

MORIR SEGÚN LA PROPIA VOLUNTAD (DIGNIDAD DEL PACIENTE Y AUTONOMÍA AL FINAL DE LA VIDA: EL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS)*

DYING ACCORDING TO ONE'S OWN WILL (PATIENT DIGNITY AND AUTONOMY AT THE END OF LIFE: THE ADVANCE DIRECTIVE)

María Inmaculada HARO MARTINEZ¹

 0009-0000-4254-4098

RESUMEN: El principio de autonomía del paciente ha experimentado una importante evolución en el ámbito sanitario, destacando su fundamento en la dignidad humana y su reconocimiento en la legislación española, especialmente en la Ley 41/2002. Este cambio supone el abandono del modelo paternalista médico y el fortalecimiento del derecho del paciente a decidir sobre su cuerpo y tratamientos, mediante herramientas como el consentimiento informado y el documento de instrucciones previas. Las instrucciones previas permiten a una persona mayor de edad, capaz y libre expresar anticipadamente su voluntad sobre diversas cuestiones sanitarias en caso de no poder manifestarlo llegado el momento. Su regulación presenta diversidad normativa entre comunidades autónomas, lo que genera cierta inseguridad jurídica. El documento debe formalizarse por escrito y puede incluir contenidos como la aceptación o rechazo de tratamientos, designación de representante o decisiones sobre el final de la vida. Asimismo, se aborda la relación de estas instrucciones con la Ley Orgánica 3/2021 de eutanasia, que permite solicitar la ayuda para morir bajo estrictos requisitos y garantías. Esta ley refuerza la autonomía del paciente en situaciones de sufrimiento grave, aunque también genera debate jurídico y ético sobre el derecho a la vida y la autodeterminación.

Palabras clave: autonomía de la voluntad; consentimiento informado; instrucciones previas; ayuda para morir; voluntad anticipada.

ABSTRACT: The patient's autonomy principle has gone through a significant evolution in the sanitary sphere, highlighting its basis on human dignity and its recognition in Spanish law, specifically in *Ley 41/2002*. This change means the withdrawal of the paternalistic medical model and the strengthening of the patient's rights regarding their body and treatment by way of tools as the informed acknowledgement and the Living Will. The Living Will allows those of legal age, competent and free of previously expressing their will over various sanitary matters in case of being unable of manifesting it when the time comes. Its regulation presents normative diversity among autonomic communities, which generates certain juridical lack of security. The document must be executed in writing also it may include other contents as the acceptance or the rejection of treatment, the designation of a representative and further end-of-life decisions. Likewise, the relationship of these instructions is addressed in *Ley Orgánica 3/2021* about euthanasia which permits applying for help to die under strict requirements and guarantees. This law reinforces the patient's autonomy in severe suffering situations, although it generates legal and ethical debates on the right to life and self-determination.

Keywords: autonomy of will; informed consent; living will; assisted dying; advance directive.

SUMARIO: I. El contexto: la dignidad del paciente y su autonomía. II. Documento de instrucciones previas. 1. Requisitos para su otorgamiento. 2. Formalización del documento de instrucciones previas. 3. Contenido de las instrucciones previas. III. La prestación de la ayuda para morir. 1. Procedimiento ordinario y controles para el acceso a la AMpM. 2. Procedimiento especial para situaciones de incapacidad de hecho. IV. Bibliografía.

* Fecha de recepción: 15/05/2026 – Fecha de aceptación: 24/07/2026. Cita recomendada: HARO MARTINEZ, M. I. (2026). "Morir según la propia voluntad (Dignidad del paciente y autonomía al final de la vida: el documento de instrucciones previas)", en *Bioderecho.es*, (23), <https://doi.org/10.6018/bioderecho.716611>

¹ Doctoranda del Programa de Doctorado en Bioderecho: Ética, Salud y Derechos Humanos de la Universidad de Murcia. Correo electrónico: mi.haromartinez@um.es



SUMMARY: I. The context: patient dignity and autonomy. II. The advance directive. 1. Requirements for its execution. 2. Formalisation of the advance directive. 3. Content of the advance directive. III. Medical aid in dying. 1. Ordinary procedure and controls for access to medical aid in dying. 2. Special procedure for situations of de facto incapacity. IV. References.

I. EL CONTEXTO: LA DIGNIDAD DEL PACIENTE Y SU AUTONOMÍA

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica es el reflejo del cambio de paradigma que ha experimentado la sociedad en los últimos tiempos en materia de autonomía del paciente en el ámbito sanitario. Este cambio viene para acabar con el paternalismo que ha caracterizado tradicionalmente la relación entre el médico y el paciente como consecuencia del reconocimiento de la dignidad del paciente y la capacidad de este para tomar decisiones en lo relativo a su cuerpo y salud, siempre habiendo recibido la información necesaria para ello.

Cabe señalar que, junto a la ley estatal, cada comunidad autónoma ha desarrollado su propia legislación completando la regulación de la autonomía del paciente, en general, y de las instrucciones previas, en particular. La disparidad normativa que caracteriza a nuestro ordenamiento en esta materia ha sido señalada en múltiples ocasiones por la doctrina por conducir en ciertos aspectos a un caos de difícil armonización. Todo ello pone de manifiesto la necesidad de una reforma que unifique criterios y marque unas pautas claras en una materia de gran importancia en una sociedad interesada y preocupada por hacer valer la autonomía y el respeto a la voluntad de los ciudadanos en las decisiones sobre su salud y su cuerpo.

Este documento ha aumentado su protagonismo al haber sido incluido por la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE) como uno de los instrumentos mediante el cual solicitar la prestación de ayuda para morir (en adelante, AMpM), de manera que en las instrucciones previas puede establecerse la declaración del otorgante de recibir esta ayuda.

Para abordar la idea de autonomía del paciente debe concretarse, en primer lugar, el concepto de dignidad humana entendiendo por tal el fundamento ético, axiológico o valorativo, que gira en torno a exigencias que razonamos como elementos fundamentales de una vida digna¹. El respeto a la dignidad humana constituye la premisa de los derechos humanos, aquellos que son inherentes al ser humano y que el Derecho positivo reconoce convirtiéndolos en normas jurídicas y garantizándolos jurídicamente².

Además, cabe señalar que la dignidad constituye el origen, fin y límite de los derechos humanos siendo, por tanto, superior a los mismos y constituyendo el único derecho que puede valorarse como “absoluto” en las Declaraciones contemporáneas. Así lo confirma la jurisprudencia constitucional al señalar en repetidas sentencias que: “La dignidad es el rango o categoría de la persona como tal”, dignidad que “deben respetar tanto los poderes públicos como los ciudadanos, de acuerdo con los artículos 9º y 10º de

¹ FERNÁNDEZ GARCÍA, E. “El problema del fundamento de los derechos humanos”, *Anuario de Derechos Humanos*, Vol. I, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 1981, págs. 98-99.

² FERNÁNDEZ GARCÍA, E. 1981, pág. 76.

la Constitución” (STC 214/1991, de 11 de noviembre); o “Ante la dignidad pues, no caben determinadas acciones de los poderes públicos ni de los particulares. La dignidad ha de permanecer inalterada cualquiera que sea la situación en que la persona se encuentre [...] constituyendo, en consecuencia, un *mínimum invulnerable* que todo estatuto jurídico debe asegurar, de modo que, sean unas u otras las limitaciones que se impongan en el disfrute de derechos individuales no conlleven menosprecio para la estima que, en cuanto ser humano, merece la persona” (STC 120/1990, de 27 de junio)

Los derechos humanos van normativizándose progresivamente en lo que se denomina “generaciones” de manera que “los derechos humanos [...] son derechos históricos, es decir, nacen gradualmente, no todos de una vez para siempre, en determinadas circunstancias, caracterizadas por luchas por la defensa de nuevas libertades contra viejos poderes”³. La primera de estas generaciones nace como reacción a los excesos absolutistas y se encuentra íntimamente ligada a la idea de libertad estando en contacto con la esfera más íntima y personal de la persona y a ella pertenece el derecho del paciente a decidir sobre su cuerpo y los cuidados que desee o no recibir. Este derecho es lo que posteriormente dará lugar al consentimiento informado y a la autonomía del paciente. En la actualidad, el principio de autonomía se ha posicionado como uno de los principios de la ética biomédica.

En la legislación española, la dignidad de la persona se encuentra reconocida como derecho fundamental en el artículo 10.1 de la Constitución Española al proclamar que “La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”. La doctrina la entiende como “el valor fundante, la matriz de todos los valores o una suerte de axioma”⁴, es decir, como una exigencia ética inherente al ser humano.

Ya en el ámbito sanitario, el artículo 2.1 de la Ley 41/2002 establece que “La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica”.

Es importante resaltar que para que la autonomía de la voluntad del paciente sea plena es imprescindible que este haya recibido una completa información por parte del sanitario que corresponda dando lugar así al denominado consentimiento informado que la Ley estatal define en su artículo 3 como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”. Así lo exige el artículo 2 de dicha norma⁵. La Ley General de Sanidad reconoce en su artículo

³ BOBBIO, N., *El tiempo de los derechos*. Editorial Sistema, Madrid, 1991, págs. 17-18.

⁴ PANEA, J M., “La imprescindible dignidad”, en RUIZ DE LA CUESTA, A. (coord.), *Bioética y derechos humanos. Implicaciones sociales y jurídicas*, Universidad de Sevilla, Sevilla, 2005, pág. 18.

⁵ Artículo 2 de la Ley 41/2002 “2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.”

10.2⁶ el derecho a la información del paciente. No obstante, la regulación que esta Ley contenía en relación a la forma en que debe brindarse esa información, la libre elección de tratamiento entre las opciones presentadas por el médico responsable así como la posibilidad de negarse al tratamiento y a que quede constancia por escrito de todo su proceso son aspectos que se encuentran actualmente en la Ley 41/2002.

El Tribunal Supremo reconoció que “el consentimiento informado constituye un derecho humano fundamental, precisamente una de las últimas aportaciones realizada en la teoría de los derechos humanos consecuencia necesaria o explicación de los clásicos derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia. Derecho a la libertad personal, a decidir por sí mismo en lo atinente a la propia persona y a la propia vida y consecuencia de la autodisposición sobre el propio cuerpo”⁷.

La doctrina define el consentimiento informado como “la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de esta y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente”⁸. En el mismo sentido, MARTÍNEZ SÁNCHEZ lo define como un proceso de comunicación fluida entre médico y paciente, donde el diálogo está abierto en ambas direcciones a fin de que el paciente comprenda las alternativas disponibles, el contenido de cada una de ellas, así como se puedan dar respuesta a los miedos o dudas que entraña cualquier actuación; de información sobre cualquier extremo que pueda levantar titubeo o incertidumbre. Al final se ha de forjar una estrecha relación entre ambas partes, de respeto mutuo y empatía, puesto que ni la función del profesional sanitario es hacer juicios de valor sobre la postura del paciente ni la de éste es cuestionar la capacidad de aquél⁹.

En tanto el paciente decide sobre su propia situación debemos entender la autonomía en un doble sentido; en primer lugar, como la libertad del hacer y, por otro lado, la libertad del querer en la que el propio sujeto controla la concepción, deliberación y decisión de lo que hará, de donde se extrae que dentro de ciertos límites el paciente tiene derecho a decidir cómo desea ser tratado ante una situación de enfermedad presente o futura¹⁰. Es en este contexto donde se sitúa tanto el consentimiento informado como los documentos de instrucciones previas siendo ambas figuras manifestaciones de la

⁶ Apartado 2 del artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad: “A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso. La información deberá efectuarse en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio de diseño para todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad.”

