autonomía personal; Ley Orgánica 3/2021; bioderecho; control jurisdiccional; objeción de conciencia; sufrimiento psíquico.*

ABSTRACT

This paper examines, from a technical-legal perspective, the foundations of the application of Organic Law 3/2021 regulating euthanasia (LORE) and its evolution since its entry into force in Spain. It analyzes its constitutional consolidation, the development of administrative practice through the Guarantee and Evaluation Com-

---

jurídicos y debate actual sobre el «derecho a morir». Fiscalía General del Estado, Quito, 2024. 32 pp.; «El consentimiento, una vida académica después. Disponibilidad de la vida y Constitución», en *Homenaje al profesor Ignacio Berdugo Gómez de la Torre; Liber Discipulorum Schola Iuris Criminalis Salmanticensis Vol.1,* Ediciones Universidad de Salamanca, Salamanca, 2022, pp. 67-82; «Consentir y disponer de la vida humana», en *Ius Criminale,* Colex, Madrid, 2022; «Necesidad de un concepto pre-legal de eutanasia. Aspectos constitucionales y otras precisiones sobre la proposición de "Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia" en España (BOCG de 31 de enero de 2020, núm. 46/1)». *Revista General de Derecho Penal*, núm. 34, 2020; *Interrupción voluntaria de la vida humana,* Tirant lo Blanch, Valencia, 2016, 416 pp.; «Straferheblichkeit von Unterbrechungen der ärztlichen Behandlung in irreversiblen vegetativen Stadien», *FS für Roxin,* 80 Gb., Berlín, 2011; «Voces: Cuidados paliativos/Suicidio asistido», en AAVV: Romeo Casabona (dir.): *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética,* Comares, Granada, 2011; «Artículo 143», en AAVV: *Comentarios al Código Penal – Obra colectiva.* Arroyo, Berdugo, Ferré y otros (dir.), p. 25, Iustel, Colección Comentarios Breves Madrid 2007; «Concepto de eutanasia en el Derecho positivo español. Discusión doctrinal y problemas actuales», en *Derecho penal de la Democracia versus Seguridad pública,* Comares, Granada, 2005, pp. 131-172; «Los denominados casos de conciencia y los procesos históricos de eutanasia», en *Revista del Instituto Superior de Criminología y Ciencias Penales «Dr. Zabala Baquerizo»,* Facultad de Jurisprudencia, Universidad de Guayaquil, núm. 10, año 8, junio de 2005, pp. 72-89; «Interrupción del tratamiento. Estados vegetativos irreversibles. El llamado "encarnizamiento terapéutico"», en *Responsa iurisperitorum Digesta,* Universidad de Salamanca, Salamanca, 2004, pp. 105-132; «Reflexiones en torno a la relevancia del consentimiento del sujeto pasivo en el artículo 143 del Código Penal», en *Libro Homenaje al Dr. Marino Barbero Santos. In Memoriam, v. II,* Universidad de Salamanca, Salamanca, 2001, pp. 433-454; «Prólogo» a Dworkin, Frey y Bok: *La eutanasia y el auxilio médico al suicidio,* Cambridge University Press, Madrid, 2000; *Historia del derecho a morir* (210 pp.), Forum, Oviedo, 1999; *Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir con dignidad a la luz del Código Penal de 1995* (497 pp.) Tecnos, Madrid, 1999; *La buena muerte* (293 pp.), Tecnos, Madrid, 2006; «El problema de la disponibilidad de la propia vida. El derecho a la vida y el derecho a morir en el Derecho penal y en la Constitución Española», en *Nuevas cuestiones penales,* ed. Colex, Madrid, 1998; «Eutanasia: un debate entre Ética, Medicina y Derecho», en *Medicina y Ética,* Instituto de Bioética de la Fac. Medicina/Univ. Anahuac, México D. F., octubre de 1995.

mittees, and the progressive emergence of case law that has contributed to stabilizing the model. The study highlights the central role of personal autonomy as the key interpretative principle, as well as the procedural guarantees embedded in the system. It also addresses the main contentious issues arising in recent case law, including conscientious objection, family conflicts, the assessment of psychological suffering, and the limits of judicial review; also taking into account the recent expansion of the standing of closely related third parties to seek judicial review of the granting of the provision of assistance in dying. Finally, a critical evaluation is offered, emphasizing that the current challenge of the system lies not in its normative legitimacy but in its operational effectiveness, which depends on organizational, professional, and territorial factors.

Keywords: *Euthanasia; right to die with dignity; personal autonomy; Organic Law 3/2021; biolaw; judicial review; conscientious objection; psychological suffering.*

SUMARIO: I. Introducción: configuración normativa y significado constitucional. –II. Naturaleza jurídica del derecho a solicitar la ayuda a morir. 1. Derecho subjetivo de configuración legal. 2. Dimensión prestacional.–III. Requisitos materiales y su interpretación práctica.–IV. Procedimiento: arquitectura garantista. 1. Solicitudes sucesivas. 2. Evaluación médica dual. 3. Control por las Comisiones de Garantía y Evaluación.–V. Evolución cuantitativa desde 2021.–VI. Análisis constitucional del conflicto familiar en la ejecución de la eutanasia concedida: legitimación, autonomía y límites del control judicial. 1. El «caso Noelia Castillo»: núcleo del conflicto constitucional. 2. La legitimación activa del familiar y su reciente expansión jurisprudencial: análisis desde el artículo 24 CE. 3. El derecho a la vida tras la reinterpretación constitucional. 4. Capacidad, técnica médica y límites del juez. 5. Ideología, paternidad, litigio estratégico y neutralidad estatal. 6. Medidas cautelares: el tiempo como factor constitucional. 7. Consolidación y límites del modelo.–VII. Problemas técnicos detectados en la LORE. 1. Retrasos procedimentales. 2. Objeción de conciencia. 3. Desigualdad territorial.–VIII. Análisis dogmático del consentimiento.–IX. Impacto en el sistema penal.–X. Balance crítico tras más de cuatro años de vigencia. 1. Consolidación institucional. 2. Cultura jurídica emergente. 3. Tensiones persistentes. 4. Judicialización del procedimiento y legitimación de terceros.–XI. Perspectiva comparada y posición europea. –XII. Jurisprudencia reciente y casuística relevante en la aplicación de la Ley Orgánica 3/2021. 1. La consolidación constitucional del modelo español. 2. Control jurisdiccional contencioso-administrativo: alcance y límites. Legitimación activa de terceros. 3. Casuística reciente: capacidad, conflicto familiar y sufrimiento psíquico. 4. Objeción de conciencia: interpretación judicial. 5. Tendencias interpretativas emergentes. 6. Evaluación crítica.–XIII. Conclusión general.–XIV. Bibliografía.–XV. Jurisprudencia.– XVI. Fuentes estadísticas.

I. INTRODUCCIÓN: CONFIGURACIÓN NORMATIVA Y SIGNIFICADO CONSTITUCIONAL

La aprobación de la Ley Orgánica 3/2021 (BOE núm. 72, 2021) supuso la incorporación al ordenamiento jurídico español de un derecho subjetivo de nueva generación: el derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir en determinadas condiciones tasadas. Su publicación en el Boletín Oficial del Estado el 25 de marzo de 2021 y su entrada en vigor el 25 de junio del mismo año marcaron un punto de inflexión en la evolución del bioderecho español, no solo por el contenido material de la norma, sino también por el cambio de paradigma que introduce en la relación entre individuo, Estado y sistema sanitario. En efecto, por primera vez se articula jurídicamente la posibilidad de que la decisión sobre el propio proceso de morir se configure como una manifestación jurídicamente protegida de la autonomía personal (Núñez Paz, 2006; Tomás-Valiente Lanuza, 1999), con efectos prestacionales exigibles frente a los poderes públicos.

Este cambio no puede entenderse de forma aislada, sino como culminación de una evolución progresiva en la que el ordenamiento ha ido reconociendo espacios cada vez más amplios de autodeterminación en el ámbito sanitario. Desde el consentimiento informado hasta las instrucciones previas, el legislador había venido configurando un modelo centrado en el paciente como sujeto activo de decisiones. La Ley Orgánica 3/2021 (BOE núm. 72, 2021) da un paso más al situar la voluntad del individuo en el centro de un proceso que tradicionalmente había estado monopolizado por consideraciones médicas, éticas o incluso penales.

Desde una perspectiva técnica, la norma no se limita a despenalizar conductas previamente subsumibles en el artículo 143 del Código Penal, sino que construye un sistema prestacional integrado en el Sistema Nacional de Salud, con garantías procedimentales complejas, control ex ante y ex post, y un reconocimiento explícito del carácter de derecho subjetivo exigible. Este aspecto es crucial, ya que desplaza el eje de análisis desde la mera tolerancia o no punición hacia la obligación positiva del Estado de hacer efectivo el derecho en condiciones de igualdad. No se trata, por tanto, de permitir, sino de garantizar.

La configuración de este sistema revela una sofisticación normativa que busca equilibrar intereses potencialmente en conflicto. Por un lado, la protección de la vida como bien jurídico constitucionalmente relevante; por otro, el respeto a la autonomía individual en situaciones de sufrimiento extremo. Este equilibrio se materializa en un procedimiento cuidadosamente diseñado que incluye múltiples

fases de solicitud, evaluación médica, verificación por órganos independientes y posibilidad de revisión. La densidad procedimental no es un mero formalismo, sino un elemento estructural que pretende dotar de legitimidad a la decisión final, asegurando que esta sea libre, informada y persistente.

El núcleo dogmático de la ley se articula en torno a tres ejes:

1. Autonomía personal y dignidad como fundamento material.

La ley se apoya en una concepción de la dignidad humana que no se limita a la protección de la vida en abstracto, sino que incorpora la calidad de vida y la capacidad de autodeterminación como elementos esenciales. La decisión de poner fin a la propia vida en determinadas circunstancias se presenta, así, como una expresión extrema pero coherente de la libertad individual (Moreso, 2021; Carbonell Mateu, 2018).

2. Sistema garantista procedimental como condición de legitimidad.

La legitimidad de la prestación no deriva únicamente de la voluntad del solicitante, sino del cumplimiento de un conjunto de garantías que aseguran la ausencia de coacciones, errores o decisiones precipitadas. El procedimiento actúa como filtro y como mecanismo de validación jurídica y ética.

3. Integración sanitaria pública como mecanismo de efectividad.

La inclusión de la prestación en el Sistema Nacional de Salud asegura su accesibilidad y evita desigualdades territoriales o socioeconómicas, al tiempo que plantea desafíos organizativos y de conciencia profesional que el propio sistema debe gestionar.

Desde una óptica de técnica legislativa, la LORE es una norma de desarrollo de derechos fundamentales, lo que explica su rango orgánico conforme al artículo 81 de la Constitución. Esta calificación no es meramente formal, sino que refleja la voluntad del legislador de situar la regulación en el ámbito de las garantías reforzadas propias de los derechos fundamentales. No se trata simplemente de una regulación sanitaria, sino de una concreción normativa del derecho a la dignidad reconocido en el artículo 10 de la Constitución, en conexión con la libertad ideológica y la integridad moral (arts. 16 y 15). De este modo, la ley se inserta en el núcleo axiológico del ordenamiento constitucional, proyectando sus efectos más allá del ámbito estrictamente médico.

Además, la norma introduce una nueva categoría de derechos que, aun siendo de configuración legal, presenta una fuerte conexión con

principios constitucionales estructurales. Esto plantea interrogantes relevantes sobre su eventual control de constitucionalidad, su interpretación por los tribunales y su interacción con otros derechos y deberes, como la objeción de conciencia (Romeo Casabona, 2022) de los profesionales sanitarios.

La evolución desde su entrada en vigor permite analizar cómo un derecho de configuración legal se transforma en práctica administrativa, y cómo la experiencia operativa revela tensiones entre diseño normativo y realidad institucional. En la práctica, han surgido cuestiones relacionadas con la heterogeneidad en la aplicación territorial, los tiempos de tramitación, la interpretación de los requisitos clínicos y el papel de las comisiones de garantía y evaluación. Estas tensiones ponen de manifiesto que la efectividad de un derecho no depende únicamente de su reconocimiento normativo, sino de la capacidad del sistema para implementarlo de manera coherente, uniforme y respetuosa con sus principios fundacionales.

En definitiva, la Ley Orgánica 3/2021 (BOE núm. 72, 2021) no solo introduce una nueva prestación sanitaria, sino que redefine los contornos de la relación entre el individuo y el Estado en el momento final de la vida. Su análisis exige, por tanto, una aproximación que combine la técnica jurídica con la reflexión constitucional y ética, atendiendo tanto a su diseño normativo como a su aplicación práctica.

II. NATURALEZA JURÍDICA DEL DERECHO A SOLICITAR LA AYUDA A MORIR

1. **Derecho subjetivo de configuración legal**

La ley de eutanasia configura la ayuda a morir no como una mera opción tolerada por el ordenamiento, sino como un auténtico derecho subjetivo individual. Esta calificación no es neutra, sino que implica una transformación profunda en la posición jurídica del ciudadano frente a los poderes públicos.

En primer lugar, reconocer un derecho subjetivo significa que el titular no depende de la discrecionalidad de la Administración ni de la voluntad del profesional sanitario en términos absolutos. El individuo ostenta una posición jurídica activa, que le permite exigir una determinada conducta del Estado cuando concurren los requisitos legalmente establecidos.

Todo ello se traduce en tres consecuencias fundamentales:

a) Exigibilidad ante la Administración.

El derecho a la prestación de ayuda para morir es directamente exigible. El paciente no solicita un favor ni una autorización excepcional, sino el cumplimiento de una obligación jurídica por parte del sistema sanitario. En caso de denegación indebida, surge la posibilidad de reacción jurídica mediante recursos administrativos y, en última instancia, jurisdiccionales.

b) Procedimiento reglado.

La ley articula un procedimiento detallado, con fases sucesivas, garantías y controles. Esta procedimentalización no solo busca seguridad jurídica, sino que cumple una función de legitimación, pues asegura que la decisión sea libre, informada y sostenida en el tiempo.

El procedimiento sustituye así cualquier lógica de arbitrariedad por una lógica de verificación jurídica y clínica, donde cada paso está normativamente predeterminado.

c) Control jurisdiccional.

Como derecho subjetivo, su eventual vulneración puede ser sometida al control de los tribunales. Esto introduce a la eutanasia en el ámbito del Estado de Derecho pleno, alejándola de espacios de excepción o tolerancia implícita.

Los jueces pueden revisar tanto la correcta aplicación de la norma como la eventual lesión de derechos fundamentales conectados (dignidad, integridad, autonomía).

Ahora bien, es esencial subrayar que no estamos ante una mera causa de exclusión de responsabilidad penal. Este es uno de los puntos conceptualmente más relevantes.

El modelo tradicional en muchos ordenamientos consistía en despenalizar ciertas conductas eutanásicas bajo condiciones estrictas. Sin embargo, en este caso el legislador español adopta una opción más ambiciosa que transforma la eutanasia en una prestación sanitaria positiva.

– Esto implica un cambio de paradigma que, desde la teoría general del derecho, encajaría en la categoría de los derechos de configuración legal. Es decir, derechos cuyo contenido, alcance y condiciones no derivan directamente de la Constitución (Presno Linera, 2021; Peñaranda Ramos, 2021) de forma cerrada, sino que son definidos por el legislador. No se trata de «permitir» que alguien ayude a morir sin

castigo, sino que se trataría de garantizar activamente que quien cumple los requisitos pueda acceder a esa ayuda.

