

Eutanasia, demencia e instrucciones previas: alegato a favor de un nuevo modelo en España

*Euthanasia, dementia and advance directives:
arguing for a new model in Spain*

LUIS ESPERICUETA (Universidad de Granada)¹

Artículo recibido: 19 de abril del 2024
Solicitud de revisión: 20 de mayo de
2024
Artículo aceptado: 26 de diciembre de
2024

Espericueta, Luis (2025). Eutanasia, demencia e instrucciones previas: alegato a favor de un nuevo modelo en España. *Recerca. Revista de Pensament i Anàlisi*, 30(1), pp. 1-39. doi: <http://dx.doi.org/10.6035/recerca.8027>

Resumen

La ley que regula la eutanasia en España establece que las personas sin capacidad de toma de decisiones pueden recibir la ayuda para morir si han suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas y se encuentran en un «contexto eutanásico». El objetivo de este artículo es evidenciar la existencia de una vulnerabilidad en el tratamiento de las solicitudes de ayuda para morir cuando se trata de personas con demencia. Para ello, estudiaremos las condiciones necesarias para solicitar la eutanasia por medio de instrucciones previas y sin ellas; después, analizaremos las diferencias entre los requisitos establecidos en España y en otros países. Posteriormente, señalaremos dos clases de argumentos, uno en clave negativa (en la medida en que ayudan a evitar ciertas circunstancias perjudiciales) y otro en positiva (en cuanto que propician situaciones deseables), por los que sería de vital importancia implementar modificaciones en el uso de instrucciones previas para solicitar la eutanasia en casos de personas con demencia.

¹ espericueta@ugr.es. El presente trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación y la Agencia Estatal de Investigación del Gobierno de España (10.13039/501100011033) en el marco del Proyecto de I+D+i «INEDyTO II» (PID2020-118729RB-I00) y de las «ayudas para contratos predoctorales» (PRE2021-098759), así como por el «Proyecto Ariadna: Evaluación de los Factores que Condicionan los Procesos de Duelo Antes y Después de la Muerte por Eutanasia» (PPJIB-2024-55, Universidad de Granada).

Palabras clave: eutanasia, ayuda médica para morir, instrucciones previas, demencia, Alzheimer.

Abstract

The law regulating euthanasia in Spain establishes that individuals without decision-making capacity are eligible for assisted dying if they have previously signed an advance directive and meet the criteria of an “euthanasic context”. This article aims to expose a vulnerability in the handling of assisted dying requests in Spain, particularly concerning individuals with dementia. To address this, we will examine the requirements for requesting euthanasia both with and without advance directives and compare Spain’s legal framework for advance directives with that of other countries. Subsequently, we will present two types of arguments: one negative (as the directives help prevent certain harmful circumstances) and one positive (as they promote desirable situations), which underscore the vital importance of implementing changes in the use of advance directives to request euthanasia in cases of dementia.

Key Words: euthanasia, medical assistance in dying, advance directives, dementia, Alzheimer.

INTRODUCCIÓN

El 25 de junio de 2021, España se convirtió oficialmente en el cuarto país europeo, séptimo en el mundo, en despenalizar y regular la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. En comparación con sus vecinos del continente, la ley de ayuda para morir vigente en España puede considerarse más bien cauta y moderada. En efecto, en Suiza, donde el suicidio asistido (y no la eutanasia) está despenalizado desde 1942, es posible ayudar a morir a alguien con la simple y ambigua condición de no hacerlo «impulsado por un fin egoísta» (Fedlex, 1937: art. 115).² Este criterio tan laxo ha hecho que algunos suicidios sin una causa clara, como el del famoso cineasta Jean-Luc Godard que decidió poner fin a su vida porque estaba «agotado» (Libération, 2022), fueran posibles. En este país, asistir al suicidio no es una función exclusiva del personal médico como lo es en España, sino que son asociaciones (Exit y Dignitas, por ejemplo) las que se encargan principalmente de esta labor.

²Las traducciones de las citas directas en un idioma distinto al español han sido realizadas por el autor.

Por su parte, en Bélgica, Países Bajos y Luxemburgo (Benelux), la prestación de ayuda para morir (PAM)³ está permitida para personas que padecen un trastorno mental con ciertas características (Ministère de la Justice, 2002; Law Bank, 2002; Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, 2009). Además, en los dos primeros países, los menores de edad pueden solicitar la eutanasia bajo algunas condiciones.⁴ En España, según el Tribunal Constitucional, tener una enfermedad psiquiátrica no es un motivo válido para solicitar la ayuda para morir (BOE, 2023), aunque haya interpretaciones contrarias (Espericueta, preprint). Asimismo, la ley española señala explícitamente que la mayoría de edad es uno de los requisitos para solicitar la PAM (BOE, 2021).

En lo que concierne al tratamiento de las solicitudes de eutanasia, también podemos considerar que España aplica uno de los procesos más prudentes del mundo. En este país, para obtener la ayuda para morir, es necesario realizar dos solicitudes con un intervalo de mínimo quince días naturales cada una y contar con la aprobación de dos médicos y un órgano colegiado que decide finalmente si se concede o no. En contraste, en Benelux, basta con una sola solicitud y únicamente existen controles por órganos colegiados *a posteriori*, es decir, una vez que el solicitante ya ha muerto.

Finalmente, también podemos hablar de resultados cuantitativos moderados durante los primeros meses de implementación de la PAM en España. Tal como muestra un estudio comparativo entre este país, Canadá y Nueva Zelanda, la proporción de personas que recibieron la PAM y el número de habitantes en España fue marcadamente dispar de lo ocurrido en los otros dos países (Espericueta, 2023). Así, durante los primeros seis meses en vigor de las respectivas leyes, en España se registraron 75 eutanasias, mientras que en Canadá hubo 803 pese a tener solo casi 9 millones de habitantes menos que el primero. Por su parte, en Nueva Zelanda, un país con aproximadamente una novena parte de la población de España, se aplicaron 66 eutanasias durante los primeros cinco meses. Es decir, en los primeros meses de implementación de la ley, España realizó proporcionalmente muchas menos eutanasias que otros países.

³ Por el término «prestación de ayuda para morir» nos referimos tanto a la eutanasia como al suicidio médicamente asistido.

⁴ En Bélgica, solo los menores «maduros» con una enfermedad terminal pueden solicitar la eutanasia.