⁷ S.T.S. 3/2001 de 12 de enero, Sala Civil (R.J. 2001\3), F.J. 1º. Ponente Excmo. Sr. D. J.M. Martínez Pereda Rodríguez.

⁸ SIMÓN LORDA, P. y CONCEIRO CARRO, L. “El Consentimiento Informado. Teoría y Práctica (I y II)”. *Medicina Clínica*, Vol. 100, Nº 17: 659-663, 1993.

⁹ MARTÍNEZ SÁNCHEZ, N. *El libre desarrollo de la personalidad de las personas con discapacidad*, Dykinson, Madrid, 2024, pág. 212

¹⁰ LÓPEZ SÁNCHEZ, C., «Instrucciones previas y eutanasia», en LÓPEZ SÁNCHEZ, C. y ORTIZ FERNÁNDEZ, M. (directores) *Derecho y salud: retos jurídicos actuales*, Aranzadi, Navarra, 2023, pág. 136.

autonomía del paciente, con la diferencia del momento en el que la voluntad de este fue expresada en relación con el momento en el que se práctica.

En el primer escenario, el consentimiento se otorga de manera simultánea y personal mientras que en el segundo se presta como cautela ante la posibilidad de una situación de incapacidad futura. Con el documento de instrucciones previas al tiempo que se da un paso hacia el derecho a la autodeterminación se libera al sanitario e incluso a los familiares de la toma de decisiones que deberían ser personalísimas.

La autonomía es la consecuencia de la reivindicación del paciente ante un modelo de medicina caracterizado por la dependencia del paciente y la autoridad del médico. Este modelo partía de considerar al paciente como un enfermo, término que proviene del latín *in-firmus*, o carente de firmeza, lo que llevaba a posicionar al médico en una situación de superioridad intelectual y volitiva que le capacitaba para tomar las decisiones que según su criterio eran las correctas o las que más beneficiaban al paciente. Con el cambio de paradigma en la relación médico-paciente, este último reclama el reconocimiento de su capacidad para decidir acerca de la propia salud y el fin de la vida. Esto promueve el respeto a las decisiones que libre, reflexionada y voluntariamente el paciente tome sobre los tratamientos sanitarios a los que desea o no someterse de manera que la autonomía emancipa al paciente.

Uno de los pioneros en esta materia fue el profesor y médico John GREGORY de la Facultad de Medicina de la Universidad de Edimburgo que reconocía una idea básica de la autonomía del paciente al señalar que: “Todos los hombres tienen derecho a hablar cuando se trata de su salud y de su vida, ¿y por qué razón se podría quitar ese derecho a un amigo que cree conservar la vida de su amigo con el remedio que propone? La política y el orden le obligan a someterse al juicio del Médico; pero no está este menos obligado a oírlo atentamente, y a examinar de buena fe aquello que quieran encomendar a su discernimiento. Si merece realmente su aprobación, debe confesarlo con franqueza, y ponerlo inmediatamente en ejecución; si, por el contrario, lo cree verdaderamente perjudicial, debe declararlo por tal; pero de modo que haga ver que su opinión no tiene otro origen que la íntima persuasión de quererlo así, y de ningún modo el resentimiento o la obstinación”¹¹.

Los pacientes hablan de libertad y no de dignidad a la hora de “emanciparse” en la relación médica lo que ha llevado al Tribunal Constitucional Español a destacar que “La libertad no es sólo un valor superior del Ordenamiento jurídico (art. 1.1CE) sino además un derecho fundamental (art. 17 CE) que está vinculado directamente con la dignidad de la persona, cuya trascendencia estriba precisamente en ser el presupuesto de otras libertades y derechos fundamentales” (STC 147/2000, de 29 de mayo).

¹¹ GREGORY, J., *Discurso sobre los deberes, cualidades y conocimientos del médico con el método de sus estudios*, Imprenta Real, Madrid, 1803, págs. 42-43.

II. DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

La Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente define en su artículo 11 las instrucciones previas señalando que “por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlas personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos”.

La norma estatal utiliza el término documento de instrucciones previas, sin embargo, cabe advertir que no todas las normas en nuestro ordenamiento utilizan la misma expresión para hacer referencia a este instrumento jurídico. Así, encontramos leyes autonómicas que hablan de voluntades anticipadas, manifestación anticipada de voluntad o declaración de voluntad anticipada. Pese a ello, entendemos que, como señala FERNÁNDEZ CAMPOS¹², “voluntades anticipadas” sería la más adecuada por ser la más extendida entre la legislación autonómica y porque es la que mejor se acomoda a la naturaleza y contenido de estos documentos.

Señala SERRANO RUIZ-CALDERÓN¹³ que la voluntad anticipada como instituto jurídico tiene su origen por una parte en el desarrollo del consentimiento informado devenido de la introducción del principio de autonomía, y, por otra, en el temor que se ha generado en torno a la obstinación terapéutica como consecuencia del uso desproporcionado de los avances biotecnológicos en la medicina.

Para ARBE OCHANDIANO, “la voluntad anticipada es en definitiva pieza intrínseca del acto médico que involucra la comunicación, el entendimiento, la asesoría y el acompañamiento y que se materializa por medio de un documento de voluntad anticipada, convirtiéndose este en parte integral de la historia clínica”¹⁴.

Con base en lo expuesto cabe afirmar que la voluntad del otorgante, recogida en las instrucciones previas, debe ser producto de un proceso de comunicación y deliberación entre el médico y el paciente que debe quedar formalizado por escrito y cuya finalidad es que se respete la voluntad del otorgante sobre su asistencia sanitaria en previsión de aquellas situaciones futuras en las que el paciente no tenga capacidad para expresarla.

1. Requisitos para su otorgamiento

El documento de instrucciones previas sanitarias es el instrumento que el ordenamiento jurídico pone al servicio de los ciudadanos para que estos puedan declarar de manera anticipada su voluntad en relación con las decisiones que afecten a la propia salud cuando ya no sean capaces de expresarla por sí mismos. Con él, el paciente hace uso del derecho que le confiere el artículo 11 de la Ley 41/2002 de Autonomía del

¹² FERNÁNDEZ CAMPOS “El documento de voluntades anticipadas. Una denominación controvertida” en R. BARRADA/ M. GARRIDO/ S. NASARRE (coords.), *El nuevo derecho de la persona y de la familia. (Libro Segundo del Código Civil de Cataluña)*, Bosch, Barcelona, 2011, pág. 179.

¹³ SERRANO RUIZ-CALDERÓN, J. M., “La Ley 41/2002 y las voluntades anticipadas”, *Cuadernos de Bioética*, vol. XVII, núm. 59, enero-abril de 2006, pág. 69 y ss.

¹⁴ ARBE OCHANDIANO, M., *Estudio de las Instrucciones Previas en el ámbito sanitario a través del Ordenamiento Jurídico Español*, Universidad de Salamanca, 2011, pág. 18.

Paciente a decidir libremente sobre los tratamientos que desea o no recibir e, incluso, del destino *post mortem* de sus órganos.

Para su otorgamiento existen dos categorías de requisitos, los formales y los materiales o subjetivos. A ambos se refiere el artículo 11 si bien solo regula los segundos remitiendo el primer grupo a la legislación autonómica.

En relación con los requisitos subjetivos exige la ley que el otorgante sea una persona mayor de edad, capaz y libre. El hecho de que la norma exija como requisito la mayoría de edad sigue el criterio establecido por el artículo 240 del Código Civil que señala los 18 años, descartando la denominada “mayoría de edad sanitaria” pese a que es el criterio elegido para poder prestar consentimiento informado sanitario personalmente y no a través de un sustituto o representante sanitario.

Esta diferencia de criterio no implica que la edad exigida para otorgar las instrucciones previas sea contradictoria con la Ley 41/2002 ya que pese a que el artículo 9.4 determina que no será válido el consentimiento por sustitución cuando se trate de menores con más de 16 años o emancipados, cabe resaltar que este mismo artículo establece a continuación, una serie de excepciones a esta regla¹⁵.

La doctrina no es uniforme en este punto ya que hay quienes entienden que la decisión del legislador de establecer un criterio diferente para poder otorgar válidamente instrucciones previas es una solución motivada¹⁶ mientras que otro sector defiende que la diferencia de criterio es una incoherencia en tanto el consentimiento y las instrucciones previas pertenecen al ámbito de la autonomía del paciente y que, por tanto, debería haberse adoptado un mismo criterio para ambas cuestiones¹⁷. Estos últimos consideran que el menor de edad con suficiente capacidad intelectual y volitiva debería tener la posibilidad de otorgar este documento teniendo en cuenta que si pudiera expresar su voluntad personalmente, sí que se le permitiría decidir sobre los tratamientos que se le aplicarían mediante el consentimiento informado. Refuerza esta postura el artículo 6.2 del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina al señalar que “Cuando, según

¹⁵ Artículo 9.4 Ley 41/2002 “Cuando se trate de menores emancipados o mayores de 16 años que no se encuentren en los supuestos b) y c) del apartado anterior, no cabe prestar el consentimiento por representación. No obstante, lo dispuesto en el párrafo anterior, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.”

¹⁶ PARRA LUCÁN, M.A., “La capacidad del paciente para prestar válido consentimiento informado. El confuso panorama legislativo español” *Aranzadi Civil-Mercantil*. 2003, págs. 1901 y ss: “La Ley, que excluye la representación en la prestación del consentimiento a partir de los dieciséis años y en los casos de emancipación, exige aquí en cambio la mayoría de edad. No debe verse en ello necesariamente una incoherencia. La proximidad de estas instrucciones a la disposición sobre la propia vida puede explicar que se exija un plus de capacidad para expresar una voluntad que necesariamente, hay que convenir, no tiene por qué formarse de igual manera «a priori», antes de que la persona se encuentre en situación de riesgo vital.”

¹⁷ RODRÍGUEZ GÓNZALEZ, J.I., “La autonomía del menor: su capacidad para otorgar el documento de instrucciones previas” *Anuario de la Facultad de Derecho (Universidad de Alcalá)*, vol. 2003, 2002-2003, pág. 223: “no es coherente una mayor exigencia de edad para otorgar el documento de instrucciones previas que para prestar el consentimiento informado. Se encuadran ambas instituciones en el ámbito de la autonomía del paciente y, hemos comprobado cómo esa autonomía se reconoce a los menores con suficiente madurez y, en todo caso, a los menores a partir de los 16 años, o emancipados, aunque, como dispone la legislación civil, no es tanto el dato cronológico de la edad la que determina la facultad de ejercitar los derechos de la personalidad, sino el grado de madurez del menor (por más que esa edad, sea un dato objetivo, a partir del cual, el legislador presume la referida madurez).”

la ley, un menor no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, ésta sólo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autoridad o de una persona o institución designada por la ley. La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez”. De esto deduce LÓPEZ SÁNCHEZ¹⁸ que no todo menor es incapaz de prestar su consentimiento y que por tanto en determinadas situaciones podrá prestarlo sin ningún tipo de representación.