En este caso, la ley delimita con precisión el contenido esencial del derecho a través de varios requisitos:

– Requisitos subjetivos: quién puede solicitarlo (capacidad, situación clínica, nacionalidad o residencia, etc.).
– Requisitos objetivos: condiciones médicas (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante).
– Requisitos procedimentales: solicitudes reiteradas, informes médicos, intervención de comisiones de garantía.

Por tanto, el derecho existe en la medida y en los términos en que la ley lo configura. Esto refuerza su seguridad jurídica, pero también evidencia su dependencia estructural del legislador, que puede ampliarlo o restringirlo dentro de los límites constitucionales.

2. **Dimensión prestacional**

La segunda gran clave de la naturaleza jurídica del derecho a la ayuda a morir es su dimensión prestacional. La eutanasia se integra expresamente en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, lo que supone su equiparación, al menos formal, con otras prestaciones sanitarias. Este paso tiene implicaciones técnicas de gran calado.

a) Obligación positiva del Estado.

El reconocimiento como prestación sanitaria implica que el Estado no solo debe abstenerse de interferir, sino que está obligado a organizar los medios necesarios para hacer efectivo el derecho.

Esto incluye la dotación de recursos humanos y materiales; la formación específica de profesionales y, evidentemente, el cumplimiento de la garantía de accesibilidad en condiciones de igualdad.

Nos encontramos, por tanto, ante un típico derecho de prestación, donde la efectividad depende de la actuación activa de los poderes públicos.

b) Responsabilidad patrimonial en caso de funcionamiento anormal.

Al formar parte del sistema sanitario público, la prestación queda sujeta al régimen general de responsabilidad patrimonial de

la Administración. Lo que abre un campo especialmente complejo en lo que se refiere a los retrasos injustificados en la tramitación; posibles denegaciones indebidas; deficiencias en la información o en el procedimiento…

En estos casos, podría generarse responsabilidad si se acredita un funcionamiento anormal del servicio público, lo que refuerza aún más el carácter garantista del modelo.

c) Necesidad de protocolos clínicos estandarizados.

La integración en el sistema sanitario exige la elaboración de protocolos técnicos y clínicos homogéneos. No basta con la norma jurídica; resulta imprescindible traducirla a prácticas médicas concretas que aseguren la seguridad del paciente, la uniformidad en la aplicación o el control de calidad asistencial.

Estos protocolos cumplen además una función de protección para los profesionales sanitarios, al proporcionarles un marco claro de actuación.

Finalmente, es importante destacar la opción estructural del legislador.

La ley rechaza un modelo privatizado o puramente despenalizador y opta por una estructura pública, institucionalizada y controlada que conlleve evitar desigualdades de acceso basadas en recursos económicos mediante el uso de controles administrativos y comisiones independientes que permitan integrar la eutanasia en el ámbito de la ética y la práctica clínica, y no en la marginalidad jurídica.

En consecuencia, el modelo español se caracteriza, como ya hemos reseñado, por ser eminentemente garantista, por su fuerte carga procedimental; público, por su inserción en el sistema sanitario; viniendo, además, determinado por su configuración como derecho subjetivo.

III. REQUISITOS MATERIALES Y SU INTERPRETACIÓN PRÁCTICA

La configuración de los requisitos materiales en la Ley Orgánica 3/2021 (BOE núm. 72, 2021) constituye el núcleo real de operatividad del derecho a la prestación de ayuda para morir. Lejos de ser meros presupuestos formales, estos requisitos actúan como verdaderos filtros sustantivos cuya interpretación práctica ha desplazado una parte relevante del poder decisorio hacia los profesionales sanitarios y, en última instancia, hacia las Comisiones de Garantía y Evaluación. Ello

se debe, en gran medida, a que el legislador ha optado por conceptos jurídicos indeterminados que requieren una concreción casuística.

En lo que respecta a los requisitos subjetivos, la enumeración legal –mayoría de edad, vínculo jurídico con España, capacidad, conciencia y voluntariedad– presenta una apariencia de claridad que se desvanece cuando se analiza su aplicación concreta. El elemento central es, sin duda, la capacidad. La ley no exige un estándar reforzado, sino que remite implícitamente al régimen general de consentimiento informado previsto en la Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente. Esta opción normativa resulta técnicamente discutible, ya que equipara decisiones de intensidad radicalmente distinta; no es lo mismo consentir un tratamiento que solicitar una intervención destinada a provocar la muerte. Sin embargo, introducir un umbral más exigente habría planteado el riesgo de restringir excesivamente el acceso al derecho, lo que explica la prudencia del legislador.

En la práctica, la evaluación de la capacidad se ha construido sobre un modelo funcional, centrado en la aptitud del paciente para comprender la información relevante, valorar las consecuencias de su decisión y adoptarla de forma coherente con su sistema de valores. Este enfoque evita exclusiones automáticas, pero introduce una inevitable carga de subjetividad. La dificultad se intensifica en presencia de trastornos psiquiátricos concurrentes, donde la cuestión no es la existencia del diagnóstico, sino su impacto real sobre las facultades decisorias. La doctrina ha insistido, con razón, en que la enfermedad mental no puede operar como causa automática de incapacidad; sin embargo, en la práctica clínica se observa una tendencia a la cautela reforzada, que en ocasiones se traduce en una exigencia implícita de estándares más altos de los legalmente previstos.

Esta tensión revela una carencia relevante del sistema como es la ausencia de protocolos homogéneos y suficientemente detallados para la evaluación de la capacidad en este contexto. Como consecuencia, se produce una variabilidad significativa entre profesionales y territorios, lo que compromete la igualdad en el acceso a la prestación. La voluntariedad, por su parte, plantea problemas distintos, pero igualmente complejos. Aunque la ley exige que la decisión esté libre de presiones externas, el modelo normativo se muestra poco sensible a las denominadas presiones estructurales –soledad, dependencia, percepción de carga– que, sin constituir coacción en sentido estricto, pueden influir de manera decisiva en la formación de la voluntad. La verificación de este requisito descansa en entrevistas clínicas reiteradas, pero carece de instrumentos objetivos plenamente fiables, lo que refuerza su carácter indeterminado.

En cuanto a los requisitos clínicos, la ley articula dos categorías: la enfermedad grave e incurable y el padecimiento grave, crónico e imposibilitante. La introducción de esta segunda categoría supone una ampliación sustancial del ámbito de aplicación, al desvincular la prestación de la proximidad de la muerte. Desde un punto de vista técnico, ello implica un desplazamiento desde un criterio fundamentalmente pronóstico hacia otro centrado en la experiencia subjetiva del sufrimiento. Esta evolución sitúa al sistema español en una posición más flexible que otros modelos comparados, pero al mismo tiempo incrementa las dificultades interpretativas.

El concepto de sufrimiento intolerable constituye el verdadero eje de ambos supuestos. Se trata de un estándar necesariamente abierto (Raga i Vives, 2022; Ortiz Fernández, 2021), que no puede objetivarse mediante indicadores clínicos unívocos. La valoración exige integrar elementos médicos –intensidad del dolor, limitación funcional– con factores subjetivos y biográficos. Este carácter híbrido impide una aplicación puramente técnica y obliga a recurrir a juicios prudenciales, lo que explica el protagonismo de las valoraciones interdisciplinarias. No obstante, esta misma apertura genera incertidumbre y amplía el margen de discrecionalidad.

Las dificultades se acentúan cuando el sufrimiento es predominantemente psíquico. En estos casos, la ausencia de marcadores objetivos y la posibilidad de intervención terapéutica plantean dudas sobre la irreversibilidad de la situación. La práctica ha respondido mediante un incremento del escrutinio, con mayor peso de las valoraciones psiquiátricas y una tendencia a la cautela. Sin embargo, desde una perspectiva crítica, puede señalarse que el sistema carece de criterios suficientemente precisos para delimitar cuándo el sufrimiento psíquico (Raga i Vives, 2022) alcanza el umbral exigido por la ley, lo que vuelve a situar la decisión en el terreno de la apreciación clínica.

Finalmente, la experiencia acumulada muestra que las Comisiones de Garantía y Evaluación han adoptado, en general, una interpretación prudente, especialmente en los supuestos no terminales. Este comportamiento responde a la naturaleza irreversible de la decisión y a la función garantista que tienen atribuida. Sin embargo, también produce efectos problemáticos, ya que puede generar una cierta restricción indirecta del derecho y contribuir a una aplicación desigual. En este sentido, el sistema español parece moverse en un equilibrio delicado entre la protección frente a decisiones precipitadas y el respeto efectivo de la autonomía del paciente.

En conjunto, los requisitos materiales configuran un modelo que descansa más en la calidad del procedimiento y en la prudencia de los

intervinientes que en la precisión de las normas. Esta opción ofrece flexibilidad, pero a costa de introducir incertidumbre y variabilidad interpretativa, lo que plantea la necesidad de una progresiva consolidación de criterios, ya sea a través de la práctica administrativa, de la elaboración doctrinal o, eventualmente, de una mayor intervención jurisprudencial.

IV. PROCEDIMIENTO: ARQUITECTURA GARANTISTA

La ley, como venimos reiterando, configura un procedimiento intensamente garantista que pretende asegurar que la decisión de solicitar la eutanasia sea libre, informada y sostenida en el tiempo, así como clínicamente fundamentada. Sin embargo, este diseño no es neutro, sino que responde a una lógica de cautela reforzada que, si bien busca evitar abusos, introduce tensiones relevantes entre la seguridad jurídica y la efectividad real del derecho.

1. **Solicitudes sucesivas**

La exigencia de dos solicitudes separadas por al menos 15 días actúa como mecanismo de verificación de la persistencia de la voluntad. Sobre el papel, se trata de una garantía razonable frente a decisiones impulsivas o condicionadas por circunstancias transitorias. No obstante, desde un análisis técnico, este requisito revela una cierta desconfianza estructural hacia la autonomía del paciente, al imponer una reiteración formal de la decisión como condición de validez.

El principal problema surge en la interacción entre este plazo y la evolución clínica. En situaciones de deterioro rápido, el tiempo jurídico no se ajusta al tiempo biológico. Aunque la ley permite acortar el plazo en caso de riesgo de pérdida de capacidad, esta previsión introduce un margen de discrecionalidad clínica que no siempre resulta fácil de gestionar. El profesional debe anticipar escenarios inciertos bajo la presión de un posible control posterior, lo que puede inducir a interpretaciones conservadoras.

En la práctica, esto ha generado casos en los que el procedimiento no llega a completarse antes del fallecimiento del solicitante. Desde una perspectiva estrictamente formal, el sistema habría funcionado como filtro; pero desde una perspectiva material, puede interpretarse como una falla en la efectividad del derecho. La garantía, en estos supuestos, deja de proteger y pasa a obstaculizar.

2. **Evaluación médica dual**

La intervención de un médico responsable y un médico consultor independiente responde a la necesidad de reforzar la objetividad clínica mediante un control horizontal entre profesionales. Este modelo pretende evitar decisiones unilaterales y asegurar que concurren los requisitos legales desde una doble validación experta.

Sin embargo, su eficacia depende en gran medida de cómo se materializa esa independencia. En contextos sanitarios donde los profesionales comparten entornos organizativos o culturales, la independencia puede ser más formal que real. Existe el riesgo de que el segundo informe derive en una confirmación rutinaria, especialmente si no se promueve una cultura de deliberación crítica.

Por otro lado, la evaluación no se limita a datos clínicos verificables, sino que incluye elementos de apreciación compleja como el sufrimiento intolerable o la capacidad decisional. Estos conceptos, aunque jurídicamente necesarios, carecen de una definición completamente objetivable, lo que introduce variabilidad interpretativa. Esta variabilidad puede traducirse en diferencias de acceso según el criterio de los profesionales implicados, generando potenciales desigualdades.

Además, el médico asume aquí una función que excede lo estrictamente asistencial y se convierte en garante del acceso a una prestación legal, con una carga ética y jurídica considerable. Esta posición híbrida puede generar tensiones, especialmente en ausencia de formación específica o de marcos claros de apoyo institucional.

3. **Control por las Comisiones de Garantía y Evaluación**

Las Comisiones de Garantía y Evaluación constituyen un elemento singular del modelo, al introducir un control institucional previo a la práctica de la eutanasia. Su configuración como órganos administrativos colegiados con funciones cuasi-jurisdiccionales refleja la voluntad de someter el procedimiento a una supervisión externa reforzada.

Desde el punto de vista garantista, este control añade una capa adicional de seguridad. Sin embargo, también incrementa la complejidad y la duración del procedimiento. En contextos de sufrimiento avanzado, cualquier dilación adquiere una relevancia crítica, lo que obliga a cuestionar si el control previo es siempre la opción más adecuada o si, en determinados supuestos, sería más eficiente un control posterior.

Otro aspecto problemático es la heterogeneidad territorial. Al depender de las comunidades autónomas, estas comisiones pueden

operar con criterios y ritmos distintos, lo que introduce un riesgo de desigualdad en la aplicación del derecho. Esta fragmentación resulta difícilmente conciliable con la idea de una prestación sanitaria básica en condiciones de equidad.

Finalmente, su naturaleza cuasi-jurisdiccional plantea interrogantes sobre las garantías del procedimiento, sobre el grado de motivación de sus decisiones, o sobre los mecanismos de revisión y el estatuto jurídico del solicitante dentro de este proceso. Se trata, pues, de un espacio intermedio entre la administración y la jurisdicción que no siempre está completamente definido.

En conjunto, la arquitectura garantista del procedimiento revela una tensión constante entre protección y accesibilidad. La acumulación de controles, lejos de ser neutral, condiciona decisivamente la experiencia real del derecho, planteando la cuestión de si la garantía debe entenderse como suma de filtros o como adecuación flexible a la realidad clínica.

La reciente STS 690/2026, de 3 de junio, confirma que la Comisión de Garantía y Evaluación constituye el principal órgano técnico de control del procedimiento, pero precisa igualmente que sus resoluciones no quedan sustraídas al control jurisdiccional cuando concurra un interés legítimo constitucionalmente apreciable.

V. EVOLUCIÓN CUANTITATIVA DESDE 2021

La evolución de la aplicación de la ley de eutanasia en España desde su entrada en vigor en junio de 2021 permite observar no solo una progresión numérica, sino también una transformación estructural del sistema sanitario y jurídico en su relación con la muerte médicamente asistida. Los datos oficiales (Ministerio de Sanidad, Informes 2021-2025) –aunque todavía con limitaciones de homogeneidad y transparencia entre comunidades autónomas– muestran tres tendencias principales que conviene analizar críticamente: el incremento progresivo de solicitudes, la consolidación del procedimiento y la reducción de denegaciones por motivos formales. Estas tendencias, lejos de ser meramente descriptivas, plantean cuestiones relevantes sobre la normalización de la eutanasia, los mecanismos de garantía y los riesgos de banalización.

A. El incremento progresivo de solicitudes anuales, con un aumento sostenido de estas, constituye uno de los indicadores más visibles. Sin embargo, una lectura ajustada exige distinguir entre cre-

cimiento «real» (incremento de la demanda social) y crecimiento «inducido» (derivado de una mayor accesibilidad, conocimiento o simplificación del procedimiento).