Por todo lo anterior expuesto, podemos observar que los legisladores y los especialistas involucrados fueron muy prudentes a la hora de diseñar la ley. La primera oración del preámbulo de la misma lo deja muy claro: «La presente Ley pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia» (BOE, 2021). Sin embargo, en este artículo evidenciaremos la existencia de una vulnerabilidad en el sistema de tratamiento de las solicitudes de la PAM. Como observaremos, la posibilidad de solicitar la eutanasia por medio de instrucciones previas (IIPP) o documento análogo⁵ representa un riesgo para el garantismo y equilibrio buscado en el espíritu de la ley cuando se trata de personas con demencia, particularmente la causada por Alzheimer.⁶

Para mostrar esto, señalaremos en la primera parte del trabajo la desproporción que afecta a las solicitudes de eutanasia en casos de personas con IIPP y sin ellas en el territorio español. Una vez hecho esto, con ayuda de un análisis de derecho comparado, evidenciaremos dicha desproporción en relación con el resto de los países en el mundo donde es posible solicitar la eutanasia a través de IIPP o documento análogo. En la segunda parte del trabajo, indicaremos dos clases de motivos por los cuales sería necesario implementar ciertas modificaciones en el uso de IIPP para solicitar la eutanasia en casos de demencia: uno en clave negativa, en la medida en que ayudan a evitar ciertas circunstancias perjudiciales, y otro en clave positiva, en cuanto que propician situaciones deseables. Así, con esta metodología, podremos ofrecer un estudio integral que exponga desde diferentes ángulos y perspectivas la naturaleza y alcance de las IIPP en el proceso de ayuda para morir en España. Este enfoque interdisciplinar reconoce la necesidad de incluir voces de diferentes ámbitos que permitan enriquecer el análisis y abordar de manera completa las implicaciones del tema. Cabe resaltar que algu-

⁵ En España, el uso del término *instrucciones previas* no es homogéneo y puede variar según la comunidad autónoma. En dicho país, es posible referirse a este documento como *testamento vital* o *voluntades anticipadas*, entre otros.

⁶ La demencia suele progresar a través de tres etapas principales: leve, moderada y grave. En la etapa grave, las personas experimentan un deterioro cognitivo significativo, limitaciones funcionales marcadas y cambios conductuales evidentes. Además, la demencia avanzada provoca dificultades para comer y beber, requiere asistencia para caminar y demanda apoyo continuo para el cuidado personal; asimismo, incrementa la susceptibilidad a las infecciones (Clifford et al., 2024). En España, una persona con demencia grave puede solicitar la ayuda médica para morir, dado que se encuentra dentro del contexto eutanásico considerado como «padecimiento grave, crónico e imposibilitante» (BOE, 2021).

nas de las virtudes de este trabajo radican en el estudio de fuentes primarias y bibliografía secundaria actualizada y especializada en las problemáticas de la eutanasia en personas con demencia, así como en la sistematización del derecho internacional sobre este tema. Además, el análisis se desarrolla desde una perspectiva bioética, subrayando su importancia para comprender y valorar los desafíos que plantea la regulación de las IIPP.

1. EL NACIMIENTO DE LAS IIPP Y SU ADOPCIÓN EN ESPAÑA

La idea de las instrucciones previas nació en Estados Unidos a finales de la década de los sesenta y fue propuesta por los miembros de la Society for the Right-To-Die (Sabatino, 2010). Inicialmente, las IIPP fueron concebidas desde un enfoque de autonomía defensiva frente a tratamientos terapéuticos o de soporte vital. De ahí que los casos paradigmáticos que motivaron la adopción pública de este tipo de documentos estuvieran todos relacionados con personas que se encontraban en coma o en estado vegetativo persistente.⁷ Es decir, en gran medida, las IIPP ofrecían a las familias de estos pacientes la posibilidad de no prolongar la vida de sus seres queridos sin perspectivas de mejora; asimismo, para el personal sanitario, representaban una especie de inmunidad penal ante la retirada del soporte vital a este tipo de pacientes. En efecto, el rechazo de tratamientos mediante las IIPP fue una alternativa idónea a la eutanasia, ya que evitaba los problemas éticos y emocionales asociados al acto de terminar directamente con la vida de un paciente, al mismo tiempo que se respetaba su autonomía (ten Have, 2014).

Además, en las décadas siguientes, el uso de cuidados paliativos y medicamentos para el alivio del dolor ganó una amplia aceptación tanto entre los profesionales de la salud como en la sociedad en general, convirtiéndose en opciones preferidas dentro de las IIPP. Este nuevo tipo de asistencia tenía como objetivo principal el acompañamiento integral de la persona enferma en etapa terminal con el fin de mejorar su calidad de vida y no su curación. De hecho, tanto los cuidados paliativos como la eutanasia partían de la misma premisa: la futilidad de la

⁷ Karen Ann Quinlan y Nancy Cruzan, notablemente.

medicina terapéutica en algunos casos. Esto, aunado a que el movimiento paliativista fue impulsado en sus orígenes por un ideario cristiano nacido en el St. Christopher's Hospice (Clark, 2001), hizo que una parte considerable de la opinión pública y de la especializada contrapusiera los cuidados paliativos a la eutanasia (NHPCO, 2021).

De esta forma, las instrucciones previas, en sus inicios, ofrecían prácticas que se presentaban como opciones éticamente menos problemáticas a la eutanasia. Con esta afirmación queremos poner de manifiesto que las IIPP, más allá de ser pensadas para la eutanasia, ayudaron a posicionar alternativas diferentes o explícitamente *opuestas* a esta.

En lo que concierne a España, el marco nacional para las IIPP se introdujo a través de 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. Del mismo modo, la razón de ser de las IIPP en este país radicaba en los cuidados paliativos y en el rechazo de algunos tratamientos, alejándose del ámbito de la ayuda directa para morir. Bajo esta perspectiva, podemos leer el artículo 11 de la mencionada ley, donde se establece que el objeto de las IIPP es manifestar la voluntad del paciente «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» (BOE, 2002: art. 11). Además, diversos informes y estudios confirman que el motivo para recurrir a las IIPP por parte de los pacientes ha sido fundamentalmente el mismo que en sus inicios en el siglo XX: rechazar tratamientos y recibir sedación paliativa (Nebot et al., 2010; Cabeza de Vaca, 2018).