En nuestra opinión, cabe destacar que la diferencia fundamental entre el consentimiento informado y las instrucciones previas es lo bastante relevante como para que se le permita al menor de edad acudir a uno, pero no al otro. Esto se debe a que mientras que en el primer caso el juicio de capacidad del paciente se realiza en el momento en el que va a recibir la prestación médica de que se trate, en el segundo escenario estamos ante decisiones que se establecen en caso de una posible futura incapacidad. Por lo que la cuestión no es tanto el acceso a determinadas prestaciones que se permiten en uno u otro caso sino el hecho de conceder al menor la posibilidad de decidir sobre un futuro hipotético o limitar sus decisiones al presente inmediato. Sin dejar de lado el hecho de que en las instrucciones previas se prevé como contenido determinadas prestaciones a las que los menores de edad no tienen acceso. Así, señala FERNÁNDEZ CAMPOS¹⁹ que, si bien la Ley 41/2002 permite esta posibilidad, la otra cuestión a la que sirve de utilidad el documento de instrucciones previas sanitarias, es decir, el destino *post mortem* de los órganos del paciente es una materia que queda vedada del alcance de los menores emancipados y mayores de 16 en la norma específica que regula esta cuestión²⁰. Asimismo, cabe apuntar que la Ley 3/2021 que regula la eutanasia, uno de los contenidos más relevantes que puede acoger el documento que nos ocupa, establece en su Exposición de Motivos y ratifica en el artículo 5 la mayoría de edad como requisito para acceder a la AMpM.

A continuación, indica la ley que el otorgante debe ser “capaz” para que las instrucciones previas sean válidas. Debe tenerse en cuenta la modificación efectuada por la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, en virtud de la cual quedan revocadas las incapacitaciones judiciales de manera que ahora la persona no será considerada incapaz para tomar las decisiones que le afecten, sino que se introduce un modelo de apoyo a la capacidad del sujeto²¹.

¹⁸ LÓPEZ SÁNCHEZ, C., «Instrucciones previas y eutanasia», en LÓPEZ SÁNCHEZ, C. y ORTIZ FERNÁNDEZ, M. (directores) *Derecho y salud: retos jurídicos actuales*, Aranzadi, Navarra, 2023, pág. 148

¹⁹ FERNÁNDEZ CAMPOS, J. A., “Los documentos de instrucciones previas”, en *Protección civil y penal de los menores y de las personas mayores vulnerables*, Fundación Diagrama-Aranzadi, Cizur Menor, Navarra, 2018, págs. 745.

²⁰ Artículo 8.1 del Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad: “La obtención de órganos procedentes de donantes vivos para su ulterior trasplante podrá realizarse si se cumplen los siguientes requisitos: a) El donante debe ser mayor de edad, gozar de plenas facultades mentales y de un estado de salud adecuado.”

²¹ Así se establece en la Exposición de Motivos de la Ley 8/2021 “Desde el punto de vista procedimental, cumple señalar que el procedimiento de provisión de apoyos solo puede conducir a una resolución judicial que determine los actos para los que la persona con discapacidad requiera el apoyo, pero en ningún caso a la declaración de incapacitación ni, mucho menos, a la privación de derechos, sean estos personales, patrimoniales o políticos.”

Así, siguiendo los criterios utilizados por la *Mental Capacity Act* británica de 2005, TENA ARREGUI²² señala que la persona con discapacidad es la que no puede tomar una decisión por sí misma y no puede hacerlo quien incurra en una de estas cuatro circunstancias:

- 1º Si no es capaz de entender la información relevante a los efectos de la decisión.
- 2º Si no es capaz de retener esa información.
- 3º Si no es capaz de integrar esa información en el proceso de decisión.
- 4º Si no es capaz de comunicar esa decisión.

Por otra parte, en caso de que la persona se halle en una circunstancia en la que resulte evidente que es incapaz para adoptar decisiones por sí misma ya sea por su estado físico o psicológico, incluso en aquellos casos en los que no exista una sentencia que modifique judicialmente su capacidad de obrar, y el artículo 9 de la Ley 41/2002 no le permita prestar el consentimiento informado y en su lugar deban hacerlo otras personas, tampoco podrán estos ciudadanos otorgar documentos de instrucciones previas sanitarias de forma válida por sustitución o representación.

A diferencia de lo que ocurre con el consentimiento informado en el que la capacidad del paciente es valorada por el médico que le asiste, en el caso del documento de instrucciones previas, esta función recae sobre el notario, el funcionario o empleado público encargado del Registro o, incluso, los testigos ante los que se otorga.

Para finalizar con los requisitos del otorgamiento, exige el artículo 11 que la voluntad declarada en este documento sea libre de manera que la voluntad emitida bajo presiones o coacciones o para que lo haga en un determinado sentido no será válida. No obstante, esta libertad no queda sujeta exclusivamente a que no concurra intimidación en el otorgante, sino que también los vicios de la voluntad que afectan a los actos jurídicos contenidos en el Código Civil pueden alterar este carácter libre ya que, al igual que en los contratos con ocasión de los cuales son regulados, en el documento que nos ocupa la voluntad del sujeto es también esencial para la producción de efectos jurídicos.

En consecuencia, el documento sería impugnabile tanto si el sujeto hubiera actuado bajo dolo o engaño por parte de un tercero como si hubiera padecido un error de hecho, o de Derecho, que tendrá que ser esencial como señala el artículo 1266 del Código Civil.

2. Formalización del documento de instrucciones previas

La declaración de voluntad que contiene este documento es unilateral, no recepticia, personalísima, formal, revocable y con efectos tanto *inter vivos* como *mortis causa*. Este carácter formal, que es el punto que nos ocupa, es uno de los aspectos más controvertidos del documento de instrucciones previas precisamente por la disparidad normativa existente a nivel autonómico. Esto se produce como consecuencia de la ausencia de un criterio único, al menos a modo de norma base, a nivel estatal dando lugar a un “caos normativo” pues surge la necesidad de armonizar lo que antes se

²² TENA ARREGUI, R., “El juicio notarial de valoración del consentimiento tras la Ley 8/2021 para el apoyo de las personas con discapacidad” en *El Notario del Siglo XXI*, Madrid, 2021, págs. 50-55.

desarmonizó²³. Cabe resaltar que el único requisito formal exigido por el artículo 11 es que la voluntad del paciente se encuentre plasmada en documento escrito dejando el resto de precisiones a la legislación autonómica. La mayoría de comunidades autónomas ofrecen la doble posibilidad de que el documento sea público o privado de manera que, como criterio general, para el primer caso se prevé el otorgamiento ante notario, funcionario o personal habilitado²⁴ mientras que en el otorgamiento privado lo más usual son formularios tipo que pueden haber sido formulados por entes públicos, privados o incluso por el propio otorgante sin seguir modelo alguno; es también habitual que el otorgamiento se produzca en presencia de testigos.

Cada una de estas formas encuentra diferentes matices dependiendo de la legislación autonómica que le sea aplicable. Así, el otorgamiento ante testigos que se prevé en todas las comunidades autónomas excepto en Andalucía, exige que estos sean personas mayores de edad y con suficiente capacidad de acuerdo con la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo de las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. La disparidad normativa en este punto se halla al determinar el número necesario de testigos en cada Comunidad. El criterio general es exigir la concurrencia de tres testigos, aunque hay quien lo limita a dos (Aragón y Comunidad Valenciana). Dicha limitación hace más accesible, aunque menos garantista, esta forma de otorgamiento, lo que puede plantear algún problema cuando el sanitario vaya a ejecutar la voluntad del paciente plasmada en un documento otorgado en esta forma. Los problemas que plantea esta forma son numerosos, así las tachas para ser testigo, la fácil alterabilidad del contenido de este documento privado y el hecho de que los testigos son la única garantía de la capacidad del otorgante en el momento del otorgamiento, así como de la firma de mismo, contando con que estén presentes cuando deba dársele cumplimiento. No obstante, no podemos obviar la utilidad de esta forma de otorgamiento, aunque con carácter excepcional y complementario a nuestro entender, en casos de peligro inminente de muerte por analogía con el artículo 700 del Código Civil al regular la intervención de testigos en el testamento²⁵.

Otra de las posibilidades que señalan las legislaciones autonómicas es el otorgamiento ante el personal al Servicio de la Administración. En este caso, no es necesario que concurren testigos. El concepto de personal al Servicio de la Administración parece difuso pues engloba tanto al cuerpo de funcionarios del Estado como a aquellos contratados por la Administración autonómica en cuestión. Así, se puede hablar de tres grandes grupos: personal al servicio de la Administración designado por la Consejería competente en materia de sanidad, el personal habilitado de los centros sanitarios y ante el personal encargado del Registro de Voluntades Anticipadas o

²³ LÓPEZ SÁNCHEZ, C. “Formalización y otorgamiento del documento de voluntades anticipadas o instrucciones previas”, *Revista Jurídica del Notariado*, enero-junio 2024, núm. 118, pág. 236.

²⁴ Ejemplo de ello es la regulación murciana que señalan en el artículo 51.2 de la Ley 3/2009 de la Región de Murcia: “El documento de instrucciones previas se formalizará por escrito, mediante uno de los siguientes procedimientos: a) Ante Notario. b) Ante tres testigos mayores de edad con plena capacidad de obrar ante quienes firmará el otorgante y que declararán bajo su responsabilidad que aquél es mayor de edad, actúa libremente y no les consta que esté incapacitado judicialmente. c) Ante funcionario o empleado público encargado del Registro de Instrucciones Previas de la Región de Murcia, de conformidad con las previsiones reglamentarias.”

²⁵ Artículo 700 del Código Civil “Si el testador se hallare en peligro inminente de muerte, puede otorgarse el testamento ante cinco testigos idóneos, sin necesidad de Notario.”

Instrucciones previas²⁶. La posibilidad de otorgar el documento ante personal encargado del Registro facilita y agiliza los trámites para la inscripción ya que el otorgamiento se produce en el propio Registro. En este caso el encargado del Registro deberá comprobar los aspectos formales del documento, pero nada se le exige en relación con el contenido del mismo, aspecto que solo queda garantizado en el otorgamiento ante notario. La principal ventaja que ofrece esta forma de otorgamiento es la publicidad que aporta al documento, lo que facilita su consulta inmediata por el equipo médico que trate al otorgante. En cambio, cuando el otorgamiento se produce ante el personal sanitario de la Administración el mayor beneficio deriva de la calidad de la labor informativa sobre el contenido de las instrucciones previas.

Por último, el otorgamiento ante notario. Esta forma de otorgamiento es la más garantista a ojos de la doctrina²⁷ debido a que, en primer lugar, el documento en el que se plasma la voluntad del otorgante tiene naturaleza pública, sea acta o escritura pública. Además, al igual que ocurre en el caso anterior, tampoco aquí es necesaria la presencia de testigos, aunque es cierto que hay autores, (ORTIZ FERNÁNDEZ, siguiendo a MOSCOSO TORRES)²⁸, que advierten que el notario podría contar también con la presencia de testigos con el fin de fortalecer el juicio de capacidad que lleva a cabo.

En este procedimiento, el notario da fe de que se están respetando todas las exigencias legales para el otorgamiento, tanto las relativas a la capacidad del otorgante, su identidad y firma como aquellas relacionadas con la voluntad que se está manifestando, es decir, que el consentimiento es informado, que el otorgante es consciente del alcance de las decisiones que está plasmando sobre su salud presente y futura y que lo que se firma es efectivamente la voluntad del mismo, no existiendo vicios ni pudiendo producirse alteraciones posteriores que puedan suscitar duda alguna. Pese a ser la forma más garantista, lo cierto es que en la práctica es la menos utilizada si bien en los últimos años ha experimentado cierto crecimiento llegando a otorgarse 9.256 documentos en el primer semestre de 2023, lo que supone un aumento del 51% con respecto al mismo semestre del año anterior en el que se otorgaron 6.131 documentos²⁹. No obstante, ninguna de las posibilidades de otorgamiento carece de deficiencias. Como se ha señalado, el notario es la opción más garantista desde la perspectiva jurídica, sin embargo, lo cierto es que este profesional carece del conocimiento sanitario necesario para garantizar, por su sola intervención, que se cumplan los requisitos relativos a la profundidad y exhaustividad de la información prestada al paciente, así como a la necesaria deliberación sanitaria.