En este sentido, el incremento inicial puede explicarse por un efecto de «demanda embalsada» de pacientes que, antes de 2021, no disponían de un cauce legal para formalizar su voluntad. No obstante, a medida que avanzan los años, el mantenimiento de la tendencia ascendente sugiere una progresiva interiorización cultural de la eutanasia como opción clínica legítima. Aquí emerge una cuestión crítica: ¿estamos ante una ampliación de la autonomía del paciente o ante un desplazamiento del umbral social de tolerancia al sufrimiento?

Desde una perspectiva bioética, este crecimiento obliga a examinar si los sistemas de información al paciente son suficientemente equilibrados o si, por el contrario, existe un sesgo –explícito o implícito– que presenta la eutanasia como solución preferente frente a alternativas como los cuidados paliativos avanzados.

B. Respecto de la consolidación del procedimiento, un análisis detenido indica, a mi entender, que los circuitos administrativos, clínicos y de control, han alcanzado un cierto grado de estabilidad operativa. Esto se traduce en una mayor previsibilidad en los tiempos de tramitación, una mejor coordinación entre profesionales y una reducción de la incertidumbre jurídica.

No obstante, esta «consolidación» debe analizarse críticamente en al menos tres niveles:

1. Estandarización vs. individualización: La protocolización es necesaria para garantizar seguridad jurídica, pero puede tensionar la exigencia de una evaluación individualizada de cada caso, especialmente en lo relativo al sufrimiento psíquico (Raga i Vives, 2022) o existencial.
2. Carga profesional y objeción de conciencia (Romeo Casabona, 2022): La estabilización del sistema no ha eliminado las tensiones en torno a la objeción de conciencia (Romeo Casabona, 2022), ni la desigual distribución de profesionales dispuestos a participar. Esto puede generar desigualdades territoriales encubiertas.
3. Control ex post vs. control preventivo: El modelo español descansa en gran medida en comisiones de garantía que revisan los casos a posteriori. La consolidación del procedimiento podría estar desplazando el foco hacia un control más formal que sustantivo, con el riesgo de que la verificación del cumplimiento de requisitos sustituya al análisis profundo del caso.

C. La reducción de denegaciones por motivos formales indica una mejora en la calidad técnica de las solicitudes y en la asesoría proporcionada a los pacientes. Este dato, en apariencia positivo, merece una lectura más matizada.

Por un lado, refleja una mayor capacitación de los profesionales y una mejor comprensión del procedimiento por parte de los ciudadanos. Pero, por otro, puede interpretarse como una «optimización» del sistema para facilitar la aprobación de solicitudes, lo que plantea interrogantes sobre el equilibrio entre accesibilidad y rigor.

Es relevante preguntarse si la disminución de errores formales se acompaña de un fortalecimiento equivalente en la evaluación material de los requisitos (capacidad, voluntariedad, situación clínica), o si, por el contrario, el sistema está evolucionando hacia una lógica de eficiencia administrativa que podría debilitar las garantías sustantivas.

D. Desigualdad territorial inicial: Cataluña y País Vasco.

El protagonismo inicial de Cataluña y País Vasco no es casual, sino que responde a una tradición previa en planificación anticipada de decisiones sanitarias y a una cultura bioética más desarrollada en el ámbito clínico.

Estas comunidades partían de una mayor implantación de documentos de voluntades anticipadas; equipos sanitarios más familiarizados con la toma de decisiones al final de la vida e infraestructuras organizativas ya adaptadas a procesos deliberativos complejos.

Sin embargo, esta ventaja inicial plantea una cuestión de fondo: la ley, aunque estatal, se implementa en sistemas sanitarios descentralizados, lo que genera una «geografía de la eutanasia» donde el acceso efectivo puede variar. La evolución posterior parece haber reducido parcialmente estas diferencias, pero no las ha eliminado completamente.

Se presentan tres fases de evolución:

1. Fase inicial (2021): adaptación institucional.

Esta etapa se caracteriza por una implementación apresurada en muchos territorios, con desarrollo desigual de protocolos, comisiones de garantía aún en formación y cierta inseguridad entre los profesionales.

Desde un punto de vista crítico, esta fase revela una tensión entre la urgencia política de la norma y la insuficiente preparación estructural del sistema. La ley entró en vigor antes de que existiera una verdadera «cultura operativa» de la eutanasia.

2. Fase de consolidación (2022-2023): incremento sostenido.

En esta fase se estabilizan los procedimientos, aumentan las solicitudes y se reducen los errores formales. Es el momento en que la eutanasia deja de ser una novedad y pasa a integrarse en la práctica clínica.

No obstante, este crecimiento sostenido también puede implicar un fenómeno de «normalización acrítica», donde la repetición de casos reduce la intensidad del debate ético en cada situación concreta. El riesgo aquí es la rutinización de una decisión que, por su naturaleza, debería permanecer excepcional y profundamente deliberativa.

3. Fase de normalización (2024-2025): integración en práctica ordinaria.

La integración en la práctica ordinaria es, probablemente, el punto más controvertido desde una perspectiva filosófica y jurídica. Que la eutanasia se convierta en una prestación más del sistema sanitario implica un cambio de paradigma: de una excepción regulada a una opción clínicamente disponible.

Este proceso plantea varias cuestiones: ¿Se está diluyendo el carácter extraordinario de la eutanasia? ¿Cómo afecta esta normalización a la relación médico-paciente? ¿Existe riesgo de presión –explícita o implícita– sobre pacientes vulnerables? …

Además, la normalización puede generar un efecto de «desplazamiento de estándares», en el que lo que inicialmente se concebía como un recurso extremo pasa a considerarse una alternativa más dentro del abanico terapéutico.

En definitiva, parece que la evolución cuantitativa desde 2021 no puede interpretarse únicamente como un éxito de implementación normativa. Es también el reflejo de un proceso más profundo de transformación cultural, clínica y jurídica. El paso de la excepcionalidad a la normalización constituye el eje central de este cambio, y con él emergen riesgos que requieren una vigilancia constante como la posible banalización de la decisión, la desigualdad territorial persistente o la tensión entre eficiencia administrativa y garantías sustantivas.

Desde una perspectiva crítica, el reto ya no es implementar la ley, sino asegurar que su aplicación no desdibuje los principios que pretendía proteger; la autonomía, sí, pero también la protección de los más vulnerables y la integridad ética de la práctica médica.

VI. ANÁLISIS CONSTITUCIONAL DEL CONFLICTO FAMILIAR EN LA EJECUCIÓN DE LA EUTANASIA CONCEDIDA: LEGITIMACIÓN, AUTONOMÍA Y LÍMITES DEL CONTROL JUDICIAL

La consolidación jurisprudencial en torno a la Ley Orgánica 3/2021 (BOE núm. 72, 2021) ha permitido cerrar, al menos en el plano abstracto, el debate sobre su constitucionalidad. El Tribunal Constitucional (SSTC 19/2023 y 94/2023) ha fijado con claridad un marco interpretativo que rompe con concepciones clásicas maximalistas del derecho a la vida, afirmando que la Constitución no impone un deber de vivir ni excluye la posibilidad de que el legislador articule, con garantías, un derecho a morir. Esta afirmación, lejos de ser meramente declarativa, tiene consecuencias estructurales, pues desplaza el eje del debate desde la legitimidad de la norma hacia los conflictos concretos que emergen en su aplicación.

En este contexto, la intervención del Tribunal Supremo ha sido igualmente decisiva al perfilar el alcance del control judicial en base a un control de legalidad y no de sustitución del juicio clínico. Esta delimitación, aparentemente técnica, es en realidad una pieza clave para preservar el equilibrio institucional del modelo.

1. **El «caso Noelia Castillo»: núcleo del conflicto constitucional**

Noelia Castillo Ramos, una joven de 25 años, tras sufrir una agresión sexual múltiple, padeció un cuadro de salud mental grave y quedó parapléjica por un intento de suicidio. Su solicitud generó una disputa legal de casi dos años con su padre. La muerte de Noelia, que recibió la eutanasia el 26 de marzo de 2026 en Barcelona, la convirtió en la persona más joven en España en acceder a este derecho y la sexta paciente psiquiátrica en hacerlo, y abrió un fuerte debate social y político. Mientras que asociaciones a favor de la muerte digna y diversos partidos políticos (PSOE, Sumar, ERC, EH Bildu y BNG) mostraron su respeto a su voluntad y a la legalidad del proceso, grupos conservadores y su entorno familiar más cercano expresaron su fuerte rechazo. Además, el colectivo Derecho a Morir Dignamente aprovechó el caso para solicitar cambios legales que evitaran que estos trámites se alargasen más de 600 días, lo cual prolonga evidentemente el sufrimiento de los solicitantes.

El «caso Noelia Castillo» constituye, hasta el momento, el conflicto judicial más relevante surgido en España en torno a la aplica-

ción práctica de la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia. El supuesto adquirió una notable repercusión pública y jurídica al plantear, de forma especialmente intensa, la tensión entre la autonomía personal de la solicitante y la oposición formulada por su entorno familiar frente a la ejecución de la prestación de ayuda para morir ya autorizada por la administración sanitaria competente.

La controversia se originó tras la solicitud formulada por Noelia Castillo, paciente afectada por una grave situación clínica cronificada y generadora de sufrimiento persistente, quien instó el procedimiento previsto en la Ley Orgánica 3/2021 para acceder a la prestación de ayuda para morir. Una vez verificado el cumplimiento de los requisitos legales por los profesionales sanitarios intervinientes y ratificada la procedencia de la prestación por la correspondiente Comisión de Garantía y Evaluación, el padre de la solicitante promovió diversas actuaciones judiciales encaminadas a impedir su ejecución, alegando esencialmente dudas sobre la capacidad de decisión de su hija y defendiendo una interpretación expansiva del derecho a la vida reconocido en el artículo 15 de la Constitución.

El caso planteó así cuestiones de extraordinaria relevancia constitucional y dogmática, especialmente en relación con la legitimación de terceros familiares para impugnar una decisión de naturaleza estrictamente personalísima, el alcance del control judicial sobre las valoraciones clínicas efectuadas en el procedimiento de eutanasia y la interpretación constitucional del derecho a la vida tras la entrada en vigor de la Ley Orgánica 3/2021 y la doctrina establecida por el Tribunal Constitucional en sus sentencias 19/2023 y 94/2023.

Asimismo, el litigio evidenció una cuestión especialmente sensible como es la incidencia del tiempo procesal sobre la efectividad material del derecho reconocido por la ley. En efecto, la prolongación del conflicto judicial terminó proyectándose directamente sobre la situación vital de la solicitante, reabriendo el debate acerca de si determinadas medidas cautelares o estrategias procesales pueden llegar, en la práctica, a vaciar de contenido el ejercicio efectivo del derecho a solicitar ayuda para morir.

Así pues, el caso Noelia Castillo representa un punto de inflexión en la evolución interpretativa de la Ley Orgánica 3/2021, al trasladar el debate desde la constitucionalidad abstracta de la norma hacia los problemas concretos derivados de su aplicación práctica, particularmente en aquellos supuestos en los que confluyen conflicto familiar, cuestionamiento de la capacidad y judicialización del procedimiento.

El caso introduce un elemento cualitativamente distinto en el debate, que no cuestiona la ley en abstracto, sino su ejecución frente a la oposición familiar. La reciente evolución del suceso –marcada por el fallecimiento de la solicitante tras un prolongado conflicto judicial– ha intensificado la reflexión jurídica, al evidenciar las tensiones entre tiempo procesal y tiempo vital.

Tal como ya señalé en mi reciente artículo en Europa Sur (10 de mayo de 2026) (3), el problema no es ya si la eutanasia es constitucional, sino si el sistema es capaz de garantizar su ejercicio efectivo frente a interferencias externas, especialmente cuando estas se canalizan judicialmente.

El conflicto se articula en torno a tres ejes: legitimación, interpretación del derecho a la vida y límites del control jurisdiccional. Pero, en el fondo, lo que está en juego es la propia operatividad del derecho, es decir, si este puede ser ejercido en tiempo y forma o si queda a menudo expuesto a posibles bloqueos indirectos.

2. La legitimación activa del familiar y su reciente expansión jurisprudencial: análisis desde el artículo 24 CE

La cuestión de la legitimación del entorno familiar ha experimentado una evolución jurisprudencial relevante tras el acuerdo del Pleno de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de mayo de 2026 (STS 690/2026, de 3 de junio), que reconoce –por mayoría de 23 magistrados a 9 y con voto particular– legitimación para recurrir judicialmente la concesión de la prestación de ayuda para morir a personas que mantengan una vinculación particularmente estrecha con el solicitante.

Esta doctrina supone una matización significativa respecto de interpretaciones anteriores más restrictivas, al admitir que, en determinados supuestos excepcionales, el interés legítimo del familiar puede alcanzar relevancia constitucional suficiente para acceder a la jurisdicción contencioso-administrativa.

La legitimación del progenitor ya no puede considerarse, tras la citada reciente doctrina del Tribunal Supremo (STS 690/2026, de 3 de junio), jurídicamente inconsistente en términos absolutos. Sin embargo, ello no implica reconocerle una posición sustitutiva de la voluntad del solicitante, sino únicamente acceso al control jurisdiccio-

(3) Núñez Paz, M. A., Eutanasia y Estado de Derecho: El caso de Noelia Castillo, en Europa Sur, Tribuna Abierta, 10-05-2026 (https://www.europasur.es/sociedad/noelia-castillo-eutanasia-estado-derecho-caso-muerte-digna_0_2006296901.html).

nal en supuestos especialmente cualificados. La Sala Tercera opta por la ampliación de la legitimación activa de terceros especialmente vinculados para recurrir judicialmente la concesión de la prestación de ayuda para morir.

Debe evitarse identificar legitimación procesal con facultad de oposición material. La reciente STS 690/2026 insiste expresamente en que reconocer legitimación al progenitor únicamente permite el acceso al control jurisdiccional, sin atribuirle capacidad alguna para sustituir la voluntad del solicitante ni para alterar por sí misma la decisión administrativa.

Esta operación choca con la tradicional doctrina constitucional, que reserva la defensa de derechos ajenos a supuestos excepcionales de incapacidad o imposibilidad.

Aceptar una legitimación amplia en estos casos implica en la práctica, a mi entender, la introducción de un mecanismo de veto familiar indirecto. Esto no solo desnaturaliza el carácter personalísimo del derecho, sino que genera un efecto sistémico de inseguridad jurídica sobre la idea de que cualquier decisión autónoma podría quedar suspendida por la mera oposición de terceros.

El verdadero problema constitucional ya no reside, por tanto, en la admisión excepcional de legitimación, sino en evitar que dicha legitimación se transforme materialmente en ese mecanismo obstructivo capaz de neutralizar el ejercicio efectivo del derecho reconocido por la Ley Orgánica 3/2021.

Aquí es donde el reciente modelo muestra uno de sus puntos más delicados cual es la necesidad de blindar la autonomía sin excluir completamente el acceso a la jurisdicción. La nueva doctrina del Tribunal Supremo parece querer orientarse hacia un modelo intermedio que admite excepcionalmente la legitimación procesal de familiares especialmente vinculados, pero sin reconocerles capacidad de disposición sobre un derecho de naturaleza estrictamente personalísima. El equilibrio entre tutela judicial efectiva y autonomía individual se desplaza así desde la exclusión de la legitimación hacia la delimitación estricta de sus efectos.