Con todo lo anterior, buscamos evidenciar que la inclusión legislativa de las IIPP en el sistema jurídico y sanitario español no podía tener en cuenta los desafíos propios de una futura prestación de ayuda para morir. Esto se debe a que, como hemos señalado, en aquella época el rechazo de tratamiento de soporte vital y los cuidados paliativos eran considerados alternativas menos problemáticas a la eutanasia. De hecho, en la literatura española que abordaba los límites y alcances de las IIPP, la práctica que era evocada recurrentemente para ejemplificar peticiones que no serían tomadas en cuenta por el personal médico era la de la eutanasia por encontrarse en contra de la *lex artis* y ser ilegal (Couceiro, 2007). Por este motivo, es razonable preguntarnos hasta qué punto un instrumento que en su origen excluía la ayuda para morir y

que fue configurado en España el mismo año en el que se incorporó por primera vez la eutanasia en el mundo (Países Bajos) podría satisfacer las necesidades de una prestación sanitaria creada casi veinte años después.

En este sentido, es importante mencionar las constantes críticas que ha recibido la disparidad interautonómica que padecen las IIPP desde su inicio. Seoane (2006) resume en trece puntos los aspectos problemáticos de las distintas regulaciones autonómicas en ese contexto. Es así como las dificultades derivadas de la falta de coordinación y homologación autonómica imponen la duda razonable de si las IIPP podrían responder en tiempo y forma a las exigencias de una práctica de alto riesgo como lo es la eutanasia de personas con demencia. Este cuestionamiento se intensifica si consideramos que estudios como el de Velasco-Sanz y Rayón-Valpuesta (2016) han encontrado que el 90,6 % del personal sanitario encuestado en las unidades de cuidados intensivos no verifica si los pacientes a su cargo cuentan con IIPP.

2. COMPARACIÓN DENTRO DE ESPAÑA: CRÍTICAS AL USO DE IIPP PARA SOLICITAR LA EUTANASIA

El 22 de marzo de 2023, el Tribunal Constitucional tuvo la oportunidad de analizar varios puntos de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE) impugnados por cincuenta diputados del grupo parlamentario Vox a través de un recurso de inconstitucionalidad. La mayoría de los alegatos eran patentemente improcedentes debido a grandes deficiencias hermenéuticas y argumentativas. Aun así, es relevante conocer la perspectiva del máximo intérprete de la Constitución con respecto a las IIPP para solicitar la PAM. Si bien los magistrados no abordaron el supuesto de pacientes con demencia, su perspectiva general respecto a estos documentos nos será de utilidad.

En su impugnación, los recurrentes alegaron que, en el caso de personas en situación de incapacidad de hecho,⁸ las instrucciones previas permiten «prescindir de tres de los requisitos exigidos para el reconocimiento de la prestación de ayuda para morir» (BOE, 2023: 57 770). Concretamente, las exigencias de 1) formular dos solicitudes espaciadas en el tiempo, 2) disponer por escrito de la información sobre el proceso médico y las diferentes posibilidades de actuación y 3) prestar consentimiento informado antes de la PAM quedarían sustituidas por las IIPP. De esta forma, solo se mantendrían los requisitos de tener la nacionalidad española, residencia legal en España o doce meses de empadronamiento en el territorio, tener mayoría de edad y sufrir de un «padecimiento grave, crónico e imposibilitante» o de una «enfermedad grave e incurable» (BOE, 2021).

En este punto, el abogado del Estado contrargumentó diciendo que cada comunidad autónoma ha elaborado garantías y controles para que las IIPP contengan la auténtica voluntad del paciente, como la firma ante notario o varios testigos. Por su parte, el Tribunal apuntó que las IIPP son un tipo de documento ya reconocido legalmente en el ordenamiento jurídico español y decidió no entrar a valorar si, tal como están configuradas en las leyes, satisfarían las particulares necesidades de la LORE. Pese a lo extenso de la cita, resulta interesante conocer literalmente la posición del Tribunal.

Han de ser las leyes las que reconozcan, con garantía de las condiciones mínimas aquí exigibles, eficacia al tipo de documento previo, cualquiera que sea su denominación, que acredite de forma fidedigna, y en atención a la LORE, la voluntad inequívoca de la persona. El ordenamiento, si así no fuera, mantiene abiertas las correspondientes vías jurisdiccionales, pero lo que no cabe, en un procedimiento como el presente, es un «enjuiciamiento conjetural, desligado de toda concreción normativa» (STC 88/1993, de 12 de marzo, FJ 5) sobre lo que tales previsiones legales establezcan o pudieran llegar a establecer (BOE, 2023: 57 837).

⁸ Somos conscientes de que el término *incapacidad de hecho* ha perdido validez jurídica en España desde la entrada en vigor de 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. Sin embargo, ya que la LORE sigue haciendo uso del término, en el debate relacionado con la eutanasia resulta necesario emplearlo para aludir a las situaciones contempladas en dicha normativa.

Además, el Tribunal reconoció que, en determinadas circunstancias, las IIPP pueden no ser un fiel reflejo de la voluntad del paciente y dificultar la correcta materialización de sus deseos una vez que se encuentra en situación de incapacidad de hecho. No obstante, se limitó a dejar abierta la posibilidad de que las diferentes normativas establezcan en un futuro «garantías adicionales para asegurar la plena capacidad del otorgante, así como que tiene cabal conocimiento de las consecuencias que conlleva el mencionado documento en el régimen normativo de la ley» (BOE, 2023: 57 838).

Ahora bien, si acudimos a los votos particulares de dicha sentencia, podemos conocer con mayor detalle las dudas que plantean las solicitudes de eutanasia por medio de las IIPP. Para el magistrado Enrique Arnaldo, ninguna de las leyes autonómicas contiene salvaguardas adecuadas y suficientes para comprobar que la persona era plenamente competente a la hora de suscribir sus IIPP. Añade que tampoco ofrecen garantías para constatar que la persona contó con la información necesaria sobre opciones terapéuticas y paliativas, ni que haya tenido la oportunidad de contrastar información importante sobre las circunstancias en las que desea recibir la eutanasia (BOE, 2023). En este sentido, la magistrada Concepción Espejel, en su voto particular, comparte las mismas consideraciones. Además, agrega que, dado que no existe ningún requisito de ratificación de las IIPP, la persona firmante podría ignorar avances médicos relevantes para el escenario en el que quisiera obtener la PAM (BOE, 2023).

Ambos magistrados perciben una disparidad entre los requisitos exigidos a una persona que goza de capacidad de toma de decisiones y a una que la ha perdido pero que cuenta con IIPP. Especialmente, la magistrada Espejel evidencia que todas las salvaguardas que permiten afirmar en la sentencia que la LORE protege suficientemente el derecho a la vida (en contra de lo que afirmaban los recurrentes) desaparecen al solicitar la eutanasia a través de IIPP. Es decir, el procedimiento mediante ese tipo de documento carece de las garantías que, de hecho, ayudaron a declarar constitucionales la LORE y la PAM.