²⁶ LÓPEZ SÁNCHEZ, C. “Formalización y otorgamiento del documento de voluntades anticipadas o instrucciones previas”, *Revista Jurídica del Notariado* enero-junio 2024, núm. 118, pág. 261

²⁷ NAVARRO MICHEL, M. “El documento de voluntades anticipadas (el mal llamado “testamento vital”)”, *La Notaria*, 2003-I. págs. 26-27; RIVAS MARTÍNEZ, J.J., “Disposiciones y estipulaciones para la propia incapacidad”, *Revista Jurídica del Notariado*, 1998, núm. 26, págs. 375-376; SAPENA DAVÓ, F. “Documento de voluntades anticipadas, el llamado testamento vital”, *Revista Jurídica de la Comunidad Valenciana*, 2002, núm. 3, pág. 66.

²⁸ ORTIZ FERNÁNDEZ, M., “Instrucciones previas en el ámbito sanitario, menores de edad y personas con discapacidad”, *Revista Jurídica del Notariado*, núm. 117, 2023, pág. 228.

²⁹ Información disponible en <https://elderecho.com/aumenta-un-51-la-realizacion-de-documentos-de-voluntades-anticipadas> Consulta de 9/9/2025.

En este sentido, podría plantearse la conveniencia de armonizar ambos aspectos mediante un sistema mixto que combine las garantías jurídicas propias del otorgamiento notarial con la intervención previa de un profesional sanitario. De este modo, se reforzaría simultáneamente la autenticidad y seguridad jurídica de la declaración de voluntad y la calidad de la información sanitaria sobre la que esta se fundamenta, evitando que la garantía formal del otorgamiento pueda desvincularse de una adecuada comprensión material de las decisiones adoptadas.

La disparidad normativa a la que ya se ha hecho referencia anteriormente provoca que las legislaciones autonómicas de Cataluña y Extremadura³⁰ solo permitan el otorgamiento ante notario o testigos, pero no ante funcionario o personal habilitado; mientras que la Comunidad de Madrid no permite el otorgamiento ante notario³¹ y Andalucía suprime la posibilidad de otorgarlo ante testigos o fedatario público con el fin de “evitar el tener que recurrir a terceros, como son testigos o fedatarios públicos, para un acto que se sitúa en la esfera de la autonomía personal y la intimidad de las personas” como señala la Exposición de Motivos de la Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada.

La exclusión del otorgamiento ante notario genera cierto desconcierto en relación con el nuevo contenido que ofrece la Ley Orgánica 3/2021 a este documento en tanto se está prescindiendo precisamente de la forma más garantista de otorgamiento en una materia en la que es imprescindible tener el mayor control posible para asegurar que la decisión ha sido tomada con la suficiente seriedad, reflexión e información. Todo ello, a pesar de que en la Proposición de la Ley Básica estatal se preveía inicialmente en el artículo 8.2 que el documento de instrucciones previas debía formalizarse ante notario³², lo cual señala su relevancia.

Siguiendo el criterio exigido para el otorgamiento, el artículo 11 exige asimismo que la revocación se produzca también en documento escrito. La naturaleza revocable de esta institución persigue que las instrucciones previas puedan modificarse conforme vaya evolucionando la voluntad del paciente de manera que se le permita dejar sin efecto lo declarado previamente sin necesidad de alegar justa causa ni señalar justificación o explicación alguna de su decisión. Esto es lo que, en derecho, se conoce como “*ad nutum*”. Con este sistema lo que se persigue es que el documento pueda ajustarse a la voluntad del paciente en cada momento debido al carácter tan personal y sensible de las manifestaciones que forman el contenido de las instrucciones previas, exigiendo siempre la forma escrita para garantizar en el máximo nivel la capacidad del otorgante.

³⁰ Artículo 8.2 de la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica de la Comunidad Autónoma de Cataluña. Artículo 17.3 de la Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

³¹ Artículo 5.2 de la Ley 3/2005 de la Comunidad de Madrid “Podrá otorgarse mediante cualquiera de los siguientes procedimientos: a) (Derogada). b) En las unidades administrativas y en los servicios de atención al paciente de las instituciones y centros sanitarios y socio-sanitarios, públicos y privados. c) Ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar [...] d) Igualmente los pacientes de manera excepcional y en un contexto de riesgo vital podrán manifestar sus instrucciones previas en cualquier soporte que de forma fehaciente exprese su libre e inequívoca voluntad.”

³² LÓPEZ SÁNCHEZ, C. “Formalización y otorgamiento del documento de voluntades anticipadas o instrucciones previas”, *Revista Jurídica del Notariado*, enero-junio, 2024, núm. 118, pág. 237.

Al margen de esta forma expresa de revocación prevista en el artículo 11, existen vías tácitas para revocar el documento que nos ocupa en la legislación autonómica. Así, el artículo 2.3 b) de la Ley vasca 7/2002 que establece la extinción de la designación del cónyuge o pareja de hecho como representante sanitario con la interposición de la demanda de nulidad, separación o divorcio o por el cese de la convivencia, a no ser que el declarante manifieste expresamente que la representación continúa vigente. En este sentido se refiere también el artículo 5 de la Ley 1/2006 de las Islas Baleares. Además, otras legislaciones como la murciana prevén la revocación tácita provocada por el otorgamiento de un nuevo documento de instrucciones previas³³.

Pese a no estar frente a un requisito formal *stricto sensu* puesto que no es necesario para que el documento sea válido y produzca los efectos pretendidos por el otorgante, lo cierto es que inscribirlo en el Registro previsto en el artículo 11.5 de la Ley estatal facilita el conocimiento de la voluntad del paciente al profesional sanitario que lo atienda.

3. Contenido de las instrucciones previas

Los documentos de instrucciones previas admiten como contenido una amplia variedad de manifestaciones y declaraciones de voluntad, como señala la doctrina “son diversos los contenidos u objetos de la voluntad anticipada: el cuidado paliativo, la aceptación o el rechazo de tratamientos futuros, la readecuación o la limitación del esfuerzo terapéutico, la designación de una persona que represente al paciente, cuando a este no le sea posible expresar su voluntad, para la donación de órganos (con fines médicos, de docencia o de investigación); asimismo, el acceso de información a terceros, el lugar de la muerte, la aceptación o el rechazo de apoyo religioso y la terminación anticipada de la vida. El objeto de las voluntades estará limitado por el marco jurídico vigente en cada país”³⁴.

Cuando hablamos de contenido en términos generales, estamos unificando lo que se denomina contenido típico y atípico. El primero se encuentra establecido en la Ley 41/2002, cuando señala en su artículo 11 que mediante las instrucciones previas el otorgante podrá decidir sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos en previsión de una situación de futura incapacidad. Junto a estas dos actuaciones señala la posibilidad de “designar un representante para que, llegado el caso, sirva de interlocutor suyo con el médico o equipo sanitario para procurar el cumplimiento de sus instrucciones previas”.

La primera legislación autonómica al respecto, la Ley 21/2000 de Cataluña, solo recoge las dos primeras declaraciones lo que permite destacar que la preocupación inicial era que el ciudadano pudiera rechazar aquellos tratamientos que no deseaba recibir en previsión de que no pudiera hacerlo personalmente sin contemplar otras manifestaciones que, en la actualidad, enriquecen enormemente este instrumento. Así, la posibilidad de

³³ Artículo 51.4 de la Ley 3/2009 de Murcia “el documento posterior otorgado válidamente revoca al anterior, salvo que declare expresamente la subsistencia del anterior, en todo o en parte.”

³⁴ BOLÍVAR GÓEZ, P. L. y GÓMEZ CÓRDOBA, A. I., “Voluntades anticipadas al final de la vida. Una aproximación desde la regulación colombiana y en el derecho comparado”, *Revista Latinoamericana de Bioética*, 16(1), 2016, pág. 133.

señalar el destino *post mortem* de los propios órganos o incluso manifestar la voluntad del otorgante en relación con la AMpM.

Para reforzar este documento y asegurar su cumplimiento, permite el legislador que el otorgante nombre a un representante que actúe en aquellos casos en los que el personal médico pudiera o quisiera omitir la voluntad contenida en este documento.

En cuanto al contenido atípico, este está compuesto por toda aquella manifestación que pueda acoger este instrumento que no esté referenciado en la ley estatal. Así, la información a familiares tras el fallecimiento, entre otros.

El artículo 11 resulta demasiado genérico, más aún en una materia que está en auge y cuya regulación debe adaptarse a las necesidades que van surgiendo en la sociedad. Esto provoca que se presenten manifestaciones que son al mismo tiempo contenido típico y atípico por estar previstas en leyes distintas a la Ley 41/2002. Así, la manifestación para rechazar la donación de muestras para efectos de investigación, según dispone la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica y el artículo 9 de la Ley 14/2006 en virtud del cual la ley permite al otorgante prever en el documento de instrucciones previas una autorización para que su material reproductor pueda ser utilizado en los 12 meses siguientes a su fallecimiento por su mujer o pareja produciendo esta filiación los mismos efectos legales que se derivan de la filiación matrimonial.

Ante esto, la doctrina³⁵, lleva a cabo un análisis comparativo de las leyes autonómicas en relación con el contenido de las instrucciones previas llegando a realizar cuatro grupos.

En primer lugar, señala los valores vitales y objetivos personales que ayudan al sanitario a respetar y comprender las elecciones del paciente. Este grupo solo queda reflejado como tal en las leyes de País Vasco, La Rioja y Canarias pese a que significa un importante criterio a la hora de orientar la interpretación de la voluntad del paciente. Siguiendo esta línea, la comunidad autónoma de Canarias establece en el artículo 4.2 del Decreto 13/2006 que, se podrán recoger las indicaciones de naturaleza ética, moral o religiosa que expresen sus objetivos vitales y valores personales para con ello orientar a los profesionales médicos en la toma de decisiones clínicas.

El segundo grupo abarca las actuaciones médicas en general, es decir, lo que la ley señala como la posibilidad que tiene el paciente de decidir sobre las actuaciones médicas y de los cuidados o del tratamiento de su salud. En este punto, la legislación vasca fue pionera al recoger tanto las intervenciones médicas que el paciente desee recibir como aquellas que no desee recibir. Otras comunidades como Castilla-La Mancha o La Rioja siguen este ejemplo en sus regulaciones³⁶.

El tercer grupo queda referido al rechazo de la idea de prolongar artificialmente la vida mediante tratamientos desproporcionados, así como el retraso irracional del

³⁵ COUCEIRO VIDAL, A., “Las directivas anticipadas en España: contenido, límites y aplicaciones clínicas”, *Revista Calidad Asistencial*, 2007, págs. 21-22.

³⁶ Artículo 4.1 de la Ley 6/2005, de 7 de julio sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud de la Comunidad Autónoma de Castilla- La Mancha. Artículo 5.1.C de la Ley 9/2005, de 30 de septiembre, reguladora del documento de instrucciones previas en el ámbito de la sanidad de la Comunidad Autónoma de la Rioja.

proceso de muerte. Legislaciones autónomas como la de la Comunidad de Madrid o Navarra se refieren a este contenido de manera demasiado genérica e imprecisa lo que convierte tales manifestaciones en dificultades a la hora de aplicarlas a una situación médica concreta mientras que otras como La Rioja señalan entre los posibles contenidos de las instrucciones previas, la posibilidad de que el otorgante manifieste “su voluntad contraria a que se prolongue temporal y artificialmente la vida si no se acompaña de ningún resultado aceptable para los objetivos del otorgante”³⁷.