Desde una perspectiva constitucional, la ampliación podría resultar, sin embargo, comprensible en términos de tutela judicial efectiva, aunque obliga a extremar las cautelas para impedir que el proceso termine desplazando el centro de gravedad del procedimiento desde la autonomía del solicitante hacia el conflicto familiar. El riesgo no reside en la existencia del control judicial, sino en la posibilidad de que éste altere el equilibrio diseñado por la LORE.

3. **El derecho a la vida tras la reinterpretación constitucional**

El artículo 15 CE ha sido tradicionalmente interpretado desde una lógica de protección absoluta. Sin embargo, la doctrina reciente del Tribunal Constitucional (SSTC 19/2023 y 94/2023) introduce una lectura más compleja y matizada.

El derecho a la vida deja de ser entendido como un mandato de conservación a toda costa para convertirse en un espacio de protección frente a injerencias externas. Esta distinción es crucial ya que, como defendemos hace largo tiempo, el Estado debe proteger la vida, pero no imponerla.

La posición sostenida por el progenitor en el caso analizado responde a una concepción preconstitucional o, al menos, pre-jurisprudencial del derecho a la vida. Pretende convertirlo en un deber jurídico de vivir, lo que entra en conflicto directo con la dignidad (art. 10 CE) y la autonomía personal (Núñez Paz, 2006).

Desde un enfoque crítico, podría afirmarse que el verdadero riesgo no está en la eutanasia, sino en la tentación de reintroducir, por vía interpretativa, un paternalismo constitucional incompatible con el modelo actual.

4. **Capacidad, técnica médica y límites del juez**

Uno de los aspectos más sensibles del caso es la impugnación de la capacidad de la solicitante; y aquí se produce un desplazamiento del debate hacia el terreno probatorio y más técnico.

La jurisprudencia contencioso-administrativa reciente ha venido delimitando el control judicial en materia de eutanasia desde parámetros de legalidad procedimental y suficiencia de motivación, evitando sustituir el juicio técnico-clínico efectuado por los profesionales sanitarios y por las Comisiones de Garantía y Evaluación. En este sentido, los tribunales han tendido a verificar la correcta aplicación de los requisitos legales, la existencia de capacidad decisoria y la ausencia de arbitrariedad, sin asumir directamente funciones de valoración médica especializada (Barquín Sanz, 2021; *vid*. SSTC 19/2023 y 94/2023; STSJ Cataluña, medidas cautelares en el denominado «caso Noelia Castillo»; STSJ Comunidad Valenciana, Sala Contencioso-Administrativa, 25 abril 2023). Este límite no es meramente funcional, sino constitucional. Permitir una revisión plena implicaría desarticular el modelo diseñado por la ley, basado en la evaluación especializada y colegiada. Desde una perspectiva crítica, cabe advertir en este punto un riesgo creciente de «judicialización reactiva» en materia de eutanasia cuando se activa un

uso del proceso como instrumento para reabrir valoraciones técnicas ya consolidadas. Si esta tendencia se consolidara, el sistema podría volverse ineficiente y, en última instancia, hasta disuasorio.

5. **Ideología, paternidad, litigio estratégico y neutralidad estatal**

La participación de organizaciones como Abogados Cristianos introduce un elemento de litigio estratégico que trasciende el caso concreto. No se trata solo de defender una posición jurídica, sino de tensionar el sistema desde una determinada cosmovisión moral.

El artículo 16 CE protege estas convicciones, pero también exige la neutralidad del Estado. Y esta neutralidad no es pasiva, sino que implica garantizar que ninguna concepción moral se imponga sobre otras en el espacio público jurídico.

El problema surge cuando la acción judicial se convierte en un mecanismo de bloqueo ideológico. En estos casos, el Estado debe ser especialmente cuidadoso para no permitir que el proceso se instrumentalice contra derechos subjetivos reconocidos.

Esta problemática ha adquirido una especial relevancia tras el ATS 7489/2025, mediante el cual la Sala Tercera del Tribunal Supremo apreció interés casacional objetivo para fijar jurisprudencia sobre la legitimación de un progenitor para impugnar judicialmente la concesión de la prestación de ayuda para morir a un hijo mayor de edad y con plena capacidad decisoria. El auto ponía ya de manifiesto la ausencia de una doctrina consolidada sobre los límites del «interés legítimo» de terceros en los procedimientos regulados por la Ley Orgánica 3/2021 y anticipaba la necesidad de delimitar el equilibrio entre autonomía personal, tutela judicial efectiva y protección constitucional del derecho a la vida (ATS, Sala Tercera, Rc. 7489/2025; *vid*. también ATS de 5 noviembre 2025, Rc. 4557/2025).

La posterior resolución del Pleno de la Sala Tercera de mayo de 2026 (ya analizada) confirma finalmente esa línea evolutiva, al reconocer legitimación impugnatoria a familiares con una relación particularmente estrecha con el solicitante de la eutanasia. No obstante, el Tribunal Supremo no parece haber configurado un derecho familiar de oposición material a la eutanasia, sino únicamente una facultad excepcional de acceso al control jurisdiccional.

Desde una perspectiva constitucional, ello obliga –desde mi percepción– a reforzar aún más los mecanismos que impidan que la judicialización estratégica del procedimiento pueda convertirse en una suspensión material del ejercicio del derecho mediante la simple prolongación de los tiempos procesales.

6. **Medidas cautelares: el tiempo como factor constitucional**

El elemento cautelar es, probablemente, uno de los más críticos en estos conflictos. La irreversibilidad de la muerte introduce una asimetría que desafía las categorías clásicas del proceso.

Sin embargo, como demuestra el caso de Noelia Castillo, también existe una irreversibilidad en la demora, una evidente prolongación del sufrimiento o una pérdida de oportunidad en el ejercicio del derecho.

La decisión del Tribunal Constitucional (SSTC 19/2023 y 94/2023) de no suspender la ejecución reflejó una comprensión sofisticada de esta tensión. No se trataba de elegir entre vida y muerte, sino entre permitir el ejercicio de un derecho o vaciarlo de contenido mediante la dilación.

Aquí el tiempo procesal adquiere dimensión constitucional, pues un derecho que no puede ejercerse en tiempo útil es, en la práctica, un derecho inexistente.

La ampliación jurisprudencial en 2026 de la legitimación activa incrementa necesariamente el riesgo de utilización cautelar del proceso como instrumento de demora. Precisamente por ello, la ponderación cautelar adquiere una dimensión constitucional reforzada, pues el reconocimiento de legitimación no puede traducirse automáticamente en la paralización sistemática de la prestación.

El problema jurídico ya no es únicamente quién puede recurrir, sino en qué condiciones el ejercicio de ese recurso puede afectar legítimamente a la efectividad temporal del derecho reconocido por la ley.

7. **Consolidación y límites del modelo**

El caso confirma varias tendencias estructurales del sistema español de las que venimos hablando en este trabajo.

– La autonomía personal (Núñez Paz, 2006) se consolida como eje vertebrador.

– La familia queda excluida como sujeto decisor, aunque no como entorno afectivo.

– El derecho a la vida se reinterpreta en clave no impositiva.

– El juez mantiene un rol de garantía, no de sustitución.

– La neutralidad del Estado actúa como principio rector frente al pluralismo moral.

Pero también revela desafíos como el riesgo de litigación obstructiva, la tensión entre tiempos judiciales y vitales, y la necesidad de seguir afinando los mecanismos de protección de la autonomía.

Como sostengo –y he desarrollado recientemente (Núñez Paz, *Europa Sur*, 10/5/26)– desde una posición crítica pero constructiva, el modelo no es perfecto, pero ha demostrado una notable capacidad de resistencia. La muerte de la solicitante en el caso analizado no solo cierra un conflicto individual, sino que abre una reflexión colectiva sobre la efectividad real de los derechos en contextos de alta conflictividad moral.

En última instancia, la cuestión no es si el sistema permite morir, sino si permite decidir. Y, por ahora, la respuesta constitucional parece inclinarse, con matices, hacia la afirmación.

VII. PROBLEMAS TÉCNICOS DETECTADOS EN LA LORE

1. **Retrasos procedimentales**

El desfase entre los plazos normativamente previstos y los tiempos reales de tramitación constituye, probablemente, la tensión estructural más reveladora del modelo español de eutanasia. La arquitectura del procedimiento –diseñada bajo la reiterada lógica garantista reforzada– responde a una preocupación legítima que supone evitar decisiones precipitadas, asegurar la voluntariedad del solicitante y blindar el proceso frente a abusos. Sin embargo, en la práctica, esta densidad procedimental introduce fricciones que impactan directamente en la efectividad del derecho reconocido.

El problema no reside únicamente en la duración formal del procedimiento, sino en la acumulación de micro-retardos administrativos como demoras en la designación de médicos consultores, tiempos de respuesta de las comisiones de garantía, o insuficiencia de unidades especializadas. Estos elementos generan un «tiempo sistémico» o «real» que supera ampliamente el «tiempo legal». La consecuencia más grave –el fallecimiento del solicitante antes de la resolución– no puede interpretarse como una mera disfunción puntual, sino como un indicador de inadecuación estructural entre norma y realidad asistencial.

Críticamente, esto plantea asimismo una paradoja central sobre el modelo garantista, concebido para proteger la autonomía del paciente, pues puede terminar neutralizando tal autonomía cuando no se acompaña de capacidad operativa suficiente. En realidad, se produce una disociación entre validez formal y eficacia material. La cuestión de

fondo no es, por tanto, si deben existir garantías, sino cómo modularlas dinámicamente en función de la situación clínica (por ejemplo, mediante procedimientos abreviados en contextos de pronóstico vital inminente) sin erosionar los estándares de control.

La reciente doctrina del Tribunal Supremo (STS 690/2026, de 3 de junio) pone de manifiesto una consecuencia que trasciende el debate sobre la legitimación activa. Una vez admitida la posibilidad excepcional de control jurisdiccional, el verdadero problema pasa a ser el tiempo del proceso. La efectividad de un derecho cuya razón de ser reside precisamente en evitar la prolongación de un sufrimiento intolerable exige una respuesta jurisdiccional extraordinariamente rápida. De lo contrario, el propio proceso puede convertirse en un factor de frustración del derecho que pretende garantizar.

2. **Objeción de conciencia**

El reconocimiento de la objeción de conciencia (Romeo Casabona, 2022) en el ámbito sanitario introduce una capa adicional de complejidad en la implementación de la ley. Desde un enfoque constitucional, este derecho se fundamenta en la libertad ideológica del profesional, lo que legitima su inclusión en el marco normativo. No obstante, su articulación práctica plantea problemas de equilibrio entre derechos individuales (del profesional) y derechos prestacionales (del paciente).

El establecimiento de registros de objetores ha supuesto un avance organizativo significativo, al permitir anticipar déficits de disponibilidad y planificar equipos alternativos. Sin embargo, la objeción de conciencia (Romeo Casabona, 2022) no es un fenómeno homogéneo ni distribuido de manera uniforme. En determinadas áreas –especialmente en entornos rurales o con menor densidad de profesionales– se produce una concentración que genera «zonas de fricción asistencial», donde el acceso efectivo a la prestación se vuelve incierto o dependiente de desplazamientos.

Críticamente, esto revela una insuficiencia del modelo de objeción estrictamente individual. Cuando la suma de decisiones individuales produce un efecto colectivo de bloqueo, emerge un problema de diseño institucional. La cuestión técnica clave será conocer si el sistema debe incorporar mecanismos correctores más robustos como, por ejemplo, obligaciones organizativas reforzadas para las administraciones sanitarias, incentivos a la disponibilidad profesional, o incluso límites funcionales a la objeción en contextos de escasez crítica.

En última instancia, el debate no gira estrictamente en torno a la legitimidad de la objeción, sino a su encaje en un sistema que pretende garantizar un derecho subjetivo de acceso. La experiencia acumulada sugiere que la mera previsión normativa es insuficiente si no se acompaña de políticas activas de gestión del recurso humano sanitario.

3. **Desigualdad territorial**

La configuración descentralizada del sistema sanitario español introduce un elemento estructural de variabilidad en la aplicación de la ley de eutanasia. Aunque el marco normativo es estatal, su ejecución depende de las comunidades autónomas, como ya valoramos anteriormente, lo que genera diferencias en la dotación de recursos, la organización de los servicios y la interpretación operativa de los procedimientos.

Los mecanismos de coordinación –informes del Ministerio de Sanidad y el papel del Consejo Interterritorial (4)– cumplen una función relevante de seguimiento y armonización. No obstante, su capacidad es fundamentalmente indirecta, basada en la cooperación y no en la imposición. En consecuencia, las diferencias territoriales persisten, especialmente en aspectos como los tiempos de resolución, la accesibilidad a equipos especializados o la carga de trabajo de las comisiones de garantía.

Esta situación nos recuerda un problema clásico del Estado autonómico y es el que se refiere a la tensión entre autonomía organizativa e igualdad en el acceso a derechos. En el caso de la eutanasia, esta tensión adquiere una dimensión especialmente sensible, ya que no se trata de una prestación sanitaria ordinaria, sino de un derecho ligado nada menos que a la dignidad en el final de la vida.

Críticamente, en este caso, cabe cuestionar si los actuales instrumentos de coordinación son suficientes para garantizar un estándar mínimo homogéneo. La evidencia empírica apunta a que no basta con establecer un marco común, sino que es necesario desarrollar indicadores comparables, sistemas de evaluación más exigentes y, eventualmente, mecanismos de corrección interterritorial. De lo contrario, el riesgo es consolidar una «geografía del acceso» en la que el ejercicio efectivo del derecho dependa, en parte, del lugar de residencia.

En conjunto, estos problemas técnicos no invalidan el modelo, pero sí evidencian que su madurez depende menos del diseño normativo inicial que de su capacidad de adaptación operativa. La ley de

(4) https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/profesionales/home.htm.

eutanasia, en este sentido, debe entenderse como un sistema dinámico que requiere ajustes continuos para alinear sus garantías formales con su efectividad real.

VIII ANÁLISIS DOGMÁTICO DEL CONSENTIMIENTO

El consentimiento en la LORE constituye el eje normativo que articula la autonomía del paciente frente a la intervención médica que conduce a la eutanasia. La Ley refuerza esta institución mediante una serie de requisitos que buscan garantizar que la voluntad expresada sea auténtica, deliberada y jurídicamente válida. Entre ellos destacan la exigencia de que el consentimiento sea escrito, reiterado, informado y libre de presiones externas. Esta formalización no solo cumple una función probatoria, sino que asegura trazabilidad y certeza frente a posibles controversias judiciales o médicas, aunque simultáneamente plantea retos en términos de accesibilidad para pacientes con limitaciones físicas, cognitivas o de alfabetización.

La reiteración del consentimiento, que incluye períodos de reflexión obligatorios, fortalece la autenticidad de la decisión, evitando que ésta sea el resultado de impulsos transitorios o coacciones sutiles. Sin embargo, esta exigencia, si bien protege la voluntad del paciente, puede generar demoras críticas en casos de sufrimiento intenso, planteando un dilema ético entre la seguridad jurídica y la proporcionalidad en la protección del dolor.