Finalmente, el magistrado Enrique Arnaldo estima que, si el documento de IIPP no ofrece las suficientes garantías para asegurar la auténtica voluntad de la persona solicitante, no se debe a deficiencias en su configuración jurídica, sino a las nuevas necesidades que introduce la LORE. En efecto, «ninguna de las leyes autonómicas al respecto prevén

ningún tipo de actuación que vaya más allá de lo estrictamente asistencial» (BOE, 2023: 57 860). Por esta razón, afirma que sería conveniente diseñar un instrumento legal *ad hoc*. Así, la interpretación del magistrado Arnaldo es coherente con lo que hemos afirmado en la anterior sección: desde el origen, la esencia de las IIPP se distanciaba de la práctica eutanásica.

Ahora bien, la crítica a la posibilidad de solicitar la eutanasia por medio de un documento de instrucciones previas en España no ha sido esbozada solo por los magistrados del Tribunal Constitucional. De hecho, antes ya Rodríguez y colegas (2021) habían escrito sobre la excesiva simplificación a la que se ve sujeto el procedimiento de solicitud de eutanasia cuando la variable de instrucciones previas entra en juego. Los autores, dos juristas y dos médicos, señalan que las IIPP, bajo su regulación actual, pueden representar un «consentimiento anticipado» mas no informado (Rodríguez et al., 2021). Asimismo, Rodríguez (2022) considera que existe una diferencia «realmente abismal» entre el procedimiento ordinario y el que utilizan las IIPP. Es importante también resaltar que la idea de que la solicitud de eutanasia a través de instrucciones previas es claramente más sencilla no solo ha sido pronunciada por especialistas. Rafa Torrente (2022), pareja de una persona que solicitó y recibió la eutanasia en España, al narrar de viva voz el proceso que tuvo que pasar su familia, dejó entrever esta convicción:

Son demasiados [los pasos] desde mi punto de vista, porque la ley es bastante garantista. [...] Después de muchas trabas y muchas historias. De hecho, de lo último que nos hicieron ir, es a una psiquiatra. Nos hicieron ir para ver si su estado mental estaba bien o no. Hombre, si no llega a estar bien hubiera sido casi más sencillo, porque como tenía hecho el testamento vital. Si no está bien, entonces lo mira el testamento vital y pone que ella en esas condiciones no quería vivir y a lo mejor nos hubieran puesto hasta menos pegas (sic).

Por todo lo expuesto en este apartado, nos es inevitable afirmar que existe cierta desproporción entre los dos tipos de procedimientos previstos en la LORE. Además, el hecho de que esta idea sea compartida transversalmente por magistrados del máximo órgano intérprete de la Constitución, por especialistas y por algunos familiares de usuarios nos impele a buscar formas de mejorar esta situación.

Este desequilibrio, identificado por diferentes estratos de la sociedad española, puede ser visualizado tabulando y comparando ambos procesos como mostramos a continuación.

Figura 1
Comparación de los requisitos para solicitar la eutanasia con capacidad de toma de decisiones y con IIPP

Proceso ordinario	Proceso a través de IIPP
Contar con mayoría de edad.	Contar con mayoría de edad.
Tener capacidad de toma de decisiones.	Tener capacidad de toma de decisiones al momento de la suscripción.
Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante en los términos establecidos en la Ley, certificada por el médico responsable.	No se requiere ningún tipo de diagnóstico al momento de la suscripción pero sí a la hora de la aplicación.
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.	Formular el documento por escrito una sola vez.
El documento deberá firmarse en presencia de un profesional sanitario que lo rubricará. Si no es el médico responsable, lo entregará a este.	El documento deberá firmarse en presencia de varios testigos, notario o, según la comunidad autónoma, ante funcionario de la Administración.
Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación.	N/A
El médico responsable realizará con el paciente solicitante un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita.	N/A
Una vez recibida la segunda solicitud, el	N/A

médico responsable, en el plazo de dos días naturales, retomará con el paciente solicitante el proceso deliberativo al objeto de atender, en el plazo máximo de cinco días naturales, cualquier duda o necesidad de ampliación de información que se le haya planteado al paciente tras la información proporcionada después de la presentación de la primera solicitud.

En el caso de que el paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería, así como, en el caso de que así lo solicitara el paciente, a los familiares o allegados que señale. N/A

Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. N/A

Fuente: elaboración propia a partir de (BOE, 2021) y (Nebot et al., 2010).

3. COMPARACIÓN FUERA DE ESPAÑA: USO DE IIPP PARA SOLICITAR LA EUTANASIA EN OTROS PAÍSES

Como hemos observado, existe un desequilibrio manifiesto entre los requisitos exigidos en los dos tipos de procedimientos para solicitar la eutanasia en España. Ahora, con el fin de evidenciar aún más esta desproporción, resultaría conveniente comparar el contexto español con el de otras jurisdicciones. Por lo tanto, revisaremos cuál es el rol de las IIPP en los otros ocho países del mundo donde la eutanasia, y no solo el suicidio asistido, está permitida: Australia, Nueva Zelanda, Portugal, Canadá (Quebec), Colombia, Bélgica, Luxemburgo y Países Bajos.⁹

⁹ En 2024, Ecuador despenalizó judicialmente la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Próximamente, su parlamento legislará la ley correspondiente con la que conoceremos el modo en que regulará las instrucciones previas en ese contexto (Espericueta, 2024).

3.1 Australia y Nueva Zelanda

Tanto Australia como Nueva Zelanda consideran inválidas las IIPP utilizadas para solicitar la eutanasia. Una de las razones de lo anterior se debe a que en ambos países es obligatorio que la persona paciente sea competente a lo largo del proceso, incluso en el momento de la aplicación de la ayuda para morir *per se*. En todo caso, en los países oceánicos solo se permite el acceso a la PAM a personas con una enfermedad terminal que cause su muerte en menos de doce y seis meses respectivamente (End of Life Law in Australia, 2023; New Zealand Parliamentary Counsel Office, 2019).

3.2 Portugal

Tras múltiples años de debate e intentos legislativos, el parlamento portugués consiguió aprobar definitivamente la ley que regula la ayuda para morir en el 2023. Si bien esta entrará en vigor solo después de que se elabore un reglamento destinado a detallar las cuestiones técnicas del procedimiento (lo cual puede prolongarse por cuestiones políticas), ya conocemos la prohibición indirecta al uso de IIPP para solicitar la eutanasia. En Portugal, al igual que en Australia y en Nueva Zelanda, el paciente debe confirmar expresamente su voluntad de morir antes de recibir los fármacos letales (art. 10.2). Incluso, aunque la solicitud de eutanasia haya sido aceptada y esté programada, si el paciente pierde el conocimiento antes, «el procedimiento se interrumpirá y no se llevará a cabo a menos que el paciente recupere el conocimiento y mantenga su decisión» (Diário da República, 2023: art. 9).