En último lugar, señala COUCEIRO VIDAL³⁸, que el cuarto grupo estaría integrado por la declaración explícita sobre el destino de su cuerpo, sus órganos, o de piezas anatómicas. La ley estatal señala que en esta materia el consentimiento es presunto de manera que, salvo declaración en contrario, todo ciudadano es donante de órganos, si bien en la práctica es usual que se respete la voluntad de los familiares de no donar, aunque no se haya formalizado como exige la ley. No obstante, ello no supone que la decisión sea de los familiares que deben limitarse a comunicar o dar cumplimiento a la voluntad del difunto. Con el documento de instrucciones previas se consigue precisamente que sea el paciente quien decida sobre el futuro de su cuerpo, evitando así que los familiares tomen decisiones siguiendo sus propias creencias y no las del fallecido.

En otro orden de cosas, el documento de instrucciones previas sanitarias puede contener disposiciones de índole distinta a la señalada hasta ahora. Por ejemplo, se permite que en este instrumento el paciente designe a los familiares que pretende le acompañen en la recta final de su vida o si, por el contrario, prefiere ser internado en un centro hospitalario, de día o, incluso, en una residencia. Asimismo, podría utilizar este vehículo para hacer constar la asistencia espiritual o religiosa que desea recibir o si es su voluntad no recibir ningún tipo de asistencia de este tipo.

Asimismo, podrán formar parte del contenido de este documento las disposiciones relativas a la información asistencial que los profesionales sanitarios deban dispensar al paciente así, por ejemplo, puede hacerse constar el deseo de no ser informado en caso de diagnóstico fatal como recoge expresamente el artículo 6.4 de la Ley 3/2005 de la Comunidad de Madrid, en caso de que ser informado fuera contraproducente para el ánimo del paciente, debiendo designar, en tal caso, una o varias personas a las que el médico deba informar. Además, esta misma previsión de no informar puede preverse en relación con otras personas de manera que como establece el artículo 31.1 de la Ley 3/2009 de la Región de Murcia “El paciente es el único titular del derecho a la información asistencial, si bien también podrán ser informadas las personas allegadas al paciente, por razón de vínculo familiar o, de hecho, siempre que el paciente lo permita expresa o tácitamente, de conformidad con lo dispuesto en la legislación básica. No obstante, el paciente podrá prohibir que se informe a cualquier otra persona. Esta manifestación podrá ser realizada o revocada en cualquier momento, pero siempre por escrito.”

³⁷ Artículo 5.1 C de la Ley 9/2005, de 30 de septiembre, reguladora del documento de instrucciones previas en el ámbito de la sanidad de la Comunidad Autónoma de la Rioja.

³⁸ COUCEIRO VIDAL, A., “Las directivas en España: contenido, límites y aplicaciones clínicas”. *Revista Calidad Asistencial*, 2007, págs. 21-22.

Frente a este amplio abanico de posibilidades, los legisladores autonómicos casi al completo parecen encontrar un camino común al impedir que las disposiciones incluidas en las instrucciones sean contrarias al ordenamiento jurídico, a la *lex artis* o a aquellas que no se correspondan con el supuesto de hecho señalado por el otorgante como ya señala la Ley 41/2002.

III. LA PRESTACIÓN DE LA AYUDA PARA MORIR

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia (en adelante LORE) regula el derecho a solicitar y recibir la “ayuda necesaria para morir” (en adelante, AMPM) para todo a aquel que cumpla los requisitos señalados por la Ley (artículo 1).

El término “eutanasia” proviene del griego antiguo *eu* -bien o fácil- y *thanatos* -muerte- de manera que etimológicamente “eutanasia” significa buena muerte o muerte apacible. La LORE define en su Preámbulo la eutanasia como “la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios”.

Señala la propia norma que con la regulación de esta conducta se pretende precisamente el respeto a la vida y a la autonomía de la voluntad, que constituye la piedra angular de la institución que nos ocupa, así como otros derechos y bienes protegidos constitucionalmente como son integridad física y moral de la persona (art. 15 CE), la dignidad humana (art. 10 CE), el valor superior de la libertad (art. 1.1 CE), la libertad ideológica y de conciencia (art. 16 CE) o el derecho a la intimidad (art. 18.1 CE).

El artículo 11.3 de la Ley 41/2002 señala que “no serán aplicables las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la *lex artis*, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones”. Con anterioridad a la promulgación de la LORE, el documento de instrucciones previas permitía al paciente rechazar un tratamiento que alargase su vida de forma artificial pero no podía contener ningún tipo de declaración referida a la eutanasia ni siquiera de manera encubierta por ser en ese tiempo contraria al ordenamiento jurídico.

Resulta interesante recordar en este punto las diferentes modalidades de eutanasia que se contemplan en el panorama actual. Así, distinguimos entre eutanasia pasiva consistente en la no aplicación o cesación de técnicas de mantenimiento frente a una situación de muerte inminente con el fin de no desembocar en lo que se conocía como “encarnizamiento terapéutico”; eutanasia activa indirecta caracterizada por la administración de sustancias para paliar un sufrimiento físico insoportable en supuestos en los que la muerte es inevitable siendo conscientes de que ello supone un adelantamiento del fallecimiento; y, por último, la eutanasia activa directa con la que se

produce la muerte del sujeto a petición suya por encontrarse frente a una muerte próxima, inevitable y dolorosa³⁹.

Hasta la promulgación de la LORE, la única modalidad eutanásica tipificada por el Código Penal era la eutanasia directa en el artículo 143 al señalar que “el que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo”. Sin embargo, la LORE despenaliza esta acción al introducir un nuevo apartado en el artículo 143 que reza así “no obstante lo dispuesto en el apartado anterior, no incurrirá en responsabilidad penal quien causare o cooperare activamente a la muerte de otra persona cumpliendo lo establecido en la ley orgánica reguladora de la eutanasia.”

Explica el legislador en el Preámbulo de la LORE que el hecho de despenalizar esta conducta responde a la necesidad de legislar para “respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en una situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurable, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables, lo que denominamos un contexto eutanásico.”

Pese a que la mayor parte de la doctrina apoya esta visión de la eutanasia como un medio liberador para aquellas personas que se encuentran en una situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurables causantes de un sufrimiento físico o psíquico insoportable entendiendo que con ello se pretende proteger la voluntad, autonomía e incluso la propia vida de los ciudadanos, otro sector doctrinal manifiesta que con esta nueva regulación lo que se pretende es relativizar la muerte y que no debería formar parte del contenido del derecho a la vida recogido en el artículo 15 de la Constitución Española por entender que es contrario al mismo. Más aún, señala que precisamente el derecho a la vida protege y garantiza el valor de la vida frente al ordenamiento jurídico, frente a terceros y frente al propio titular de la vida, tratándose así de un derecho indisponible⁴⁰. Se apoya esta idea en las SSTC 120/1990 y 137/1990 que niegan la existencia de un derecho a la propia muerte lo que lleva a estos autores a hablar de una manifestación del *agere licere*, es decir, de un libre actuar, pero no de un derecho que obligue a los poderes públicos a su satisfacción⁴¹.

El Tribunal Constitucional en la Sentencia 19/2023, de 22 de marzo de 2023⁴², señala que el derecho reconocido en la LORE no nace como contenido negativo del

³⁹ LÓPEZ SÁNCHEZ, C., «Instrucciones previas y eutanasia», en LÓPEZ SÁNCHEZ, C. y ORTIZ FERNÁNDEZ, M. (directores), *Derecho y salud: retos jurídicos actuales*, Aranzadi, Navarra, 2023, pág. 150.

⁴⁰ MARCOS DEL CANO, A.M., “¿Existe un derecho a la eutanasia? Panorama internacional y análisis de la ley orgánica de la eutanasia de nuestro país”, *Teoría y Derecho. Revista de pensamiento jurídico (La Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia, a debate)*, 2021, pág. 133

⁴¹ Ídem, pág. 139

⁴² Pleno. Sentencia 19/2023, de 22 de marzo de 2023. Recurso de inconstitucionalidad 4057-2021, interpuesto por cincuenta diputados del Grupo parlamentario Vox en el Congreso de los Diputados en relación con la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Derecho a la vida y a la integridad física y moral:

derecho a la vida regulado en el artículo 15 CE. El alto tribunal explica que el derecho a la vida carece de carácter absoluto y que no impone a los poderes públicos un deber de protección incondicional que implique un paradójico deber de vivir y, en tal medida, impida el reconocimiento constitucional de decisiones autónomas sobre la propia muerte en situaciones de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable médicamente constatable y que la persona experimenta como inaceptable⁴³.

En línea con el enfoque del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (asunto *Mortier c. Bélgica*, § 124 y 128), el Tribunal Constitucional señala que debe tenerse presente que “la previsión del art. 15 CE se inserta en una axiología constitucional que tiene a la libertad como valor superior del ordenamiento jurídico (art. 1.1 CE) y a la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad como fundamentos del orden político y de la paz social (art. 10.1 CE).”⁴⁴ En base a ello, debemos tener en cuenta que nuestra Constitución no concibe el derecho a la vida como una realidad desconectada de la voluntad de su titular y que, por tanto, no es indiferente a sus decisiones sobre cómo y cuándo morir.

El legislador no reconoce a los ciudadanos la posibilidad de poner fin a la propia vida con la ayuda de un profesional sanitario libremente. Por el contrario, siendo consciente de la trascendencia de esta cuestión, exige que se den unas circunstancias específicas recogidas en el artículo 5 de la LORE para poder recibir esta prestación. El hecho de que se establezcan condiciones tan concretas persigue limitar la aplicación de la eutanasia a aquellos casos en los que esté justificada ya que un error en la apreciación del carácter grave e incurable de la enfermedad o la naturaleza grave, crónica e imposibilitante del padecimiento desembocaría en una situación irreversible: la muerte.

Como ya ha puesto de manifiesto la doctrina, aunque pudiera pensarse que los supuestos previstos en la LORE son demasiado amplios e incluso abstractos, lo que podría dar lugar a una aplicación casi arbitraria y sin control alguno como se señala anteriormente, lo cierto es que en la práctica está ocurriendo precisamente lo contrario. Así, se plantea una nueva problemática y, es que, la interpretación demasiado rígida del artículo 5 (en concreto, de su apartado 1, letra d)) está dando lugar a cierta tensión entre el reconocimiento del derecho y su ejercicio⁴⁵.

En primer lugar, resulta llamativo que al definirse en el Preámbulo de la LORE lo que entiende el legislador como “contexto eutanásico” señale que el mismo debe delimitarse con arreglo a las convicciones morales de la persona sobre la preservación de su vida en unas condiciones que considere incompatibles con su dignidad personal, entre otras condiciones. Lo que llama la atención en este punto es que nuestro legislador hable del respeto a una condición subjetiva como es la “consideración de la persona sobre el

constitucionalidad de la regulación legal del derecho a la autodeterminación respecto de la propia muerte en contextos eutanásicos. Votos particulares.