En cuanto al consentimiento informado, la LORE se alinea con la teoría contemporánea que venimos manteniendo, exigiendo que el paciente reciba información completa, comprensible y actualizada sobre la enfermedad, su pronóstico, alternativas terapéuticas y las consecuencias del procedimiento. La novedad de la Ley radica en que este consentimiento se somete a una verificación institucional que evalúa su coherencia y suficiencia. Este control externo introduce un elemento de supervisión preventiva, propio de modelos bioéticos avanzados, aunque también puede implicar una burocratización que retrase la decisión del paciente y, en ciertos casos, tensione su autonomía efectiva.

La Ley también enfatiza que el consentimiento debe ser libre de presiones. Para ello, establece mecanismos de detección de influencias externas, incluyendo evaluaciones psicológicas y entrevistas multidisciplinarias. Este enfoque protege al paciente frente a coacciones, pero genera interrogantes sobre la discrecionalidad institucional y el respeto a la privacidad y confidencialidad.

Desde la perspectiva civil, el consentimiento se configura como un acto personalísimo. No se permite la representación directa, salvo mediante instrucciones previas documentadas en caso de pérdida de capacidad. Esta restricción fortalece la autonomía radical, aunque limita la participación de familiares o representantes en situaciones de incapacidad transitoria, planteando tensiones entre autonomía y tutela efectiva.

Finalmente, la LORE introduce un plus normativo de verificación institucional. Más allá de la información y la libertad, órganos clínicos y administrativos deben certificar la autenticidad y suficiencia del consentimiento. Esta medida representa un híbrido entre derecho civil, bioética y regulación administrativa, pues asegura seguridad jurídica y protección frente a abusos, si bien simultáneamente incrementa la complejidad y la duración del procedimiento, pudiendo afectar el derecho a decidir de manera expedita.

En suma, la LORE ofrece un modelo de consentimiento técnicamente sólido, que equilibra autonomía, protección del vulnerable y control institucional. No obstante, no se puede negar que persisten tensiones inherentes entre formalismo y accesibilidad, seguridad y rapidez, supervisión externa y autonomía real, cuestiones que reflejan los límites y desafíos contemporáneos de la regulación de la eutanasia.

Sobre el problema, la experiencia jurisprudencial demuestra reiteradamente que el verdadero núcleo litigioso de la LORE no se sitúa en la valoración ética de la eutanasia (STS 690/2026), sino en la correcta comprobación administrativa de la capacidad, la voluntariedad y la formación libre del consentimiento.

IX. IMPACTO EN EL SISTEMA PENAL

La reforma del artículo 143 del Código Penal español introducida por la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia no constituye una mera modificación semántica, sino un replanteamiento profundo del papel del derecho penal frente a prácticas que tradicionalmente se circunscribían al ámbito de lo delictivo. Desde una perspectiva dogmática penal, lo que la LORE incorpora no es una exención subjetiva de culpabilidad ni una simple eximente basada en el error, sino una verdadera causa de justificación normativa ya que, siempre que se cumplan todos los requisitos sustantivos y procedimentales que la ley impone, el acto de provocar la muerte a solicitud de otro deja de ser constitutivo de un delito de homicidio o cooperación en la eutanasia que se recoge en el artículo 143.4 CP bajo su redacción anterior. La

inclusión del apartado quinto, en términos técnicos, desplaza el acto de un contexto de prohibición absoluta a uno de autorización condicionada por la ley, lo que implica que los operadores jurídicos deben evaluar no sólo si hubo consentimiento o dolo, sino si se siguió escrupulosamente el procedimiento regulado en la LORE.

En términos de política criminal, este tránsito de lo penal a lo normativo especializado refleja una tendencia general en los Estados que han abordado la eutanasia que no elimina la regulación punitiva del hecho de causar la muerte, sino que se delimita su relevancia penal al margen de un marco de garantías y controles estrictos. De este modo, la eutanasia regulada no se percibe ya como un supuesto atenuado o como un acto susceptible de perdón, sino como una conducta legítima, valorada bajo condiciones objetivas (Núñez Paz, 1999; Romeo Casabona, 1994).

Desde luego, este enfoque exige un equilibrio muy delicado entre dos bienes jurídicos de rango constitucional y de inmenso valor como el derecho a la vida (art. 15 CE) y la autonomía personal (Núñez Paz, 2006); no es una cuestión de interpretación libre, sino de un juicio de ponderación que el legislador penal ha resuelto estableciendo umbrales de consentimiento, capacidad y procedimiento –criterios que obligan a evaluar caso por caso con rigor–.

La experiencia empírica durante los primeros años de aplicación de la LORE ofrece algunos indicadores relevantes para comprender el impacto penal de esta regulación. Hasta el momento no se ha registrado la apertura de procedimientos penales contra profesionales sanitarios que hubieran actuado conforme al marco legal establecido, lo que puede interpretarse como evidencia de que la causa de justificación opera con suficiente claridad y seguridad jurídica para que ni la fiscalía ni los tribunales vean indicios delictivos en actuaciones regladas.

Desde una perspectiva más criminológica, esta ausencia de litigios también indica que la norma ha creado criterios de actuación clínica previsibles y compartidos entre profesionales, reduciendo el riesgo de prácticas defensivas derivadas del miedo a posibles acusaciones de homicidio.

Sin embargo, esta aparente normalización no debe menospreciar desafíos técnicos persistentes. La aplicación práctica exige documentación rigurosa de todo el proceso de consentimiento informado, peritajes médicos sólidos sobre criterios de intolerabilidad del sufrimiento, y la integración de mecanismos de revisión que eviten desbordes normativos o interpretativos. Aunque la LORE establece estos mecanismos, su eficacia en situaciones complejas –por ejemplo, cuando hay discrepancias sobre la interpretación de sufrimiento intolerable o en

pacientes con deterioro cognitivo avanzado– sigue siendo permanente objeto de debate doctrinal.

Comparativamente, los Estados que han regulado la eutanasia y/o el suicidio asistido muestran enfoques compatibles, pero con diferencias técnicas relevantes. Países Bajos y Bélgica fueron pioneros en Europa, con leyes aprobadas en 2002 que establecieron marcos de autorización y revisión retrospectiva para prácticas que, sin regulación, habrían sido constitutivas de homicidio o asistencia al suicidio. En la última década, los datos disponibles muestran un aumento sostenido de casos reportados. En los Países Bajos (5), los casos de eutanasia han pasado de menos de 2000 en 2005 a más de 9000 en 2023, representando más del 5 % de todas las defunciones registradas; en Bélgica (6), el número también ha crecido exponencialmente en veinte años, con más de 2700 casos registrados en 2021. Estos datos sugieren que, en contextos donde la legislación es antigua y los controles son sistemáticos, la decisión de terminar la vida en situaciones de sufrimiento ha pasado de ser una excepción técnica a una práctica registrada formalmente y sujeta a revisión médica y administrativa.

Desde un punto de vista comparado, España comparte con estos modelos la apuesta por controles estrictos y procedimientos formales previos a la intervención, a diferencia de modelos más laxes o aquellos que únicamente despenalizan el suicidio asistido sin un sistema de revisión (como en algunos estados de EE. UU.). Esta comparación ilustra que la penalización no desaparece, sino que se incorpora a un sistema regulatorio donde la intervención tiene sentido dentro de parámetros bioéticos, clínicos y jurídicos bien delimitados. La experiencia internacional también muestra que, incluso en países con décadas de regulación, los tribunales siguen siendo un espacio de control subsidiario cuando surgen controversias sobre consentimiento, capacidad o interpretación de los criterios de sufrimiento, lo que subraya que la ausencia de procesos penales no equivale a la ausencia de escrutinio.

En resumen, el impacto de la regulación de la eutanasia en el sistema penal español consiste en la transformación de un acto potencialmente delictivo en una conducta legítima siempre que se respeten condiciones legales estrictas, reforzando la previsibilidad jurídica y la seguridad para los profesionales. Al mismo tiempo, obliga a mantener controles técnicos permanentemente actualizados y sensibles a complejidades clínicas y éticas, tomando en considera-

(5) https://english.euthanasiecommissie.nl/.

(6) https://consultativebodies.health.belgium.be/en/advisory-and-consultative-bodies/federal-commission-control-and-evaluation-euthanasia.

ción experiencias comparadas donde el equilibrio entre protección de la vida y autonomía ha requerido mecanismos de revisión continuos y profundos.

X. BALANCE CRÍTICO TRAS MÁS DE CUATRO AÑOS DE VIGENCIA

Tras más de cuatro años desde la implementación de la ley de eutanasia, es posible realizar un análisis que combine el reconocimiento de los logros institucionales con la identificación de tensiones y desafíos pendientes. La experiencia acumulada permite evaluar tanto la eficacia de los mecanismos implementados como la maduración del marco ético-jurídico y social.

1. **Consolidación institucional**

La ley ha logrado integrarse plenamente dentro de la cartera de prestaciones sanitarias públicas, lo que supone un hito significativo en términos de accesibilidad y formalización. Las Comisiones de valoración y control, encargadas de supervisar cada solicitud, han establecido procedimientos regulares que reducen la arbitrariedad, aunque la variabilidad regional en su funcionamiento aún refleja desigualdades en la implementación.

Sin embargo, la institucionalización no ha estado exenta de críticas, *vg.* la carga administrativa de los informes médicos, la coordinación entre distintos niveles asistenciales y la garantía de plazos coherentes son áreas donde se identifican cuellos de botella. A pesar de ello, la ley ha generado un marco predecible que protege tanto a los profesionales como a los pacientes, reforzando la seguridad jurídica de la prestación.

2. **Cultura jurídica emergente**

Uno de los efectos más notables ha sido la consolidación de una cultura jurídica en torno a la eutanasia. Se observa una normalización progresiva del debate público y clínico, y los tribunales, los colegios profesionales y los servicios de ética hospitalaria han comenzado a generar criterios interpretativos comunes, lo que contribuye a una mayor coherencia en la aplicación de la ley.

La planificación anticipada de la atención, incluyendo documentos de voluntades anticipadas, ha experimentado un incremento. Esto no solo refleja un mayor nivel de conciencia social sobre el derecho a decidir sobre la propia vida, sino que también evidencia una transición hacia un modelo de autonomía deliberativa (Rey Martínez, 2023), donde los profesionales sanitarios participan como facilitadores informados más que como ejecutores pasivos de solicitudes.

No obstante, esta cultura jurídica emergente sigue siendo frágil; persisten divergencias en la interpretación del «sufrimiento insoportable» y en la valoración de condiciones psicológicas complejas, lo que indica que la normalización aún está en construcción.

3. **Tensiones persistentes**

A pesar de los avances, la experiencia acumulada evidencia tensiones estructurales y conceptuales:

– Duración del procedimiento: Aunque los plazos legales buscan equilibrar la seguridad y la rapidez, la tramitación puede extenderse más de lo deseable, generando ansiedad en pacientes terminales y dificultando la previsibilidad clínica. La burocratización del proceso, necesaria para proteger derechos, puede colisionar con la urgencia de algunas situaciones médicas.

– Interpretación del sufrimiento psíquico (Raga i Vives, 2022): El reconocimiento del sufrimiento psicológico como causa válida de eutanasia plantea desafíos complejos. La heterogeneidad diagnóstica y la subjetividad inherente al dolor psíquico exigen criterios clínicos rigurosos y consensuados. La falta de protocolos estandarizados provoca debates éticos sobre límites, proporcionalidad y riesgo de desigualdad en el acceso.

– Necesidad de formación especializada: La implementación segura de la ley requiere competencias clínicas y éticas avanzadas. La experiencia muestra que muchos profesionales aún demandan formación específica en comunicación de malas noticias, manejo de solicitudes de eutanasia y abordaje del sufrimiento multidimensional. Sin una capacitación sistemática, se corre el riesgo de decisiones inconsistentes o de sobrecarga emocional en el personal sanitario.

Estas tensiones subrayan que, aunque la ley se ha consolidado institucionalmente, su implementación plena depende de un equilibrio continuo entre seguridad jurídica, autonomía del paciente y compe-

tencia profesional, en un contexto social que sigue evolucionando en su percepción de la muerte asistida.

4. **Judicialización del procedimiento y legitimación de terceros**

La reciente doctrina del Tribunal Supremo (ver apartados VI.5 y VI.6) sobre legitimación de familiares especialmente vinculados (STS 690/2026, de 3 de junio) introduce una nueva dimensión conflictiva en la aplicación de la LORE. Aunque esta apertura jurisdiccional refuerza formalmente la tutela judicial efectiva, también incrementa el riesgo de litigios estratégicos capaces de afectar a la efectividad temporal del derecho. El principal desafío futuro consistirá en compatibilizar control jurisdiccional y protección real de la autonomía del solicitante sin transformar el proceso judicial en un mecanismo indirecto de bloqueo.

XI. PERSPECTIVA COMPARADA Y POSICIÓN EUROPEA

Como advertíamos más arriba, España se posiciona hoy entre los países europeos con regulación expresa y garantista de la eutanasia, pero su modelo revela tensiones críticas entre formalismo jurídico y respeto efectivo a la autonomía del paciente. Frente a países pioneros como Países Bajos y Bélgica, donde la eutanasia se desarrolló primero a través de protocolos médicos y jurisprudencia flexible, España adoptó un modelo estrictamente normativo y procedimental, reflejo de una tradición continental de derecho civil centrada en la seguridad y la previsibilidad, más que en la pragmática autonomía individual.

El sistema español exige un control previo administrativo riguroso, que incluye informes médicos, comisiones de evaluación y plazos de reflexión obligatorios. Si bien estos mecanismos garantizan transparencia y protección frente a abusos, desde una perspectiva crítica plantean varias objeciones:

1. Retraso en la decisión: los plazos y revisiones pueden prolongar el sufrimiento del paciente, lo que en la práctica limita la eficacia de la ley para quienes enfrentan situaciones terminales de dolor intenso.
2. Formalismo sobre autonomía: la insistencia en procedimientos administrativos detallados puede subordinan la voluntad del

paciente al aparato burocrático, creando un efecto paradójico donde el derecho a decidir se ve retrasado por el exceso de garantías formales.

3. Riesgo de inequidad: el sistema puede favorecer a pacientes con acceso a centros urbanos, médicos con experiencia en protocolos de eutanasia y conocimiento del procedimiento, dejando a pacientes en áreas rurales o con menor capacidad de navegación administrativa en desventaja.

Comparando con el modelo neerlandés, donde el criterio de sufrimiento insoportable y la autonomía del paciente priman sobre la rigidez del procedimiento, se observa que España prioriza la certeza legal sobre la flexibilidad ética. En Bélgica y Luxemburgo, se ha evidenciado cómo un enfoque más flexible puede facilitar la atención inmediata, aunque también abre debates sobre expansión gradual de la eutanasia a contextos menos estrictamente terminales, un fenómeno que el legislador español busca evitar mediante su formalismo.

Críticamente, esta tradición de formalismo procedimental refleja una concepción jurídica clásica del derecho como garantía frente al riesgo, pero también evidencia un cierto retraso cultural frente a los debates bioéticos contemporáneos que enfatizan la autonomía como valor central. En otras palabras, la ley española podría ser vista como demasiado cautelosa, intentando prevenir riesgos teóricos a costa de la experiencia inmediata de los pacientes, mientras que países con modelos más «pioneros» asumen riesgos prácticos para maximizar el derecho efectivo a morir con dignidad.