3.3 Canadá (Quebec)

En este país es posible solicitar la eutanasia si se sufre un «dolor intolerable» independientemente de que sea originado por una enfermedad terminal o no (Parliament of Canada, 2021). Canadá comparte con los países anteriormente mencionados el requisito de que el paciente confirme su deseo de recibir la eutanasia justo antes de la aplicación de los fármacos letales. No obstante, si el paciente corre el riesgo de perder la capacidad de tomar decisiones tras haberse aceptado su solicitud de eutanasia, puede renunciar explícitamente y por escrito al «consen-

timiento final», siempre que padezca una enfermedad terminal. Así, a pesar de que no pueda confirmar su consentimiento inmediatamente antes por haber perdido la competencia, el paciente con un pronóstico de muerte cercana puede efectivamente recibir la PAM si suscribió este tipo de documento en compañía de su médico responsable. En contraste, salvo en la región de Quebec, una persona con un padecimiento no terminal no puede actualmente recibir la eutanasia si no tiene capacidad de toma de decisiones. En este sentido, ha habido diversos debates sobre la necesidad de regular el uso a nivel nacional de un documento que permita solicitar la eutanasia si se pierde la competencia en casos de enfermedades no terminales (Dying With Dignity Canada, 2023). Para los fines de este estudio, analizaremos el modelo *québécois*, que sí permite solicitar la ayuda para morir a través de IIPP (Espericueta, 2025).

En la región de Quebec, solo las personas mayores de edad y que sufran de un padecimiento grave e incurable (como la demencia en fase avanzada) pueden hacer esta solicitud mediante un documento creado *ad hoc*, llamado *advance requests for medical aid in dying* (ARM). La ley respectiva requiere que la persona solicitante sea asistida por un especialista sanitario en la formulación de las ARM y que el documento resultante sea firmado ante notario o dos testigos. Posteriormente, las ARM deben ser registradas en una base de datos del Ministerio de Sanidad. Asimismo, la ley de Quebec reconoce la figura de las «personas de confianza», individuos distintos de los testigos designados en el documento. Estas personas tienen la función de notificar al personal sanitario sobre la existencia de las ARM cuando consideren que la persona solicitante se encuentra en la situación descrita para recibir la eutanasia (Assemblée Nationale du Québec, 2023).

3.4 España

Según la LORE, para acceder a esta prestación sanitaria en España, el solicitante debe ser mayor de edad y encontrarse en lo que se denomina «contexto eutanásico», el cual incluye dos supuestos: tener un «padecimiento grave, crónico e imposibilitante» o una «enfermedad grave e incurable» (BOE, 2021). En el artículo 5.2 de la LORE se señala que, si una persona en un contexto eutanásico está en situación de incapaci-

dad de hecho y ha firmado previamente unas IIPP solicitando la eutanasia, se facilitará esta prestación según lo dispuesto en el documento.

En España no existe un modelo único de IIPP, las personas pueden utilizar cualquiera de los formatos accesibles en internet o los ofrecidos por las diferentes comunidades autónomas. En la mayoría de las comunidades es posible formalizar las IIPP ante notario o testigos (dependiendo de la comunidad, serán necesarios dos o tres testigos), en otras comunidades también es posible hacerlo en presencia de un funcionario de la Administración (en Andalucía esta es la única opción válida). En ninguna comunidad autónoma es obligatoria la asesoría del personal sanitario ni el nombramiento de algún representante o «persona de confianza». Tampoco es necesario contar con un diagnóstico médico para formalizar las IIPP. Solo una minoría de las comunidades establece el requisito de inscribir el documento en un registro (Nebot et al., 2010).

3.5 Colombia

La situación de la eutanasia en Colombia es poco clara y carece de sistematicidad (Espericueta, 2024). De hecho, esta práctica aún no cuenta con una ley específica en el país, por lo que se regula a través de una serie de resoluciones y protocolos emitidos por el Ministerio de Salud, por mandato de diferentes sentencias de la Corte Constitucional (2021). En todo caso, en este país es posible solicitar la eutanasia por un «intenso sufrimiento físico o psíquico, proveniente de lesión corporal o enfermedad grave e incurable», independientemente de que sea terminal o no. Sin embargo, los menores de edad solo están habilitados para solicitar esta prestación si padecen una enfermedad terminal, existiendo dos franjas de edad con diferentes requisitos (de seis a doce años y de trece a diecisiete años). El uso de IIPP para solicitar la eutanasia está permitido a partir de los catorce años si se cuenta con un «diagnóstico de enfermedad terminal o condición amenazante para la vida» (Ministerio de Salud, 2018a). Una vez que la persona alcanza la mayoría de edad, debe redactar otro documento de IIPP cuyos alcances se pueden extender a padecimientos no terminales. Es importante aclarar que, para suscribir un documento de IIPP que incluya la eutanasia como opción en Colombia, no se requiere contar con un diagnóstico previo si se es mayor de edad.

Por otro lado, las opciones para formalizar un documento de IIPP en Colombia son prácticamente las mismas que las existentes en España: firma ante notario (o funcionario), ante testigos (dos en Colombia) o ante personal sanitario. No obstante, ambos países establecen diferentes criterios sobre la relación que deben tener los testigos con la persona que suscribe el documento. Por ejemplo, en algunas comunidades autónomas de España, como La Rioja y Aragón, los testigos no pueden tener relación de parentesco hasta el segundo grado por consanguinidad, ni por afinidad, ni estar vinculados por relación patrimonial u otro vínculo obligacional. Por el contrario, en Colombia, cualquier persona puede ser testigo siempre y cuando no haya sido inhabilitada para tal efecto por sentencia o tenga un vínculo patrimonial o laboral con el solicitante (Ministerio de Salud, 2018b). Además, es relevante señalar que, al igual que en España, en el país latinoamericano no existe la obligación a nivel nacional de inscribir las IIPP en un registro o base de datos.