⁴³ FJ 6 C) b) (i)

⁴⁴ FJ 6 C) b) (iv)

⁴⁵ SALCEDO HERNÁNDEZ, J.S. y ANDREU MARTÍNEZ, M.B. “Disfunciones en la aplicación de la Ley Orgánica 3/2021 reguladora de la Prestación de Ayuda para Morir: breve reflexión sobre la cuestionable orientación de los Tribunales de Justicia españoles en ciertos casos controvertidos”, en *Autonomía privada y consentimiento (Estudios en Homenaje al Profesor José Antonio Cobacho Gómez)*, EDITUM, Murcia, en prensa, pág. 29.

carácter de incompatibilidad con la propia dignidad personal” cuando en la práctica no se opta tanto por este criterio personal sino por elementos objetivos como pudiera ser una escala de dolor científica, como ocurre en la Sentencia 1540/2025, de 25 de julio, del TSJ de Andalucía⁴⁶. En ella, el Tribunal señala que los requisitos para apreciar la existencia de un padecimiento grave crónico e imposibilitante que permita conceder la Ayuda para Morir son “el primero, que las limitaciones que padece le impidan valerse por sí mismo, tanto a su autonomía física como a su capacidad de expresión, el segundo que lleve aparejado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, y el tercero que haya seguridad o una alta probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir sin posibilidad de curación o mejoría”. Tras ello, concluye que concurren los requisitos segundo y tercero ya que la prueba practicada acredita que el recurrente padece un nivel de dolor 8 calificado como extremo y en cuanto a la posibilidad de curación en el expediente consta la imposibilidad de alternativas terapéuticas. Sin embargo, no ocurre así con el primero de los requisitos puesto que entiende el Tribunal que si bien la capacidad deambulatoria es limitada no le impide relacionarse con los demás por lo que no se cumple el requisito de que el padecimiento sea grave, crónico e imposibilitante hasta el punto de que no le permita valerse por sí mismo, así como que le imposibilite la capacidad de expresión y relación. Explica la Sala que ningún requisito debe prevalecer sobre otro por lo que se desestima el recurso y, por tanto, la AMpM.

Esta interpretación, que puede calificarse como de extrema rigurosidad, da lugar al rechazo del acceso a la AMpM por motivos como la existencia de alternativas terapéuticas, el rechazo a tratamientos e incluso por interpretar en términos absolutos la falta de autonomía y capacidad de relación del solicitante. Estos criterios, además de ser incoherentes con derechos ya reconocidos en otras normas como el derecho a rechazar un tratamiento con carácter general recogido en la Ley 41/2002, vuelven tímidamente a imponer el paternalismo médico que ha caracterizado a la relación médico-paciente tradicionalmente, introduciendo ahora también a los tribunales en esa figura de superioridad moral que se aleja del espíritu del Convenio de Oviedo basado en el respeto de la dignidad y la voluntad del paciente como eje de toda actuación. Nuevamente nos encontramos ante supuestos en los que la obstinación de los profesionales deja en un segundo lugar a la autonomía del paciente que no quiere someterse a interminables tratamientos médicos o que no desea alargar sus años de vida sino vivir con la dignidad que la ley le reconoce.

Asimismo, señala la ley de manera exhaustiva el procedimiento que debe seguir el ciudadano para solicitar esta prestación, estableciendo diferentes controles que analizaremos a continuación.

1. Procedimiento ordinario y controles para el acceso a la AMpM

La LORE no deja la ejecución de la voluntad del paciente que desea poner fin a su vida al libre albedrío, sino que establece en su articulado una serie de garantías y

⁴⁶ Sentencia 1540/2025, de 14 de julio de 2025, del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (Málaga), Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2.ª, recurso 416/2024, ROJ STSJ AND 13191/2025, ECLI:ES:TSJAND:2025:13191.

procedimientos para asegurar que aquel ciudadano que solicita dicha prestación lo hace plenamente consciente y que concurren los requisitos subjetivos y objetivos de la ley.

En este sentido, el artículo 4 de la Ley establece que la solicitud para recibir la AMpM debe ser autónoma, entendiéndose por tal “aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el equipo sanitario responsable.” En la historia clínica deberá quedar constancia de que la información ha sido recibida y comprendida por el paciente.

Para que la ayuda para morir sea aplicable es necesario que se haya producido el debido consentimiento informado que el artículo 3 de la LORE define como “la conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar una de las actuaciones descritas en la letra g”⁴⁷. La letra g) establece las dos modalidades eutanásicas que prevé la LORE, así en primer lugar se legaliza la eutanasia activa directa denominada como AMpM- administración; mientras que la segunda modalidad se refiere al llamado suicidio médicamente asistido, lo que se correspondería con AMpM- prescripción.

Señala el preámbulo de la LORE (y vuelve a incidir en ello el apartado d) del artículo 5.1) que el presupuesto objetivo para que pueda solicitarse la AMpM será exclusivamente el sufrimiento de una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante certificado por el médico responsable. Para no dejar atisbo de duda, también la LORE se ocupa de definir estos términos en el artículo 3⁴⁸.

Para garantizar que el consentimiento del paciente sea verdaderamente informado, el legislador establece que en los procedimientos regulados por la LORE “se pondrán a disposición del ciudadano los medios y recursos de apoyo, materiales y humanos, incluidas las medidas de accesibilidad y diseño universales y los ajustes razonables que resulten precisos para que las personas solicitantes de la AMpM reciban la información, formen y expresen su voluntad, otorguen su consentimiento y se comuniquen e interactúen con el entorno, de modo libre, a fin de que su decisión sea individual, madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas. En especial, se adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que pueden necesitar en el ejercicio de los derechos que tienen reconocidos en el ordenamiento jurídico” (apartado tercero del artículo 4 de la Ley).

⁴⁷ “Artículo 3 letra g): «Prestación de ayuda para morir»: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta Ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades:

1.ª) La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.

2.ª) La prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte.”

⁴⁸ “Artículo 3 b): «Padecimiento grave, crónico e imposibilitante»: situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico. c) «Enfermedad grave e incurable»: la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.”

La solicitud de AMpM debe realizarse por escrito, en documento fechado y firmado por el paciente solicitante o por cualquier medio que deje constancia de la voluntad inequívoca de quien la solicita, así como el momento en el que se solicita (artículo 6.1 de la LORE).

En aquellos casos en los que la situación del solicitante lo exija, y habiéndose adoptado los apoyos necesarios, prevé la Ley en la disposición adicional cuarta que las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas tendrán garantizados los derechos, recursos y medios de apoyo establecidos en la Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas. Cabe señalar que en caso de demencia severa no se permitirá al tercero decidir por el paciente.

Cuando se trate de un paciente que se encuentre impedido para fechar y firmar la solicitud prevé el artículo 6 de la Ley que podrá hacer uso de otros medios que le permitan dejar constancia, o bien otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia. Dicha persona ha de mencionar el hecho de que quien demanda la AMpM no se encuentra en condiciones de firmar el documento e indicar las razones.

Para evitar que esta posibilidad que ofrece la Ley se convierta en una vulneración de la voluntariedad del paciente dando lugar a que cualquier persona pudiera firmar la solicitud en sustitución del solicitante, el legislador, extremando las precauciones, establece en el artículo 6.2 que el documento debe firmarse en presencia de un profesional sanitario que lo rubricará. Si no es el médico responsable, lo entregará a este. El escrito deberá incorporarse a la historia clínica del paciente. Esta firma, que usualmente suele realizarse por un profesional de enfermería, debe concurrir en todo caso ya que responde a la necesidad de constatar que la decisión del paciente es seria, inequívoca y voluntaria.

Como ya hemos señalado el procedimiento establecido por la LORE es un proceso deliberativo que concluye con la ejecución de la AMpM solicitada por el paciente, buscando en todo momento que el solicitante tenga toda la información necesaria para tomar una decisión propia, inequívoca y firme, sin perjuicio de que pueda revocar la solicitud en cualquier momento del procedimiento, así como aplazar la prestación si así lo manifiesta.

El procedimiento se inicia, como acabamos de señalar, mediante una solicitud al médico responsable que deberá producirse por escrito, debiendo estar el documento fechado y firmado por el solicitante. Tras esta solicitud, el médico responsable deberá comprobar que se cumplen los requisitos exigidos legalmente en el plazo de 2 días. En caso de que el paciente no cumpla los requisitos el médico deberá negar motivadamente por escrito la prestación de AMpM y remitir la documentación señalada por el artículo 12 a la Comisión de Garantía y Evaluación dentro de los 5 días siguientes a la notificación de la denegación. Ante esta denegación, el paciente podrá reclamar en el plazo de 15 días hábiles ante la Comisión.

En caso de que el médico responsable considere que se cumplen los requisitos, el procedimiento continuará de manera que el solicitante deberá reiterar su pretensión transcurridos 15 días naturales desde que se produjo la primera solicitud. Estos plazos

podrán reducirse cuando el médico responsable considere que la pérdida de capacidad o de la vida del solicitante es inminente.

Una vez concluido el proceso deliberativo y transcurridas 24 horas, el paciente prestará el consentimiento informado, debidamente documentado por escrito y reflejado en la historia clínica como exige el artículo 5.1 LORE.

Hasta este momento la actividad médica se ha limitado a informar al paciente sobre su situación y las posibilidades que tiene, sin embargo, a partir de este punto entra el sanitario en una fase de ejecución que motiva la invocación del derecho a la objeción de conciencia.

Este derecho se reconoce no solo al médico responsable sino a “todo profesional directamente implicado”, términos estos últimos que el Comité de Bioética de España en el informe sobre el Anteproyecto de Ley Orgánica para la Protección de la Vida del Concebido y de los Derechos de la Mujer Embarazada, de 17 de mayo de 2014, dice: “La previsión de la Ley Orgánica 2/2010 actualmente vigente debe interpretarse en un sentido amplio y no restrictivo, teniendo en cuenta que la ley no habla de “ejecución” sino de “implicación” en la interrupción del embarazo. Por consiguiente, no solo quienes ejecutan la intervención quirúrgica de aborto (cirujanos, anestesistas, enfermeras) pueden invocar su derecho a la objeción por experimentar un conflicto de conciencia; también quien realiza una función informativa resulta directamente implicado en el aborto, cuando la información dada esté contemplada por la ley como un requisito previo ineludible. En definitiva, el término “directamente implicado” debe incluir a todos aquellos que tienen una conexión orgánica y funcional (sea cual sea esa función) con el servicio en el que el aborto se realiza.”

Pese a que, a mi entender, resulta evidente que la actividad de información que lleva a cabo el médico responsable consiste en poner al paciente en conocimiento de su situación, los riesgos y consecuencias de su decisión y el procedimiento que vaya a seguirse, hay quien entiende que esta misma actividad debería estar amparada por la objeción de conciencia por ser la antesala a la ejecución de la prestación de la ayuda para morir no distinguiendo una fase de la otra, como señala la doctrina jurídica que debería hacerse. No obstante, sería interesante tener en cuenta que en una cuestión ética tan delicada como es poner fin a la vida, podría resultar contraproducente no darle la posibilidad de apartarse del caso a aquel sanitario que no se encuentre cómodo moralmente con la práctica que vaya a llevarse a cabo ya no solo por su libertad ideológica sino por salvaguardar la asistencia que vaya a realizar y la imparcialidad de la información que vaya a recibir el paciente⁴⁹.