Desde la perspectiva de política comparada y bioética, la ley española encarna un equilibrio híbrido, pues asegura protección legal y control social, incorpora principios éticos fundamentales –autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia– y establecen garantías claras frente a abusos, pero mantiene a su vez una tensión estructural entre formalismo y agilidad práctica, que sigue siendo un tema de debate crítico. Esta tensión refleja un dilema contemporáneo de los sistemas de derecho civil en torno a cómo regular derechos emergentes sensibles sin sacrificar la seguridad jurídica, y al mismo tiempo permitir que la norma cumpla su objetivo ético real en la vida de los pacientes.

En conclusión, España no es ni tan liberal como Países Bajos ni tan restrictiva como los sistemas meramente despenalizadores, sino un modelo intermedio garantista, que plantea un dilema constante entre eficacia práctica y formalismo legal, mostrando cómo la regulación de la eutanasia sigue siendo uno de los terrenos más complejos de la interacción entre derecho, ética y medicina en Europa.

RESUMEN SINÓPTICO COMPARADO

País	Marco legal	Procedimiento y requisitos	Garantías y controles	Riesgos y críticas	Debate ético actual
España.	Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia.	Solicitud voluntaria y consciente; dos solicitudes separadas por 15 días; informes médicos; revisión por comisión de garantías y evaluación; autorización administrativa previa.	Fuerte formalismo: doble informe médico, comité de evaluación; control administrativo centralizado; obligación de ofrecer alternativas paliativas.	Retrasos que pueden prolongar sufrimiento; burocracia compleja; inequidad geográfica; subordinación de la autonomía del paciente a la tramitación.	Debate sobre tensión entre formalismo y autonomía; preocupación por agilidad del procedimiento en casos terminales; crítica por exceso de burocracia frente a sufrimiento inmediato.
Países Bajos.	Ley de Eutanasia y Suicidio Asistido 2002.	Sufrimiento insoportable sin perspectiva de mejora; solicitud escrita; consulta con médico independiente; documentación médica; registro obligatorio posterior.	Revisión retrospectiva por comités regionales; flexibilidad para casos urgentes; énfasis en autonomía del paciente.	Riesgo de expansión gradual a casos no terminales; presión social o familiar implícita; críticas sobre sujetos vulnerables.	Debate sobre criterios de sufrimiento subjetivo; extensión gradual a personas con enfermedades mentales; modelo pionero con enfoque en autonomía.
Bélgica.	Ley de Eutanasia 2002.	Sufrimiento físico o psicológico intolerable; solicitud voluntaria y repetida; consulta con médico independiente; procedimiento registrado; posibilidad de menor edad (16-17 años con consentimiento parental).	Comités de revisión regionales; supervisión retrospectiva; protocolos médicos detallados.	Inclusión de menores y personas con enfermedades mentales genera controversia; riesgo de normalización gradual; dilema sobre autonomía vs protección.	Debate sobre edad mínima, capacidad de consentimiento, y expansión a sufrimiento no físico; país con modelo más liberal en Europa.
Luxemburgo.	Ley de Eutanasia y Suicidio Asistido 2009.	Sufrimiento físico o psicológico intolerable; solicitud voluntaria; revisión médica múltiple; consentimiento informado; comité de control posterior.	Supervisión administrativa; doble verificación médica; revisión retrospectiva.	Procedimientos complejos pueden generar retrasos; pequeña población limita datos empíricos; riesgo de presión familiar.	Discusión sobre aplicación en enfermedades mentales; comparación con modelos neerlandés y belga; equilibrio entre seguridad y autonomía.

* Observaciones:

1. Formalismo vs. autonomía: España prioriza la seguridad jurídica y el control administrativo, mientras que Países Bajos y Bélgica privilegian la autonomía individual, lo que genera tensiones entre rapidez de acceso y protección frente a abusos.
2. Riesgos de expansión: Modelos más liberales muestran cómo la práctica puede expandirse gradualmente a contextos menos terminales, un fenómeno que España busca prevenir mediante formalismo estricto.
3. Equidad de acceso: Los sistemas con procedimientos burocráticos complejos, como el español o el luxemburgués, pueden generar inequidades geográficas o socioeconómicas.
4. Supervisión retrospectiva vs. autorización previa: España enfatiza control previo; Países Bajos y Bélgica confían en supervisión retrospectiva, reflejando diferentes concepciones de responsabilidad médica y ética.

Para una comprensión más clara, se puede presentar el siguiente cuadro comparativo final:

COMPARATIVA CRÍTICA DE LA REGULACIÓN DE LA EUTANASIA EN EUROPA

País	Modelo	Características	Críticas Principales
Países Bajos	Legalización desde 2002	Enfoque flexible, permite eutanasia y suicidio asistido con control médico.	• **Excesiva laxitud.** Casos de ampliación a pacientes con demencia y menores.
Bélgica	Legalización desde 2002	Permite eutanasia para adultos y menores bajo determinadas condiciones.	• **Ampliación indiscriminada.** Falta de controles estrictos y supervisión.
Luxemburgo	Legalización desde 2009	Eutanasia y suicidio asistido con requisitos médicos.	• **Escaso seguimiento.** Críticas por falta de transparencia.
España	Ley de 2021	Sistema garantista con control administrativo previo y múltiples evaluaciones.	• **Excesivo burocratismo.** Acceso limitado y procedimientos lentos.
Alemania	Despenalización del suicidio asistido en 2020	Permiso para suicidio asistido sin regulación clara específica.	• **Vacío legal.** Falta de protección y regulación adecuada.
Italia	Prohibición total	Eutanasia prohibida, solo cuidados paliativos permitidos.	• **Restrictivo y desactualizado.** Negación de autonomía personal.

XII. JURISPRUDENCIA RECIENTE Y CASUÍSTICA RELEVANTE EN LA APLICACIÓN DE LA LEY ORGÁNICA 3/2021

1. **La consolidación constitucional del modelo español**

La cuestión nuclear en los primeros años de vigencia de la Ley Orgánica 3/2021 (BOE núm. 72, 2021) ha sido, sin duda, su encaje constitucional dentro del sistema de derechos fundamentales. El debate jurídico se articuló en torno a una tensión clásica pero especialmente intensificada en este ámbito, la referida a la relación entre el artículo 15 CE (derecho a la vida) y la posibilidad de reconocer normativamente una prestación pública orientada a provocar la muerte en determinadas condiciones.

Este conflicto no era meramente teórico, sino estructural ya que, si el derecho a la vida se interpreta como un deber de vivir, la eutanasia resultaría constitucionalmente imposible; y si, por el contrario, se concibe como un derecho de protección frente a terceros –y no frente a la propia voluntad–, se abriría el espacio para su regulación. En este

punto, la intervención del Tribunal Constitucional (SSTC 19/2023 y 94/2023) ha sido decisiva para estabilizar el modelo.

El pronunciamiento constitucional resolvió esta controversia mediante una relectura garantista y no absolutista del derecho a la vida, afirmando tres ideas clave:

– La Constitución no impone un deber jurídico de vivir, descartando así una interpretación paternalista del artículo 15 CE.
– El derecho a la vida no puede convertirse en una obligación de mantenerse con vida contra la propia voluntad, especialmente en contextos de sufrimiento grave, crónico o terminal.
– El legislador dispone de un margen de configuración suficiente para articular un derecho a morir dignamente (Tomás-Valiente Lanuza, 2021), siempre que se establezcan garantías estrictas que eviten abusos o decisiones no plenamente autónomas.

En coherencia con la línea que planteamos, ya advertida en epígrafes anteriores, este fallo no reconoce un derecho fundamental autónomo a la eutanasia, lo cual es crucial subrayar. El TC evita elevar la eutanasia al mismo plano que derechos como la vida o la integridad física, y opta por una construcción más prudente, pues la configura como un derecho subjetivo de origen legal, sustentado indirectamente en principios constitucionales como la dignidad humana (art. 10 CE) y la libertad personal (STC 19/2023, de 22 de marzo) (7).

De este modo, el Tribunal no reconoce un verdadero «derecho fundamental a la muerte», sino un derecho subjetivo de configuración legal sustentado indirectamente en la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad y la autonomía individual, manteniendo una construcción constitucional deliberadamente prudente que continúa generando una intensa discusión doctrinal acerca del alcance y naturaleza jurídica de la autodeterminación sobre el propio proceso de morir (STC 19/2023; Bardavío Antón, 2024).

Este punto es especialmente relevante desde la perspectiva crítica, pues la decisión del Tribunal puede interpretarse como una solución de compromiso, ya que legitima la eutanasia sin alterar la arquitectura clásica de los derechos fundamentales. Sin embargo, tal técnica plantea interrogantes como hasta qué punto un derecho tan sensible puede depender exclusivamente de la voluntad del legislador, o si existe el

(7) La sentencia clave es la STC 19/2023, de 22 de marzo, que resuelve el recurso de inconstitucionalidad contra la Ley Orgánica 3/2021. El Tribunal Constitucional evita construir la eutanasia como un nuevo derecho fundamental autónomo equiparable al derecho a la vida o a la integridad física en sentido clásico, y opta por una fundamentación más prudente y mediata.

riesgo de regresión normativa si cambiara la mayoría política; o si se estará infra-protegiendo la autonomía personal (Núñez Paz, 2006) al no reconocerle rango fundamental pleno en este ámbito.

El TC opta claramente por una interpretación sistemática del ordenamiento constitucional, en la que el derecho a la vida no se concibe como absoluto, sino como compatible con el respeto a la autodeterminación en el proceso de morir, siempre que concurran garantías suficientes. De tal forma que se rompe con concepciones tradicionales de sacralidad de la vida en términos jurídicos y sitúa el foco en la calidad y condiciones de esa vida, en línea con la bioética contemporánea.

Además, tal interpretación, como se puede suponer, tiene consecuencias profundas ya que introduce una relativización funcional del derecho a la vida, que deja de ser un límite infranqueable para convertirse en un derecho ponderable, consolida la autonomía personal (Núñez Paz, 2006) como eje hermenéutico central en el ámbito sanitario y del final de la vida y refuerza la idea de que los derechos fundamentales deben interpretarse de forma evolutiva, adaptándose a los cambios sociales, médicos y éticos.

No obstante, la construcción no está, obviamente, exenta de tensiones. El modelo español queda anclado en una doble dependencia, por un lado, de la densidad garantista del procedimiento administrativo; por otro, de la interpretación judicial de conceptos indeterminados como «sufrimiento intolerable» o «condición médica grave». Desplazándose así parte del debate desde el plano constitucional al plano aplicativo y casuístico, donde surgen nuevos problemas como la disparidad de criterios entre comisiones autonómicas; la judicialización de denegaciones o retrasos en la prestación; las correspondientes dificultades probatorias en la evaluación de la voluntad libre y persistente del paciente, etc.

La relevancia técnica de la sentencia del TC (8) es, por tanto, doble, ya que se puede cerrar la vía de inconstitucionalidad estructural, asegurando la estabilidad del modelo español dentro del marco constitucional a la vez que refuerza el principio de autonomía como eje interpretativo de la LORE, aunque sin elevarlo a la categoría de derecho fundamental autónomo, lo que mantiene abierta una discusión doctrinal de gran calado.

En definitiva, la jurisprudencia constitucional no solo valida la ley, sino que redefine el equilibrio entre vida, dignidad y libertad en el ordenamiento español, aunque lo hace desde una posición prudente que, lejos de cerrar el debate, lo desplaza hacia nuevos terrenos como la aplicación práctica, la igualdad en el acceso y la eventual evolución futura del estatus jurídico de la eutanasia.

(8) STC 19/2023, especialmente sus fundamentos jurídicos 5, 6 y 9.

2. **Control jurisdiccional contencioso-administrativo: alcance y límites. Legitimación activa de terceros**

La práctica judicial derivada de la aplicación de la Ley Orgánica 3/2021 (LORE) ha puesto de manifiesto que la litigiosidad no se ha articulado principalmente a través de impugnaciones abstractas del modelo –una vez resuelto el núcleo del debate constitucional por las SSTC 19/2023 y 94/2023–, sino a partir de conflictos concretos vinculados a decisiones de las Comisiones de Garantía y Evaluación. El foco se ha desplazado así desde el plano estrictamente normativo hacia el aplicativo, donde emergen discrepancias relativas a la capacidad decisoria del solicitante, la interpretación del sufrimiento intolerable, la objeción de conciencia o la legitimación de terceros familiares.

En este contexto, la jurisprudencia contencioso-administrativa bastante reciente –particularmente la STSJ Comunidad Valenciana 146/2023, de 25 abril (ECLI: ES: TSJCV:2023:1165), así como la litigiosidad derivada del ya abordado «caso Noelia Castillo»– ha comenzado a delimitar el alcance del control jurisdiccional sobre las decisiones adoptadas por las Comisiones de Garantía y Evaluación, tendiendo a reconocer un margen relevante de apreciación técnico-sanitaria y limitando la revisión judicial a la regularidad procedimental, la motivación suficiente y la ausencia de arbitrariedad. Esta línea parece consolidada a partir de la doctrina casacional ya dictada por la STS 690/2026, de 3 de junio de la Sala Tercera del Tribunal Supremo.

La jurisprudencia valora tres criterios fundamentales resumibles en que:

– El juez no sustituye el juicio clínico, reconociendo la especificidad técnica de las valoraciones médicas implicadas en la eutanasia.
– El control es de legalidad y razonabilidad, no de oportunidad ni de conveniencia médica.
– Se examina la corrección procedimental y la motivación, como elementos centrales de la validez del acto administrativo.

Desde una perspectiva técnico-jurídica, este posicionamiento resulta esencial para evitar una deriva hacia un modelo de «hiperjudicialización sanitaria», en el que el juez se convierta en un decisor material sobre cuestiones clínicas complejas. La jurisdicción contencioso-administrativa no está diseñada –ni institucional ni epistemológicamente– para

sustituir el juicio experto de los profesionales sanitarios, sino para garantizar que dicho juicio se emite dentro de los márgenes legales.

En consecuencia, el núcleo del control jurisdiccional se sitúa en la verificación de otros tres elementos básicos:

– El respeto de los plazos y del procedimiento legalmente establecido, lo que incluye la correcta secuencia de solicitudes, informes y revisiones.
– La existencia de una motivación suficiente, entendida no como una mera formalidad, sino como una justificación racional, comprensible y fundada de la decisión adoptada.
– La adecuada valoración de los requisitos legales, en particular la concurrencia de una situación de sufrimiento grave, crónico o terminal, y la manifestación libre, informada y persistente de la voluntad del paciente (Juanatey Dorado, 2021).

Este modelo de control se alinea con los principios clásicos del derecho administrativo, en particular con la distinción entre discrecionalidad técnica y control jurisdiccional, donde el juez puede fiscalizar los límites externos del juicio técnico (procedimiento, coherencia, ausencia de arbitrariedad), pero no sustituir su contenido, salvo en casos de error manifiesto o irracionalidad.