3.6 Bélgica y Luxemburgo

Tanto el tratamiento de las solicitudes de eutanasia como el uso de IIPP son muy similares en estos dos países. Esto se debe a que el pequeño ducado de Luxemburgo adoptó en gran medida el modelo de su vecino en cuanto a la regulación de la eutanasia y asuntos derivados de esta. En ambos lugares es posible que un paciente con un sufrimiento físico o psíquico insostenible solicite la ayuda para morir. Sin embargo, una situación peculiar ocurre en estos países, pues solo es posible solicitar la eutanasia por medio de IIPP en caso de que se pierda irreversiblemente la consciencia. Además, solo las personas mayores de edad (y los menores emancipados en Bélgica) pueden suscribir este tipo de documento. Ahora bien, en ambos países, las IIPP deben formalizarse en presencia de dos testigos. En Bélgica «al menos uno no deberá tener interés material en el fallecimiento del declarante» (Ministère de la Justice, 2002: art. 4). Tanto en Bélgica como en Luxemburgo, las leyes recomiendan que en las IIPP se establezca al menos una «persona de confianza» (Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, 2009: art. 4) encargada de comunicar la voluntad del paciente al médico tratante cuando llegue el momento. La ley belga aconseja señalar varias personas de confianza y clasificarlas en orden de preferencia, de tal modo

que «cada una remplace a la anterior en caso de rechazo, impedimento, incapacidad o fallecimiento» (Ministère de la Justice, 2002: art. 4). Por último, cabe destacar que Luxemburgo sí establece el requisito de inscribir las IIPP que solicitan la eutanasia en una base de datos y es el único país en el mundo donde estas deben ser renovadas cada cinco años.

3.7 Países Bajos

En Países Bajos, donde por primera vez se reguló la eutanasia en el mundo, es posible solicitar este procedimiento si se padece un sufrimiento insoportable y duradero, independientemente de que sea producto de una enfermedad física o mental (Law Bank, 2002). Aunque la ayuda para morir puede concederse a partir de los doce años, para suscribir un documento de IIPP que incluya la eutanasia, la edad mínima es de dieciséis años. Al igual que en el resto de las jurisdicciones, las IIPP deben hacerse por escrito. No obstante, en los manuales de buenas prácticas de Países Bajos, se señala que es responsabilidad del paciente elaborar el documento junto con un profesional médico y que este debería integrarlo en la historia clínica (KNMG, 2021).

Además, en la estructura conceptual del sistema sanitario neerlandés, las IIPP son consideradas equivalentes a una petición ordinaria de eutanasia. Por lo tanto, también aquellas deben respetar, *mutatis mutandis*, los requisitos y salvaguardas de esta. Asimismo, se promueve que la elaboración del documento se realice con alguna persona cercana y que el paciente comunique a su familia su voluntad. De esta forma, sus personas de confianza siempre pueden asegurarse de que el personal médico aplique correctamente las voluntades del paciente.

3.8 Comparación de los diferentes modelos

Varios años antes de la regulación de la eutanasia en España, David Rodríguez-Arias (2005) analizó las problemáticas a nivel práctico que presentan las IIPP en general y concluyó con algunas propuestas para incrementar su validez y efectividad. Así, Rodríguez-Arias considera que es sumamente recomendable que estas sean redactadas con la ayuda de un médico. Asimismo, aclara la importancia de añadir una sección conocida como historial de valores, en la que la persona firmante incluya sus «creencias y objetivos conforme a los cuales le gustaría

vivir hasta el final de su vida» (Rodríguez-Arias, 2005: 46). En este sentido, señala la gran relevancia de procurar una comunicación informada y de calidad entre el personal sanitario, el paciente y sus personas cercanas. Además, estima que inscribir las IIPP en un registro centralizado permitiría solventar los problemas asociados a la localización oportuna del documento. Por último, percibe positivamente incentivar la revisión periódica por parte de la persona declarante.

Ahora bien, teniendo presentes las recomendaciones de Rodríguez-Arias, podemos constatar que no todos los modelos revisados ofrecen el mismo grado de seguridad para la adecuada materialización de la voluntad de la persona declarante. Como se observa de la comparación que hemos realizado, y descartando aquellas jurisdicciones donde el uso de IIPP para solicitar la eutanasia no está permitido bajo ningún supuesto, constatamos que no todos los modelos pueden asegurar la misma eficacia.

Figura 2

Comparación de los distintos modelos de IIPP en función de las recomendaciones de Rodríguez-Arias (2005) para incrementar su validez y efectividad

Recomendaciones	Canadiense (Quebec)	Hispanoamericano	Belga-luxemburgués	Neerlandés
Redacción en compañía de un profesional médico	Sí (obligatoriamente)	No es necesaria	No es necesaria	Sí (deontológicamente)
Sección «histórico de valores»	Potencialmente	No es necesaria	No es necesaria	Potencialmente
Comunicación informada y de calidad entre el personal sanitario, el paciente y sus personas cercanas	Potencialmente	No es necesaria	No es necesaria	Potencialmente
Inclusión en	Sí (obligatoria-	No es necesaria	Solo es	Sí (deontológica-

registro	mente)	a nivel nacional	obligatoria en Luxem- burgo	mente)
Incentivar la revisión perió- dica	Potencialmente	No es necesario	Solo es obligatorio en Luxem- burgo	Potencialmente

Fuente: elaboración propia.

Concretamente, hablando del caso que nos ocupa, las IIPP en España carecen de todas las recomendaciones hechas por Rodríguez-Arias. En esta situación también están Colombia y Bélgica. En contraste, estimamos que los modelos neerlandés, luxemburgués y *québécois* ofrecen mayor seguridad a la hora de buscar plasmar adecuadamente la voluntad de la persona declarante en las IIPP y hacerlas aplicar eficazmente. Solo el modelo *québécois* establece la obligación legal tanto de redactar el documento con un profesional médico como de incluirlo en una base de datos accesible. En este sentido, consideramos que otro beneficio de este sistema es el hecho de que siempre existe una persona vinculada laboralmente y deontológicamente al correcto manejo de los datos clínicos. En otras palabras, si el médico es reemplazado, siempre habrá un sustituto que haga valer las IIPP. En contraste, el familiar o el amigo que sabe de la existencia de un documento tan íntimo no podría ser relevado automáticamente en la tarea confiada.

Por todo lo anterior, podemos afirmar que el modelo español es de los que menos seguridad ofrece (junto con el colombiano y el belga). Es así como, no solo el uso de IIPP para solicitar la ayuda para morir en España es desproporcionado internamente y dentro de su propia regulación (frente a la vía de solicitud ordinaria), sino que también es desproporcionado externamente con respecto a la regulación de otros países.

4. ARGUMENTOS NEGATIVOS

Una vez que hemos evidenciado las deficiencias que presentan las IIPP en general, en esta segunda mitad del trabajo procederemos a explicar por qué es necesario modificar la configuración de esta vía extra-

ordinaria en casos de pacientes con demencia en particular. Ordenaremos los argumentos según si su naturaleza es negativa en la medida en que ayuda a evitar ciertas circunstancias perjudiciales o positiva en cuanto que propicia situaciones deseables.