El médico responsable debe consultar a un médico consultor que, tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, volverá a verificar que concurren los requisitos exigidos legalmente en el plazo máximo de 10 días naturales. Las conclusiones serán comunicadas al solicitante. Este médico consultor, que debe ser independiente del equipo asistencial del paciente, realizará una evaluación técnico-médica siendo este carácter

⁴⁹ BELTRÁN AGUIRRE, J.L., “El procedimiento y los controles necesarios con el fin de garantizar la observancia de los requisitos objetivos y subjetivos” en TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C. (coord.) *La eutanasia a debate: primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia*, Marcial Pons, Madrid, 2021, págs. 176-178.

imparcial el que da valor a esta garantía. Tras esta verificación externa y antes de la ejecución de la AMpM, se llevará a cabo una autorización necesaria, preceptiva y vinculante de manera que el médico responsable deberá poner en conocimiento de la presidencia de la Comisión de Garantía y Evaluación el caso concreto dentro del plazo máximo de 3 días hábiles para que esta designe a un jurista y un profesional médico que emitirán un informe con los requisitos señalados en la letra b) del artículo 12, en el plazo de 7 días naturales.

Si la decisión es favorable, el informe emitido servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación. Si la decisión es desfavorable a la solicitud planteada, quedará abierta la posibilidad de reclamar en virtud de lo previsto en la letra a) del artículo 18. En los casos en que no haya acuerdo entre los dos miembros citados en el apartado 1 de este artículo, se elevará la verificación al pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación, que decidirá definitivamente.

La resolución definitiva deberá ponerse en conocimiento del presidente para que, a su vez, la traslade al médico responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a realizar la AMpM; todo ello deberá hacerse en el plazo máximo de dos días naturales. Las resoluciones de la Comisión que informen desfavorablemente la solicitud de la AMpM podrán ser recurridas ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

Tras este procedimiento, se procederá a la ejecución de la AMpM en el plazo de 2 días naturales, de manera que el paciente, siempre que esté consciente, deberá elegir una de las dos modalidades señaladas por el artículo 3, apartado g). Hay quien sostiene que debería existir cierta gradualidad de manera que no fuera el paciente quien eligiera qué modalidad se aplicaría, sino que en todo caso se optaría por el suicidio asistido y solo cuando el paciente no tuviera capacidad física suficiente se acudiría a la administración directa por parte del profesional sanitario⁵⁰. Mientras que otra parte de la doctrina⁵¹ sostiene que el respeto a la autonomía del paciente debe primar en todo caso y esto pasa por tener la opción de elegir la modalidad mediante la cual recibir la AMpM.

Una vez realizada la prestación se produce el último control; se trata de un control externo posterior llevado a cabo por la Comisión de Garantía y Evaluación. La Comisión tiene un plazo de 2 meses para verificar que se han respetado todas las garantías y el proceso se ha desarrollado debidamente de manera que en caso de que se observara algún incumplimiento, la Comisión lo pondría en conocimiento de la autoridad sanitaria correspondiente para que se incoase el procedimiento sancionador señalado por la disposición adicional 2ª y, en caso de delito, la oportuna denuncia ante la Fiscalía correspondiente.

Finalmente, la Comisión deberá elaborar y hacer público un informe anual de evaluación sobre la aplicación de la LORE en su ámbito territorial.

⁵⁰ ARROYO GIL, A. “A vueltas con la eutanasia (Anotaciones para un debate abierto)”, *Blog de la Facultad de Derecho, sección de Derecho Constitucional, de la Universidad Autónoma de Madrid*, 2020.

⁵¹ BELTRÁN AGUIRRE, J.L., “El procedimiento y los controles necesarios con el fin de garantizar la observancia de los requisitos objetivos y subjetivos” en TOMÁS-VALIENTE LANUZA, C. (coord.) *La eutanasia a debate: primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia*, Marcial Pons, Madrid, 2021, p.183.

2. Procedimiento especial para situaciones de incapacidad de hecho

La LORE plantea ciertas especialidades en el procedimiento para la aplicación de la AMpM cuando el solicitante sea una persona en “situación de incapacidad de hecho”, definida por el artículo 3, letra h) como aquella “situación en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes para registrarse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica.”

Una de las especialidades de este supuesto es que la persona que presenta la solicitud no será el paciente que vaya a recibir la AMpM ya que no tiene capacidad para ello, por lo que el legislador prevé que la misma pueda ser presentada por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, adjuntando el documento de instrucciones previas en el que el paciente hubiera solicitado esta prestación.

La doctrina⁵², en base a la jurisprudencia de nuestro Tribunal Constitucional⁵³, señala que el hecho de que la ley prevea esta especialidad se basa en que de no hacerlo se incurriría en un supuesto de desigualdad con respecto a la persona que tiene plena capacidad de hecho. Ahora bien, la norma condiciona el acceso a esta prestación de AMpM a la existencia de un documento de instrucciones previas en el que se hubiera solicitado la misma ya que no es posible que la solicitud se solicitase por un tercero *motu proprio*, ni siquiera siguiendo instrucciones del paciente. La actuación del tercero, en este caso, se limita al mero traslado de la voluntad previamente manifestada por el propio paciente no siendo posible en este ámbito el consentimiento por representación.

El artículo 5.1 señala en este punto al representante como tercero idóneo para llevar a cabo esta actuación ya que se trata de una persona designada por el otorgante para que se lleve a cabo su voluntad. Con esto, se pone de manifiesto la confianza que deposita en esta persona para, incluso, aclarar toda manifestación que pudiera resultar confusa contenida en las instrucciones previas. En caso de no existir persona que realice esta solicitud, podrá presentarla directamente el médico responsable como señala el artículo 6.4.

Asimismo, el artículo 5.2 de la LORE establece que los requisitos relativos al consentimiento informado y su expresión por escrito, así como las distintas solicitudes que deben realizarse para recibir la ayuda para morir no serán necesarias cuando la solicitud de ayuda para morir se haya producido en un documento de instrucciones previas. Estos requisitos están reflejados en las letras b), c) y e) del artículo 5.1⁵⁴. En caso

⁵² FERNÁNDEZ CAMPOS, J. A., “Solicitud de ayuda para morir a través de documentos de instrucciones previas: Consentimiento ¿informado?” en *Autonomía privada y consentimiento (Estudios en Homenaje al Profesor José Antonio Cobacho Gómez)*, EDITUM, Murcia, en prensa, p. 24

⁵³ STC 19/2023, de 22 de marzo, BOE, núm. 98, 25 de abril de 2023, p. 57839

⁵⁴ Artículo 5.1 de la Ley 3/2021: “Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla todos los siguientes requisitos:

a) Tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses, tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.

b) Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.

de haber nombrado representante en ese documento, este será el interlocutor válido para cualquier comunicación con el médico responsable. La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Como señala el artículo, en este caso no es necesario reiterar la solicitud ni que se produzca un proceso deliberativo entre el médico responsable y el solicitante ni la obtención del consentimiento informado pues a fin de cuentas el receptor de la prestación no se encuentra en condiciones para otorgar consentimiento.

Pese a que a primera vista esta cuestión no plantea ningún conflicto porque resulta evidente que el consentimiento ya fue prestado en el momento de otorgar el documento de instrucciones previas, parece existir ciertas lagunas en la idoneidad de este consentimiento debido a la calidad de la información que puede ofrecer el equipo sanitario sobre el hecho objetivo que vaya a justificar en el futuro la aplicación de la AMpM, precisamente porque el legislador reitera en varias ocasiones la importancia de que el consentimiento sea informado. Más aún, resulta cuestionable el hecho de que no se especifique que el otorgante de las instrucciones previas que pretenda incluir en dicho documento tal solicitud deba llevar a cabo este procedimiento informativo, respetando la reiteración de la solicitud y el plazo de 15 días de reflexión para la obtención de una decisión inequívoca y firme. Tanto esfuerzo en la regulación de la aplicación de la eutanasia cuando la persona es plenamente capaz parece quedar en un segundo plano cuando se trata de personas incapaces, dejando de lado algunas de las garantías más reseñables.

Crítica también la doctrina la sustitución de un garantista proceso deliberativo por un documento escrito en el pasado, así como la redacción confusa y simplificada de los artículos 5.2 y 6.4 explicando que “la solicitud expresada en un documento sin mayor cualificación contradice los requisitos del procedimiento previsto en la ley (art. 8), concebido como un proceso deliberativo entre el médico responsable y un paciente autónomo que incluye plazos y ratificaciones, con posibilidad de revocación o desistimiento, hasta la realización de la ayuda ([...]) un documento de instrucciones previas o equivalente no garantiza por sí mismo completar el proceso deliberativo.”⁵⁵

A partir de este punto, el procedimiento continúa exactamente igual que en el supuesto general de manera que el médico responsable deberá verificar que se dan los requisitos exigidos por el artículo 5.1; estos requisitos deberán ser confirmados por el médico consultor y verificados por la Comisión de Garantía y Evaluación. Tras esto se

c) Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas.

Si el médico responsable considera que la pérdida de la capacidad de la persona solicitante para otorgar el consentimiento informado es inminente, podrá aceptar cualquier periodo menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica.

d) Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos establecidos en esta Ley, certificada por el médico responsable.

e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente.”

⁵⁵ SEOANE, J.A., CRUZ-VALIÑO, A.B., VALDÉS PAREDES, A., “Fortalezas y debilidades de la regulación española de la eutanasia.” *Actualización en Medicina de Familia (AMF)*, Vol. 18, núm. 5, 2022, págs. 255-260.

practicará la eutanasia y se remitirán los documentos a la Comisión para el control posterior.

Cabe destacar que el artículo 9 pese a titularse “procedimiento a seguir cuando se aprecie que existe una situación de incapacidad de hecho”, lejos de regular un procedimiento especial como podría deducirse que hace se limita a señalar que en los casos previstos en el artículo 5.2 el médico responsable está obligado a aplicar lo previsto en las instrucciones previas o documento equivalente.

Con esto la LORE deja al amparo de las instrucciones previas una cuestión de indudable trascendencia sin tener en cuenta las propias complicaciones en la regulación de esta institución. El escenario en el que se encuentran los documentos de instrucciones previas, como ya se ha dicho, se caracteriza por la disparidad normativa y la necesidad de una reforma que unifique criterios. Esta necesidad se acentúa cuando el contenido de las instrucciones previas es la prestación de la ayuda para morir por estar decidiendo en el presente sobre el fin de la vida sin garantizar el legislador que el consentimiento se ha construido correctamente sobre una base de información médica que otorgue al ciudadano capacidad para tomar una decisión firme y consciente.

Asimismo, resulta preocupante en este punto la disparidad normativa en lo referente al aspecto formal de las instrucciones previas debido a que no todas las regulaciones autonómicas ofrecen una opción que realmente garantice que el otorgante tiene capacidad suficiente para otorgar este documento, problema que se hace aún más presente cuando se está solicitando la AMpM siendo este el único momento en el que podría comprobarse si el ciudadano realmente entiende lo que está solicitando y si verdaderamente quiere que se le aplique este recurso. Ante este panorama, resultaría conveniente que, al menos cuando el contenido de las instrucciones se refiera a la solicitud de la eutanasia en los términos del artículo 5.2 LORE, se estableciera como requisito formal que el documento de instrucciones previas se otorgue ante notario o funcionario público habilitado para ello por ser esta la modalidad más garantista de otorgamiento.

IV. BIBLIOGRAFÍA

ANDREU MARTÍNEZ, M. B., “Autonomía en relación con la propia muerte. Las sentencias del TC 19/2023 y 94/2023”, *Derecho Privado y Constitución*, núm. 45, 2024, págs. 13-67.

ARBE OCHANDIANO, M., *Estudio de las Instrucciones Previas en el ámbito sanitario a través del Ordenamiento Jurídico Español*, Universidad de Salamanca, 2011.