Desde un enfoque crítico –y en coherencia con nuestro planteamiento– esta línea jurisprudencial pude ser, en términos generales, correcta y funcional al diseño del sistema. Permite preservar el carácter garantista de la LORE sin desnaturalizarlo. Si el juez asumiera una revisión sustantiva plena del juicio clínico, se producirían efectos problemáticos como el desplazamiento del centro decisional desde el ámbito sanitario especializado hacia el judicial, con pérdida de calidad técnica en la decisión; existiría riesgo de inseguridad jurídica, al introducir criterios judiciales potencialmente dispares en materias altamente especializadas y se generaría una dilación en los procedimientos, incompatible con la naturaleza urgente de muchos supuestos de eutanasia.

No obstante, esta posición tampoco está exenta de límites y tensiones. En la práctica, el control de «razonabilidad» puede convertirse en una zona gris, donde el juez, bajo la apariencia de control formal, realiza valoraciones indirectas sobre el contenido del juicio clínico, planteando interrogantes relevantes en torno a dónde termina el control de motivación y comienza la revisión sustantiva, a si puede considerarse suficiente cualquier motivación formalmente correcta, aunque materialmente discutible, o si existe un riesgo de deferencia excesiva hacia la Administración sanitaria. Además, la propia indeterminación de conceptos legales clave –como «sufrimiento intolerable» o «condición

médica grave»– amplía el margen de apreciación de las Comisiones, lo que reduce la intensidad del control judicial efectivo. En este sentido, podría sostenerse que el modelo actual tiende hacia un control jurisdiccional débil, que prioriza la estabilidad del sistema sobre la revisión material de decisiones potencialmente controvertidas.

En definitiva, el control contencioso-administrativo en materia de eutanasia se configura como un control externo, limitado y deferente, orientado a garantizar la legalidad del procedimiento sin invadir el ámbito técnico sanitario. Esta configuración es coherente con el diseño normativo de la LORE, pero mantiene abierta una tensión estructural en torno a cómo asegurar una tutela judicial efectiva sin transformar al juez en un decisor clínico.

Desde una visión de evolución futura, el desafío consistirá en afinar los estándares de control (especialmente en materia de motivación y razonabilidad) para evitar tanto la injerencia excesiva como la pasividad jurisdiccional, consolidando así un equilibrio real entre garantías jurídicas y competencia técnica.

La doctrina jurisprudencial ha experimentado una inflexión relevante tras el acuerdo del Pleno de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de mayo de 2026 (ver apartados VI.5 y VI.6), que reconoció legitimación para recurrir judicialmente la concesión de la eutanasia a personas con una vinculación particularmente estrecha con el solicitante. Esta evolución amplía el espacio del control jurisdiccional indirecto sobre el procedimiento, aunque sin alterar la naturaleza personalísima del derecho reconocido por la Ley Orgánica 3/2021.

La cuestión central deja así de ser la mera admisión procesal del recurso para desplazarse hacia la delimitación de los efectos del control judicial y, especialmente, hacia la necesidad de impedir que la litigación prolongada vacíe materialmente de contenido el derecho cuya protección constitucional ha sido ya reconocida.

3. **Casuística reciente: capacidad, conflicto familiar y sufrimiento psíquico**

La experiencia aplicativa de la Ley Orgánica 3/2021 (BOE núm. 72, 2021) ha evidenciado que las principales tensiones no surgen en el plano abstracto de la norma, sino en su proyección sobre situaciones humanas límite, donde confluyen factores médicos, emocionales, familiares y jurídicos (Raga i Vives, 2022). Es en esta casuística donde el modelo revela sus zonas de fricción más significativas, obligando a los operadores jurídicos a interpretar conceptos abiertos y a ponderar valores en conflicto.

A) Conflictos familiares frente a voluntad del paciente

Uno de los patrones más reiterados en la práctica reciente ha sido la oposición de familiares a la decisión del solicitante, especialmente en contextos de alta carga emocional o desacuerdo ético. Estos conflictos han llegado a los tribunales, que han tenido que pronunciarse sobre una cuestión definitivamente clave: quién es, en última instancia, el titular de la decisión.

La línea jurisprudencial –tanto en órganos jurisdiccionales ordinarios como en la interpretación general del sistema– venía siendo más clara y la voluntad del paciente capaz prevalecía –hasta la STS 690/2026, de 3 de junio– sobre cualquier oposición familiar. La familia, aun siendo un actor relevante en el plano afectivo, no ostentaba hasta ahora legitimación jurídica para sustituir ni bloquear la decisión autónoma del sujeto.

Esta idea no era casual a mi entender, sino que respondería a una transformación profunda del derecho sanitario contemporáneo. Frente a modelos tradicionales de corte paternalista –donde la familia o el médico asumían un rol decisorio–, el sistema actual se articula, a mi entender, y contra la reciente doctrina del TS (2026), en torno al principio de autonomía personal (Núñez Paz, 2006) como eje estructural. Solo en aquellos casos en que se cuestione la capacidad del paciente o la regularidad del procedimiento debería caber una intervención judicial correctora.

Esta idea refuerza así el carácter estrictamente personalísimo del derecho a la prestación de ayuda para morir. La decisión no debería ser delegable, ni sustituible, ni condicionable por terceros. La familia puede acompañar, pero no decidir.

Ahora bien, el planteamiento, aunque jurídicamente puede parecer sólido, tampoco está exento de discrepancias. En la práctica, la oposición familiar puede generar bloqueos fácticos en la ejecución de la prestación, presiones indirectas sobre el paciente o el equipo sanitario, y conflictos/litigios que dilatan el procedimiento (ver «caso Noelia Castillo» ya analizado).

En este sentido, desde mi punto de vista, el derecho debería afirmar con claridad la primacía de la autonomía, aunque no siempre logre neutralizar los conflictos relacionales que emergen en la realidad clínica, y que revelan un límite estructural del modelo jurídico frente a la complejidad de las dinámicas familiares.

B) Sufrimiento psíquico y trastorno mental.

La cuestión más compleja –y probablemente la más delicada desde el punto de vista doctrinal– ha sido la interpretación del sufrimiento

psíquico (Raga i Vives, 2022) como fundamento suficiente para acceder a la eutanasia. Aquí el sistema se enfrenta a uno de sus mayores desafíos, el de cómo objetivar jurídicamente una experiencia subjetiva, sin caer ni en el reduccionismo médico ni en la banalización del derecho.

Algunas resoluciones recientes han confirmado decisiones administrativas favorables a la prestación de ayuda para morir en supuestos de padecimientos crónicos no terminales, incluso cuando concurrían antecedentes psiquiátricos relevantes, siempre que quedara suficientemente acreditada la capacidad decisoria del solicitante y la persistencia de un sufrimiento grave, constante e irreversible. Especial relevancia presenta, en este sentido, la litigiosidad derivada del denominado «caso Noelia Castillo», en el que –inicialmente– tanto el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña como posteriormente el Tribunal Supremo rechazaron los recursos interpuestos contra la autorización de la eutanasia de una paciente afectada por paraplejia y antecedentes psiquiátricos, al considerar que no existían elementos técnicos suficientes para desvirtuar la validez de su consentimiento ni la concurrencia de un padecimiento grave, crónico e imposibilitante conforme a la Ley Orgánica 3/2021.

Estas resoluciones reflejaban una tendencia jurisprudencial orientada a evitar automatismos excluyentes en relación con la enfermedad mental, desplazando el centro del análisis hacia la capacidad funcional concreta del paciente, la estabilidad de la voluntad manifestada y la evaluación clínica individualizada del sufrimiento.

A mi entender, el punto decisivo no reside tanto en la naturaleza del sufrimiento (físico o psíquico), sino en la calidad de la voluntad que lo acompaña. Es decir, creo realmente que el eje del análisis se desplaza desde la patología hacia la autonomía.

Sin embargo, aquí emerge el principal riesgo, la posible confusión entre deseo suicida reactivo y decisión reflexiva, libre y sostenida en el tiempo. Esta distinción, que puede parecer clara en abstracto, me temo que resulta extraordinariamente difícil en la práctica clínica, especialmente en contextos de trastornos depresivos o de personalidad.

Por ello, la exigencia de un estándar probatorio reforzado, ya mencionado también anteriormente, no es una opción, sino una necesidad estructural del sistema. La intervención de equipos multidisciplinares, la evaluación longitudinal de la voluntad y la reiteración de la solicitud adquieren aquí una función esencial, no solo garantista, sino también epistemológica, en la medida en que buscan asegurar que la decisión no sea producto de una fluctuación emocional o de una patología tratable.

Críticamente, puede sostenerse que el modelo español mantiene una posición intermedia, ya que no excluye el sufrimiento psíquico (Raga i Vives, 2022) –lo que sería difícilmente justificable desde la igualdad material–, pero tampoco lo integra sin reservas, imponiendo condiciones más exigentes. Esta solución evita tanto el cierre injustificado del sistema como su apertura indiscriminada, aunque mantiene inevitablemente un excesivo margen de incertidumbre interpretativa.

C) Fallecimiento durante la tramitación

Una de las casuísticas más reveladoras –y problemáticas– ha sido la del fallecimiento del solicitante antes de la finalización del procedimiento. Estos supuestos han generado reclamaciones por responsabilidad patrimonial y han reactivado el debate sobre la adecuación temporal del modelo garantista.

No puede establecerse una equivalencia automática entre fallecimiento previo y vulneración del derecho. El sistema diseñado por la LORE incorpora deliberadamente tiempos de reflexión y verificación, que forman parte de su lógica (garantista). No se trata de un fallo del sistema, sino de una característica estructural del mismo.

La clave, por tanto, reside en distinguir entre supuestos de retraso estructural injustificado, donde la Administración no actúa con la diligencia exigible, y casos en los que el procedimiento se desarrolla dentro de los plazos razonables, teniendo en cuenta la complejidad clínica y administrativa.

El problema emerge cuando el diseño garantista no va acompañado de los medios materiales y organizativos suficientes, como parece que en algunas situaciones está sucediendo. En estos casos, el tiempo deja de ser garantía y se convierte en obstáculo, generando una situación paradójica en la que el exceso de cautela impide la efectividad del derecho.

Si es así, esta casuística pone de manifiesto una de las tensiones más profundas del modelo español cual es la dificultad de compatibilizar seguridad jurídica y urgencia vital. En contextos de sufrimiento extremo, el tiempo no es una variable neutra, sino un elemento sustancial del derecho mismo.

4. **Objeción de conciencia: interpretación judicial**

La Ley Orgánica 3/2021 (BOE núm. 72, 2021) reconoce expresamente el derecho del personal sanitario a la objeción de conciencia (Romeo Casabona, 2022), configurándolo como una garantía necesaria

en un ámbito donde confluyen convicciones éticas profundas y prácticas médicas de alto impacto moral. Sin embargo, la experiencia aplicativa y la interpretación judicial han puesto de relieve que este derecho no puede entenderse en términos absolutos ni expansivos, sino dentro de límites precisos que aseguren la coherencia del sistema.

La jurisprudencia constitucional ha delimitado de forma especialmente estricta el alcance de la objeción de conciencia en el ámbito de la eutanasia. En particular, la STC 94/2023 afirma que las únicas actuaciones susceptibles de quedar amparadas por la objeción de conciencia (Romeo Casabona, 2022) son las intervenciones individuales de los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir, rechazando expresamente cualquier extensión de este derecho a instituciones o personas jurídicas. El Tribunal Constitucional advierte además que una interpretación expansiva de la objeción podría comprometer la efectividad de la prestación sanitaria reconocida por la Ley Orgánica 3/2021, alterando el equilibrio diseñado por el legislador entre libertad de conciencia y garantía efectiva del derecho del paciente (STC 94/2023, FJ 11).

Desde esta idea, la objeción de conciencia se configura como un mecanismo de protección individual de la libertad ideológica del profesional sanitario (Romeo Casabona, 2022), pero no como un instrumento apto para producir bloqueos estructurales o institucionales del acceso a la prestación. Esta construcción conecta, además, con la tradicional interpretación restrictiva que el propio Tribunal Constitucional mantuvo en otro tiempo respecto de la objeción de conciencia como excepción al cumplimiento de deberes legales (*vid.* SSTC 160/1987 y 161/1987).

Esta delimitación resulta esencial. Admitir una objeción de conciencia (Romeo Casabona, 2022) de carácter institucional –por ejemplo, a nivel de centros sanitarios– supondría, en la práctica, permitir zonas de exclusión del derecho, generando desigualdades territoriales y vulnerando el principio de acceso equitativo. Del mismo modo, tolerar un ejercicio desordenado o no coordinado de la objeción individual podría producir efectos equivalentes a una denegación indirecta de la prestación.

Así pues, la objeción debe ser objeto de una interpretación estricta y funcional, no expansiva. No se trata de limitar el derecho del profesional, sino de evitar su instrumentalización o su proyección más allá de su núcleo legítimo. El riesgo de una ampliación indiscriminada no es teórico, podría generar una erosión silenciosa del derecho del solicitante, desplazando el problema desde la norma hacia la práctica asistencial.

La clave, por tanto, no reside únicamente en la delimitación jurídica del derecho, sino en su gestión organizativa. Es la Administración

sanitaria la que debe garantizar que el ejercicio de la objeción no afecte a la continuidad del servicio, mediante mecanismos eficaces de sustitución inmediata, planificación de recursos y previsión de equipos no objetores. En este punto, el derecho administrativo se convierte en el verdadero garante del equilibrio entre derechos en conflicto.

En definitiva, la objeción de conciencia, correctamente entendida, no debe ser un elemento de disfunción del sistema, sino una pieza integrada en su arquitectura. Pero su viabilidad va a depender de una interpretación restrictiva y de una ejecución organizativa rigurosa que impida que se convierta en un factor de desigualdad o bloqueo.

5. **Tendencias interpretativas emergentes**

El análisis conjunto de la casuística reciente permite identificar una serie de tendencias interpretativas que, sin constituir todavía una doctrina completamente consolidada, apuntan hacia la consolidación progresiva del modelo español en la práctica.

A. Refuerzo de la autonomía decisoria

La evolución jurisprudencial ha consolidado con claridad la idea de que el núcleo del derecho a la prestación de ayuda para morir reside en la voluntad libre, informada y persistente del paciente. Este principio no solo opera como requisito legal, sino como auténtico criterio hermenéutico que orienta la interpretación de toda la norma.

En este sentido, puede afirmarse que el sistema español ha culminado su transición desde un modelo de protección de la vida entendido en términos objetivos hacia un modelo centrado en la autodeterminación personal, en línea con la evolución del bioderecho contemporáneo.

B. Prudencia en casos no terminales

Frente a esta afirmación de la autonomía, se observa una clara prudencia en los supuestos que no encajan en el paradigma clásico de enfermedad terminal. Cuando el sufrimiento no se vincula a una situación de muerte próxima, los órganos administrativos y judiciales tienden a intensificar el escrutinio.

Esta cautela no implica una negación del derecho, sino una exigencia reforzada de garantías, especialmente en la acreditación de la capacidad y en la estabilidad de la voluntad. Se trata, en última instancia, de evitar decisiones precipitadas en contextos donde la irreversibilidad de la situación no es tan evidente.

C. Protección del procedimiento

Otro rasgo significativo es que la mayoría de los litigios no giran en torno al fondo del derecho, sino sobre cuestiones procedimentales: plazos, motivación, secuencia de actuaciones, suficiencia de los informes.