Países Bajos es uno de los territorios con mayor experiencia tratando solicitudes de eutanasia hechas por personas con demencia a través de instrucciones previas. Según Schuurmans (2023), de 2012 a 2022, en ese país se efectuaron 1620 eutanasias en pacientes con dicha patología. En este sentido, en una encuesta sobre la experiencia de médicos neerlandeses en estos casos, Schuurmans y colegas (2021: 6) identificaron «la evaluación de la competencia mental del paciente y el manejo de las instrucciones previas como las cuestiones más gravosas». A partir de estos hallazgos, organizaremos los siguientes subapartados: en un primer momento, nos centraremos en los riesgos a nivel de autonomía y competencia que pueden presentarse al solicitar la eutanasia por demencia (especialmente la causada por la enfermedad de Alzheimer) mediante IIPP; posteriormente, abordaremos los desafíos hermenéuticos y prácticos que imponen estas a la hora de efectuarlas teniendo presentes algunos sesgos cognitivos.

4.1 Competencia para la toma de decisiones médicas

Según el estado actual de las leyes en España, nada impediría que una persona que se encuentre en un estado avanzado de demencia firmara unas IIPP donde solicitara recibir ulteriormente la ayuda médica para morir. Esta posibilidad representa teóricamente un grave riesgo, ya que la persona solicitante podría verse coaccionada por terceras personas.

Teniendo en cuenta lo extraordinario de este caso hipotético, el médico responsable podría rechazar la solicitud de eutanasia debido a serias dudas sobre la voluntariedad del paciente. No obstante, existen otros escenarios menos extremos, aunque más complejos. En efecto, cuando una persona padece demencia en un estado temprano o medio puede mantener ciertas habilidades de razonamiento y comunicación (Hegde y Ellajosyula, 2016) que, sin embargo, no aseguran automáticamente la competencia para solicitar la eutanasia. Así, aunque el solo diagnóstico de demencia no signifique que una persona se vuelva incompetente, sí representa un factor de riesgo en la capacidad de tomar

decisiones autónomas. A este respecto, resultan relevantes algunos estudios sobre la competencia de personas con demencia para participar en investigaciones médicas, que han considerado que «incluso la enfermedad de Alzheimer en fase temprana deteriora significativamente la capacidad de dar consentimiento» (Kim et al., 2001: 712). Del mismo modo, otros estudios han identificado que los pacientes con Alzheimer en fase temprana tienen deficiencias significativas en las habilidades necesarias para consentir tratamientos, especialmente en los estándares de razonamiento y comprensión (Okonkwo et al., 2007). Además, se ha encontrado que solo una quinta parte de los pacientes con demencia en dicha fase mantiene la competencia suficiente para elaborar adecuadamente instrucciones previas o documentos análogos (Fazel et al., 1999).

Por estas razones consideramos que, si se desea que las personas que solicitan recibir la eutanasia a causa de la demencia realicen sus IIPP de manera plenamente autónoma, es conveniente que un profesional médico se asegure de que gozan de la suficiente competencia. O, formulando lo anterior de manera negativa: para disminuir el riesgo de que un paciente en un estado temprano de demencia formalice este tipo de documento sin la comprensión suficiente o como resultado de algún tipo de presión indebida, es deseable que este sea acompañado y asesorado por el personal médico.

De hecho, el caso paradigmático de la primera médica investigada penalmente en Países Bajos desde la promulgación de su ley de ayuda para morir trató sobre la eutanasia de una persona con Alzheimer que había hecho sus IIPP cuando se le diagnosticó esta enfermedad en estado temprano. Justamente, una de las principales acusaciones radicaba en que las IIPP no contaban con la suficiente voluntariedad de la paciente. Sin embargo, el Tribunal Supremo de dicho país indicó que las IIPP podían considerarse válidas, ya que la paciente había mantenido un constante diálogo con su médica y con su geriatra sobre su eutanasia, y que ambos profesionales habían estimado que seguía siendo competente cuando las formalizó (Asscher & van de Vathorst, 2020). Es por esto que resulta razonable tener dudas sobre las solicitudes de eutanasia por demencia a través de IIPP sin el asesoramiento de un especialista, tal como lo permite el modelo español.

4.2 Sesgo de proyección y *el problema de otro*

Tras haber señalado el primer argumento en clave negativa, vinculado a la necesidad de descartar que una persona solicite su eutanasia por IIPP sin contar con suficiente competencia e información, ahora procederemos a exponer otra de las reservas a considerar en esta práctica.

Numerosos estudios indican que en las primeras fases de la demencia es muy probable que el paciente experimente una serie de cambios emocionales y conductuales. Entre los síntomas neuropsiquiátricos que más se presentan encontramos: irritabilidad, depresión y ansiedad (Vogel et al., 2010).

Existe un acuerdo general en que los *behavioral and psychological symptoms of dementia* (BPSD) son muy comunes independientemente del tipo de demencia y están presentes en prácticamente todos los pacientes durante el curso de su enfermedad. Incluso en las primeras fases del deterioro cognitivo, los síntomas neuropsiquiátricos son frecuentes, con tasas estimadas del 35-85 % en sujetos con deterioro cognitivo leve (Cerejeira et al., 2012: 3).

Por lo tanto, considerando esta información, no sería improbable que una persona con demencia en fase inicial, a la hora de elaborar sus IIPP, esté experimentando al mismo tiempo alguno de los mencionados síntomas neuropsiquiátricos. Si bien esto no tendría por qué invalidar *per se* la voluntariedad de la decisión si esta ha sido tomada con autonomía y competencia, es importante preguntarnos si dicha convicción permanecería en el futuro incluso si esos síntomas neuropsiquiátricos cambiaran. De hecho, en la demencia avanzada, conforme disminuye la consciencia, es más frecuente la presencia de delirios, alucinaciones y agitaciones (McKeith & Cummings, 2005). Así, «un mayor nivel de consciencia se asocia con depresión subsindrómica y ansiedad, mientras que la falta de consciencia se asocia con psicosis y apatía» (Alten et al., 2006: 3).

Con esto buscamos evidenciar la complejidad de tomar una decisión trascendente como la eutanasia en un estado de ánimo sustancialmente distinto al que estaría presente en el momento de materializar dicha decisión. Asimismo, a causa de la naturaleza de la demencia, este gap se intensifica a tal punto que algunos filósofos de-

nominan a este fenómeno «the someone else problem» (DeGrazia, 1999).