ARROYO GIL, A. “A vueltas con la eutanasia (Anotaciones para un debate abierto)”, *Blog de la Facultad de Derecho, sección de Derecho Constitucional, de la Universidad Autónoma de Madrid*, 2020. (Consultado el 30 de septiembre de 2025 <https://www.blog.fder.uam.es/a-vueltas-con-la-eutanasia-anotaciones-para-un-debate-abierto/>)

BELTRÁN AGUIRRE, J.L., “El procedimiento y los controles necesarios con el fin de garantizar la observancia de los requisitos objetivos y subjetivos” en TOMÁS-

- VALIENTE LANUZA, C. (coord.) *La eutanasia a debate: primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia*, Marcial Pons, Madrid, 2021, págs. 155-198.
- BOBBIO, N., *El tiempo de los derechos*, Editorial Sistema, Madrid, 1991.
- BOLÍVAR GÓEZ, P. L. y GÓMEZ CÓRDOBA, A. I., “Voluntades anticipadas al final de la vida. Una aproximación desde la regulación colombiana y en el derecho comparado”, *Revista Latinoamericana de Bioética*, 16(1), 2016, págs.128-153.
- COBAS COBIELLA, M.E., “Nuevo paradigma de la autonomía de la voluntad frente a la e-salud” en GIL MEMBRADO, C. (directora y coord.) *E-salud, autonomía y datos clínicos: un nuevo paradigma*, Dykinson, Madrid, 2021, págs. 115-140.
- COUCEIRO VIDAL, A., “Las directivas anticipadas en España: contenido, límites y aplicaciones clínicas”, *Revista Calidad Asistencial*, 2007, págs. 159-224.
- DEL MORAL GARCÍA, A. “Reflexiones desde el derecho sobre la ley de eutanasia española” en *La eutanasia a debate, Cuadernos Penales José María Lidón*, núm. 17, Universidad de Deusto, España, 2023. (Consultado en <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/lidon/lidon17.pdf> a 24 de septiembre de 2025).
- DOMÍNGUEZ LUELMO, A., *Derecho sanitario y responsabilidad médica. Comentarios a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, sobre derechos del paciente, información y documentación clínica*, Lex Nova, Valladolid, 2007.
- FERNÁNDEZ CAMPOS, J. A., “El documento de voluntades anticipadas. Una denominación controvertida” en R. BARRADA/ M. GARRIDO/ S. NASARRE (coords.), *El nuevo derecho de la persona y de la familia. (Libro Segundo del Código Civil de Cataluña)*, Bosch, Barcelona, 2011, págs. 171-188.
- FERNÁNDEZ CAMPOS, J. A., “Los documentos de instrucciones previas” en COBACHO GÓMEZ y LEGAZ CERVANTES (directores), *Protección civil y penal de los menores y de las personas mayores vulnerables en España*, Thomson Reuters Aranzadi, Cizur Menor, Navarra, 2018, págs. 731- 758.
- FERNÁNDEZ CAMPOS, J. A., “Naturaleza y eficacia de los documentos de instrucciones previas”, *Ius et scientia*, 2017, Vol.3, nº 1, págs. 150-160. (Consultado en 23 de septiembre de 2025 <http://dx.doi.org/10.12795/IETSCIENTIA.2017.i01.14>)
- FERNÁNDEZ CAMPOS, J. A., “Solicitud de ayuda para morir a través de documentos de instrucciones previas: Consentimiento ¿informado?” en *Autonomía privada y consentimiento (Estudios en Homenaje al Profesor José Antonio Cobacho Gómez)*, EDITUM, Murcia, en prensa.
- FERNÁNDEZ GARCÍA, E. “El problema del fundamento de los derechos humanos”, *Anuario de Derechos Humanos*, Vol.I, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 1987, págs. 75-112.
- GARCIA VELASCO, L. “Supuestos conflictivos en el ámbito sanitario: una aproximación a los límites de la autonomía de la voluntad” en DUEÑAS CASTRILLO, A., CORONA ENCINAS, A., MARTÍNEZ SAN MILLÁN, C., (directoras) *Nuevas*

perspectivas sobre cuestiones de actualidad en las Ciencias jurídicas, Dykinson, Madrid, 2022, págs. 55-75.

GARRIDO GÓMEZ, M.I., “El cambio conceptual de la autonomía privada”, *El Cartapacio de Derecho: Revista Virtual de la Facultad de Derecho*, Núm. 16, 2009, págs. 1-5.

GIL MEMBRADO, C., “Autonomía y tratamiento de datos personales de salud en tiempo de pandemia”, en GIL MEMBRANO, C. (directora y coord.), *E-salud, autonomía y datos clínicos: un nuevo paradigma*, Dykinson, Madrid, 2021, págs. 141-177.

GREGORY, J., *Discurso sobre los deberes, cualidades y conocimientos del médico con el método de sus estudios*, Imprenta Real, Madrid, 1803.

JÚDEZ GUTIÉRREZ, F.J., “La solicitud de eutanasia expresada por anticipado en documentos de instrucciones previas. Revisión bibliográfica y buenas prácticas ante la LORE en la atención a los procesos que desemboquen en “situaciones de incapacidad de hecho”, *Consejo asesor regional de Ética asistencial “Dr. D. Juan Gómez Rubí” (CAREA)*, Murcia, 2024, págs. 367-413.

LÓPEZ SÁNCHEZ, C., “Formalización y otorgamiento del documento de voluntades anticipadas o instrucciones previas”, *Revista Jurídica del Notariado*, núm. 118, enero-junio 2024, págs. 225-284.

LÓPEZ SÁNCHEZ, C., «Instrucciones previas y eutanasia», en LÓPEZ SÁNCHEZ, C. y ORTIZ FERNÁNDEZ, M. (directores) *Derecho y salud: retos jurídicos actuales*, Aranzadi, Navarra, 2023, págs. 133-165.

MARCOS DEL CANO, A.M., “¿Existe un derecho a la eutanasia? Panorama internacional y análisis de la ley orgánica de la eutanasia de nuestro país”, *Teoría y Derecho. Revista de pensamiento jurídico (La Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia, a debate)*, 2021, págs. 129-151. (Consultado en <https://oai.e-spacio.uned.es/server/api/core/bitstreams/834ea9d3-d4f3-45e1-b734-409f42a92a6c/content> a 25 de septiembre de 2025).

MARTÍNEZ SÁNCHEZ, N., *El libre desarrollo de la personalidad de las personas con discapacidad*, Dykinson, Madrid, 2024.

MURGA FERNÁNDEZ, J. P., “El consentimiento informado del paciente y la responsabilidad civil médica.” en LÓPEZ FRÍAS, F.J., MORALES AGUILERA, P., SEBASTIÁN SOLANES, R.F., GIL BLASCO, M., ARTETA ARILLA, M., COSTA ALCARAZ, A.M., GIMENO MONFORT, X., PÁRAMO VALERO, V., RUIZ RUBIO, C., ALBORCH BATALLER, V., NEBOT MARZAL, C. (editores) *Bioética, Neuroética, Libertad y Justicia*, Comares, Granada, 2013, págs. 90-107.

MURGA FERNÁNDEZ, J. P., “La declaración de voluntad vital anticipada o testamento vital: sus límites y régimen jurídico en España.” en LÓPEZ FRÍAS, F.J., MORALES AGUILERA, P., SEBASTIÁN SOLANES, R.F., GIL BLASCO, M., ARTETA ARILLA, M., COSTA ALCARAZ, A.M., GIMENO MONFORT, X., PÁRAMO VALERO, V., RUIZ RUBIO, C., ALBORCH BATALLER, V., NEBOT MARZAL, C. (editores) *Bioética, Neuroética, Libertad Y Justicia*, Comares, Granada, 2013, págs. 256-271

- NAVARRO MICHEL, M. “El documento de voluntades anticipadas (el mal llamado “testamento vital”)”, *La Notaria*, 2003-I, págs. 15-39.
- NORIEGA RODRÍGUEZ, L., “Análisis de la legislación estatal y autonómica en materia de instrucciones previas o voluntades anticipadas”, *Anuario da Facultade de Dereito da Universidade da Coruña*, Vol. 20, 2016, págs. 29-71.
- NORIEGA RODRÍGUEZ, L., *El régimen jurídico del documento de voluntades anticipadas en el ámbito estatal y autonómico*, Bosch Editor, Barcelona, 2019.
- ORTIZ FERNÁNDEZ, M., “Instrucciones previas en el ámbito sanitario, menores de edad y personas con discapacidad”, *Revista Jurídica del Notariado*, núm. 117, 2023, págs. 175-239.
- PANEA, J M., “La imprescindible dignidad”, en RUIZ DE LA CUESTA, A. (coord.), *Bioética y derechos humanos. Implicaciones sociales y jurídicas*, Universidad de Sevilla, Sevilla, 2005, págs. 17-19.
- PARRA LUCÁN, M.A., “La capacidad del paciente para prestar válido consentimiento informado. El confuso panorama legislativo español”, *Aranzadi Civil-Mercantil*, 2003, págs. 1901-1930.
- RIVAS MARTÍNEZ, J.J., “Disposiciones y estipulaciones para la propia incapacidad”, *Revista Jurídica del Notariado*, 1998, núm. 26, pág. 156-165.
- RODRÍGUEZ GÓNZALEZ, J.I., “La autonomía del menor: su capacidad para otorgar el documento de instrucciones previas”, *Anuario de la Facultad de Derecho (Universidad de Alcalá)*, 2002-2003, vol. 2003, págs. 212-226.
- SALCEDO HERNÁNDEZ, J.S. y ANDREU MARTÍNEZ, M.B. “Disfunciones en la aplicación de la Ley Orgánica 3/2021 reguladora de la Prestación de Ayuda para Morir: breve reflexión sobre la cuestionable orientación de los Tribunales de Justicia españoles en ciertos casos controvertidos”, en *Autonomía privada y consentimiento (Estudios en Homenaje al Profesor José Antonio Cobacho Gómez)*, EDITUM, Murcia, en prensa.
- SAPENA DAVÓ, F. “Documento de voluntades anticipadas, el llamado testamento vital”, *Revista Jurídica de la Comunidad Valenciana*, 2002, núm. 3, págs. 63-72.
- SEOANE, J.A., CRUZ-VALIÑO, A.B., VALDÉS PAREDES, A., “Fortalezas y debilidades de la regulación española de la eutanasia”. *Actualización en Medicina de Familia (AMF)*, Vol. 18, Núm. 5, 2022, págs. 255-260.
- SERRANO RUIZ-CALDERÓN, J. M., “La Ley 41/2002 y las voluntades anticipadas”, *Cuadernos de Bioética*, vol. XVII, núm. 59, enero-abril de 2006, págs. 69-76.
- SIMÓN LORDA, P. y CONCHEIRO CARRO, L. “El Consentimiento Informado. Teoría y Práctica (I y II)”. *Medicina Clínica*, Vol. 100, núm. 17, Barcelona, 1993, págs. 659-663.
- TENA ARREGUI, R., “El juicio notarial de valoración del consentimiento tras la Ley 8/2021 para el apoyo de las personas con discapacidad”, *El Notario del Siglo XXI*, Madrid, 2021, págs. 50-55.

TUR FAÚNDEZ, M.N., “El documento de Instrucciones Previas o Testamento Vital. Régimen Jurídico”, en GONZÁLEZ PORRAS, J.M., MÉNDEZ GONZÁLEZ, F. P. ALBALADEJO GARCÍA, M. (coord.) *Libro homenaje al profesor Manuel Albaladejo García*, EDITUM, Murcia, 2004, págs. 4865-4886.