Esto revela que el procedimiento no es un elemento accesorio, sino el verdadero soporte de legitimidad del sistema. La LORE no solo reconoce un derecho, sino que lo condiciona a un itinerario garantista cuya correcta observancia se convierte en el principal objeto de control.

D. Margen técnico de las Comisiones

Finalmente, la jurisprudencia ha reconocido de forma consistente, y ya mencionada, un amplio margen técnico a las Comisiones de Garantía y Evaluación, entendiendo que su función implica una valoración especializada que no puede ser sustituida por el juez.

Este reconocimiento refuerza la lógica del modelo, pero también plantea el reto de asegurar que ese margen no derive en disparidades interpretativas excesivas, especialmente en un sistema descentralizado.

6. **Evaluación crítica**

A la luz de la experiencia reciente, el modelo español de eutanasia puede considerarse, en términos generales, jurídicamente consolidado, pero no exento de desafíos relevantes en su aplicación práctica.

En primer lugar, es indudable que el sistema ha superado la prueba constitucional, lo que ha permitido desplazar el debate hacia cuestiones más técnicas y operativas. En segundo lugar, la litigiosidad se ha mantenido en niveles relativamente limitados y concentrados en supuestos complejos, lo que sugiere un grado razonable de aceptación y funcionamiento del modelo.

Asimismo, la evolución interpretativa ha confirmado que la autonomía personal (Núñez Paz, 2006) ha prevalecido sobre planteamientos paternalistas, consolidando una línea coherente con los estándares contemporáneos del derecho sanitario. Sin embargo, esta afirmación de la autonomía no ha eliminado las zonas de incertidumbre, sino que las ha desplazado hacia ámbitos más específicos.

Entre ellos, el sufrimiento psíquico (Raga i Vives, 2022) se perfila claramente como el principal foco de debate doctrinal futuro. No tanto por su inclusión –ya admitida– como por las condiciones de su valoración, donde confluyen dificultades médicas, éticas y jurídicas de gran complejidad.

Desde una valoración propositiva, parece bastante necesario avanzar en varios frentes como son:

– Mayor homogeneización de los protocolos clínicos, que reduzca la variabilidad territorial;
– Formación especializada en la evaluación de la capacidad y de la voluntad, especialmente en contextos psiquiátricos;
– Optimización de los tiempos administrativos, para evitar que el garantismo se convierta en ineficacia;
– Clarificación interpretativa de los supuestos más problemáticos, que aporte mayor seguridad jurídica a operadores y pacientes.

En este contexto, conviene subrayar –en línea con lo ya expresado en varios puntos– que el principal riesgo del sistema no es una expansión descontrolada del derecho, como a veces se plantea en el debate público, sino más bien lo contrario, una aplicación desigual o excesivamente lenta, que comprometa su efectividad real.

En definitiva, el modelo español se enfrenta ahora a un reto de maduración y ajuste fino, donde la clave no está en redefinir sus fundamentos, sino en perfeccionar sus mecanismos de aplicación para garantizar que el derecho reconocido sea también un derecho efectivamente ejercitable en condiciones de igualdad y dignidad.

XIII. CONCLUSIÓN GENERAL

Si algo he tratado de sostener a lo largo de este trabajo –y aquí quiero reafirmarlo con mayor claridad– es que la Ley Orgánica 3/2021 (BOE núm. 72, 2021) no puede ser comprendida únicamente como una innovación normativa, sino –al fin y aún con errores– como una transformación estructural del modo en que el ordenamiento jurídico español aborda el final de la vida. Desde esta perspectiva, mi conclusión no es meramente descriptiva, sino valorativa.

Considero que el modelo español ha alcanzado un grado notable de solidez técnica, pero precisamente por ello exige ahora una reflexión más exigente sobre sus límites operativos.

En primer lugar, entiendo que la ley ha superado de manera convincente el momento más delicado de su trayectoria que era el de su legitimación constitucional. La intervención del Tribunal Constitucional (SSTC 19/2023 y 94/2023) no solo ha cerrado el debate sobre su compatibilidad con el artículo 15 CE, sino que ha introducido una clave interpretativa que, a mi juicio, resulta decisiva, sobre la idea de

que la vida, en términos constitucionales, no puede desvincularse de la dignidad ni de la autonomía. Esta afirmación, que podría parecer evidente desde la bioética, no lo era tanto en el plano jurídico, y su consolidación marca un punto de inflexión.

Ahora bien, sería un error pensar que, una vez superado ese umbral, el modelo queda plenamente resuelto. Más bien ocurre lo contrario, el desplazamiento del debate desde la legitimidad hacia la operatividad abre un campo mucho más complejo, menos visible y, en cierto modo, más exigente. La ley funciona –y funciona razonablemente bien– pero lo hace en un entorno donde su eficacia depende de factores que el legislador no controla directamente.

Aquí es donde sitúo uno de mis principales cuestionamientos cual es el de si el derecho a la prestación de ayuda para morir es, en su esencia, un derecho normativamente fuerte pero operativamente vulnerable. Su reconocimiento legal es claro, su encaje constitucional es sólido, pero su realización efectiva depende de condiciones materiales –recursos, organización, formación– que no siempre están garantizadas de manera homogénea.

No puedo dejar de insistir, de nuevo, en el punto de que la verdadera desigualdad no se produce en el texto de la ley, sino en su aplicación.

La descentralización del sistema sanitario, que en otros ámbitos puede ser una fortaleza, introduce aquí un riesgo evidente de fragmentación territorial, donde el acceso al derecho puede variar en función de factores organizativos más que jurídicos. Desde mi punto de vista, este es uno de los problemas más serios del modelo actual, no tanto por su gravedad inmediata como por su potencial de erosión a medio plazo.

A ello se suma un elemento que considero particularmente complejo y es el de la dimensión temporal del derecho. A diferencia de otros derechos subjetivos, la eutanasia se sitúa en un contexto donde el tiempo no es neutro. Cada demora, cada dilación, cada disfunción procedimental tiene un impacto directo en la realidad vital del solicitante. Por eso, cuando analizo el modelo español, no puedo limitarme a valorar sus garantías formales; debo preguntarme también si esas garantías son compatibles con la urgencia existencial que caracteriza muchos de los supuestos.

En este sentido, creo que el legislador acertó al diseñar un sistema de garantías, pero ese garantismo corre el riesgo de desbordarse sobre sí mismo si no se acompaña de una adecuada dotación de medios y de una gestión eficiente. No es el exceso de aquellas en sí lo problemático, sino su desconexión con la capacidad real del sistema para aplicarlas sin dilaciones indebidas.

Por otra parte, la evolución jurisprudencial –tanto en la jurisdicción contencioso-administrativa como en la práctica de las comisio-

nes– me parece, en líneas generales, acertada. Valoro la posición adoptada por el Tribunal Supremo (ATS 7489/2025), en el sentido de mantener un control de legalidad y razonabilidad sin invadir el ámbito del juicio clínico. Este equilibrio es esencial. Judicializar en exceso el sistema habría supuesto desnaturalizarlo, trasladando decisiones médicas a un terreno que no les es propio.

Sin embargo, tampoco aquí conviene caer en una visión complaciente. El riesgo no es ya la injerencia judicial, sino el contrario, una cierta deferencia excesiva que, en determinados casos, podría debilitar el control efectivo sobre decisiones administrativas discutibles. El desafío, por tanto, no es redefinir el papel del juez, sino afinar los estándares de control, especialmente en materia de motivación y valoración de requisitos legales.

Si tuviera que identificar el punto más delicado del sistema desde una perspectiva de futuro, lo situaría sin duda en el ámbito del sufrimiento psíquico (Raga i Vives, 2022). No porque la ley lo contemple –lo cual considero correcto desde un punto de vista de igualdad–, sino porque su evaluación plantea problemas que el derecho, por sí solo, difícilmente puede resolver. Aquí convergen incertidumbres médicas, dilemas éticos y riesgos jurídicos que obligan a extremar la cautela.

Mi posición, en este punto, no contempla excluir estos supuestos, sino exigir en ellos un estándar probatorio especialmente riguroso, capaz de distinguir entre decisiones autónomas y situaciones de vulnerabilidad que puedan comprometer la libertad real del sujeto.

Esto nos devuelve, en última instancia, al núcleo del modelo que –no debe olvidarse– se halla en la autonomía. A lo largo de este trabajo he defendido que el sistema español ha optado acertadamente por situar la voluntad del paciente como eje estructural (a pesar de las dudas generadas por la reciente doctrina del TS que ya he analizado en la STS 690/2026). Pero esa opción no puede ser meramente declarativa; exige condiciones materiales, clínicas y procedimentales que la hagan auténtica.

La evolución jurisprudencial permite afirmar que la segunda etapa de aplicación de la LORE ya no vendrá determinada por debates sobre su constitucionalidad, sino por la construcción de un verdadero Derecho procesal de la eutanasia. La delimitación de la legitimación activa, la intensidad del control judicial, el régimen cautelar y, especialmente, la rapidez de la respuesta jurisdiccional, constituirán probablemente los principales ejes de desarrollo del sistema en los próximos años.

Resultaría quizá conveniente que el legislador incorporase un procedimiento jurisdiccional de tramitación preferente y abreviada para los recursos relativos a la prestación de ayuda para morir. La irreversibilidad

de la decisión no justifica únicamente un control judicial efectivo; exige también que dicho control sea compatible con la dimensión temporal del derecho reconocido por la LORE. Un proceso excesivamente prolongado puede frustrar, en la práctica, la finalidad protectora de la ley.

Por todo lo dicho, concluiría finalmente abordando una doble perspectiva. Por un lado, entendiendo que España ha construido un modelo jurídicamente coherente, constitucionalmente sólido y técnicamente bien diseñado, que ha logrado integrar la eutanasia en el sistema sanitario sin rupturas ni disfunciones graves. En este sentido, el balance es claramente positivo.

Pero, de otra parte, considero que el sistema se encuentra todavía en una fase de maduración operativa, donde sus principales desafíos no son normativos, sino organizativos e interpretativos. El riesgo no es la expansión descontrolada del derecho –una preocupación a menudo sobredimensionada en el debate público– sino su aplicación desigual, lenta o técnicamente insuficiente.

Si el sistema es capaz de afrontar estos retos –homogeneizando criterios, reforzando la formación, reduciendo tiempos y clarificando los supuestos más complejos– podrá consolidarse no solo como un modelo válido en términos jurídicos, sino como un modelo efectivamente justo en la experiencia real de los pacientes.

Y es ahí, precisamente, donde, en mi opinión, se juega su verdadera legitimidad.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

Bardavío Antón, C., «¿Derecho a la autodeterminación de la propia muerte condicionada por contexto eutanásico y por tercero? Reflexiones dogmáticas sobre paradojas morales y jurídicas de la STC núm. 19/2023 de 22 de marzo y de la Ley de eutanasia en España», en *Introducción a la problemática del derecho a la muerte*, 2024.

Barquín Sanz, J., «Tratamiento jurídico penal de la eutanasia tras la reforma de 2021», *Cuadernos de Política Criminal*, núm. 133, 2021.

Carbonell Mateu, J. C., «Constitución, suicidio y eutanasia: cuarenta años de mala convivencia», en *Derechos humanos y Constitución*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2018.

— «El castigo de la ayuda al suicidio es inconstitucional», *Derecho a Morir Dignamente*, núm. 82, 2020.

Juanatey Dorado, C., *Derecho, suicidio y eutanasia*, Ministerio de Justicia, Madrid, 1994.

— «Sobre la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia voluntaria en España», *Teoría y Derecho*, núm. 29, 2021.

Moreso, J. J., «Dignidad humana: eutanasia y auxilio ejecutivo al suicidio», en Tomás-Valiente Lanuza (dir.), *La eutanasia a debate. Primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia*, Marcial Pons, Madrid, 2021.
Núñez Paz, M. Á., *Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir con dignidad a la luz del CP de 1995*, Espasa Calpe, Madrid, 1999.
— *La buena muerte. El derecho a morir con dignidad*, Tecnos, Madrid, 2006.
— *Interrupción voluntaria de la vida humana*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2016.
— «Necesidad de un concepto pre-legal de eutanasia, aspectos constitucionales y otras precisiones sobre la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia», *Revista General de Derecho Penal*, núm. 34, 2020.
— «Eutanasia y Estado de Derecho: El caso de Noelia Castillo», en *Europa Sur, Tribuna Abierta,* 10-05-2026.
(https://www.europasur.es/sociedad/noelia-castillo-eutanasia-estado-derecho-caso-muerte-digna_0_2006296901.html).
Ortiz Fernández, M., «La legalización de la eutanasia activa directa en España: la Ley Orgánica 3/2021», *Diario La Ley*, núm. 9830, 2021.
Peñaranda Ramos, E., «Participación en suicidio, eutanasia, autonomía personal y responsabilidad de terceros», en Tomás-Valiente Lanuza (dir.), *La eutanasia a debate*, Marcial Pons, 2021.
Presno Linera, M. A., «La eutanasia como derecho fundamental», *Teoría y Derecho*, núm. 29, 2021.
Raga I Vives, A., «Una lectura constitucional de la LO 3/2021, de regulación de la eutanasia», *Revista Penal México*, núm. 21, 2022.
Rey Martínez, F., «El derecho de recibir ayuda para morir en contexto eutanásico: comentario crítico de las SSTC 19/2023 y 94/2023», *Anuario Iberoamericano de Justicia Constitucional*, vol. 27, 2023.
Romeo Casabona, C. M., *El Derecho y la Bioética ante los límites de la vida humana*, Centro de Estudios Ramón Areces, Madrid, 1994.
— «La Ley Orgánica reguladora de la eutanasia y la adaptación del Código Penal», *Revista Penal*, núm. 49, 2022.
Tomás-Valiente Lanuza, C., *La disponibilidad de la propia vida en el Derecho penal*, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, 1999.
Tomás-Valiente Lanuza, C. (dir.), *La eutanasia a debate. Primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia*, Marcial Pons, Madrid, 2021.

XV. JURISPRUDENCIA

Tribunal Constitucional, STC 160/1987, de 27 de octubre.
Tribunal Constitucional, STC 161/1987, de 27 de octubre.
Tribunal Constitucional, STC 19/2023, de 22 de marzo.

Tribunal Constitucional, STC 94/2023, de 12 de septiembre.
Tribunal Supremo, STS 82/2024, de 25 de enero.
Tribunal Supremo, ATS 4557/2025, de 5 noviembre.
Tribunal Supremo, ATS 7489/2025, de 21 de enero.
Tribunal Supremo, STS 690/2026, de 3 de junio.
Tribunal Superior Justicia Cantabria, STSJ Cantabria 217/2023, de 12 de junio.
Tribunal Superior Justicia Cataluña, ATSJ Cataluña, 424/2024, de 18 de septiembre.
Tribunal Superior Justicia Cataluña, Sentencia 69/2025, de 14 de marzo, del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo núm. 12 de Barcelona.
Tribunal Superior Justicia Comunidad Valenciana, STSJ Comunidad Valenciana, 146/2023, de 25 de abril.

XVI. FUENTES ESTADÍSTICAS

https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/profesionales/home.htm (España).
https://english.euthanasiecommissie.nl/ (Países Bajos).
https://consultativebodies.health.belgium.be/en/advisory-and-consultative-bodies/federal-commission-control-and-evaluation-euthanasia (Bélgica).