Por estas razones, algunos de los profesionales consultados por el parlamento canadiense al debatir sobre el posible uso de las IIPP para solicitar la eutanasia en casos de demencia se mostraron en contra de su aceptación. Una de las principales reservas de Catherine Ferrier (2022) radicaba en el hecho de que las personas suelen predecir mal su calidad de vida en escenarios hipotéticos. Esta limitación cognitiva es conocida en la literatura académica como *projection bias*.

El sesgo de proyección es una noción que se refiere a la acción de proyectar preferencias actuales en situaciones futuras. Este fenómeno ha sido estudiado desde diversas disciplinas, como las ciencias económicas (Loewenstein et al., 2003; Conlin et al., 2007). Sin embargo, en el ámbito clínico, este sesgo cognitivo plantea serios retos. En efecto,

esta falta de perspectiva estable en el tiempo sugiere que los pacientes no siempre están en la mejor posición para tomar decisiones que tienen consecuencias a largo plazo como, de forma más dramática, retirar el soporte vital (Loewenstein, 2005: 101).

En 2021, Bosch y colegas efectuaron una destacada *scoping review* que reunió por primera vez la evidencia empírica acerca de la fiabilidad de las predicciones sobre la respuesta emocional o la calidad de vida en contextos médicos. Si bien advierten los autores que la cantidad de estudios empíricos es escasa y es necesario incrementar las investigaciones en este ámbito, descubrieron que «por lo general, los pacientes tienden a exagerar sistemáticamente tanto la felicidad como la tristeza/pena previstas tras la mejora y el deterioro de la salud, respectivamente» (Bosch et al., 2021: 1).

Si tenemos en cuenta este sesgo cognitivo, corroboramos aún más el riesgo que supone la elaboración de las IIPP con una cláusula eutanásica sin la asistencia de un profesional. En efecto, nada impide que una persona que padezca los primeros signos de demencia, con la perturbación emocional que eso conlleva, formalice unas IIPP solicitando que su aplicación se efectúe en un escenario futuro cuyas características no se correspondan con las que se imagina.

Esta advertencia es razonable si observamos, por ejemplo, el trabajo de Heyland y colegas (2017: 7), donde, a través de un estudio prospectivo en pacientes hospitalizados en cuidados intensivos, encontraron «una discordancia considerable entre los valores y preferencias declarados por los pacientes en relación con el uso efectivo de tratamientos de soporte vital». Asimismo, resulta ilustrativo acudir a otras investigaciones, como la realizada por Bryce y colegas (2004). En su experimento, evaluaron la disposición de las personas a sacrificar la duración de la vida en favor de una mayor calidad de muerte en escenarios hipotéticos y constataron que los encuestados mayores de cuarenta años, a diferencia de los más jóvenes, preferían ceder menos años de vida saludable a cambio de una mayor calidad en los cuidados al final de la misma. Es decir, tampoco podemos descartar que, con el paso del tiempo, las preferencias en relación con la calidad y cantidad de vida que deseamos cambien. Sin olvidar mencionar que también las técnicas y prestaciones sociosanitarias evolucionan, con el potencial de influir en las decisiones de quien formula las IIPP.

En resumen, para evitar que la eutanasia se aplique en un contexto en el que el paciente pueda desear seguir viviendo, es necesario que, al menos, reciba la información actualizada y disponible sobre el curso realista de su enfermedad y las opciones de intervención sociosanitaria, mientras aún mantenga suficiente consciencia y capacidad de toma de decisiones. Esto podría conseguirse si las IIPP gozaran del oportuno asesoramiento médico, tal como lo tiene la solicitud ordinaria.

En este sentido, sería importante considerar las recomendaciones de Bosch y colegas (2021) sobre la necesidad de que el paciente realice el proceso deliberativo siendo consciente de los sesgos cognitivos que podrían presentarse. Además, Loewenstein (2005: 104) señala que, para mitigar estos tipos de sesgos,

quizá la mejor solución sea presentar a los pacientes una opción por defecto basada en el análisis de las decisiones y que incorpore los sentimientos a corto y largo plazo de las personas que han elegido distintas opciones en el pasado.

5. ARGUMENTOS POSITIVOS

Tras haber expuesto dos de las principales problemáticas asociadas a la solicitud de eutanasia por demencia a través de IIPP, que representan dos argumentos en clave negativa, esbozaremos a continuación dos argumentos positivos.

5.1 *Timing* de la eutanasia

Uno de los aspectos que, a nuestro juicio, requiere del mayor de los cuidados es la elección del momento oportuno para la aplicación de la eutanasia en el paciente con demencia. En efecto, no basta con saber que el deseo plasmado en las IIPP fue expresado cuando el paciente gozaba de suficiente capacidad de toma de decisiones y poseía la información necesaria, sino que también es vital conocer cuándo el paciente consideraría intolerable postergar su vida. Así lo demostró el primer caso de investigación criminal contra la aplicación de la eutanasia en Países Bajos.

La médica responsable fue acusada, entre otras cosas, de haber faltado al *cuidado debido* al provocar la muerte de una paciente, cuyas IIPP eran ambiguas respecto al momento en que esta deseaba morir. El contenido de la cláusula eutanásica era el siguiente:

Me gustaría hacer uso del derecho legal a que me practiquen la eutanasia voluntaria, cuando considere que es el momento adecuado. No quiero que me ingresen en una residencia para ancianos con demencia. Quiero despedirme de mis seres queridos a tiempo y con dignidad. Mi madre en su momento estuvo 12 años en una residencia de ancianos antes de morir, así que tengo experiencia cercana de ello. Sé de lo que hablo. Definitivamente no quiero vivir esta experiencia, me ha traumatizado gravemente y ha entristecido mucho a toda la familia. Confío en que, cuando la calidad de mi vida sea tan baja, a petición mía se me practicará la eutanasia (Asscher, 2020: 2).

El Regional Review Committees for Termination of Life on Request and Assisted Suicide (órgano similar a la Comisión de Garantía y Evaluación), la Corte Disciplinaria Médica y el Fiscal consideraron que su formulación era interpretable de varias maneras: ya sea en el sentido de que la paciente deseaba morir antes de entrar a una residencia de ancianos o, más bien, en el momento de su ingreso. Debido a esta ambi-

güedad, estimaron que la médica no debió haber aplicado la eutanasia (Asscher, 2020).

Sin embargo, la Corte encontró que las IIPP de la paciente eran suficientemente claras si se ponían en el marco de la relación médico-paciente. En efecto, «las instrucciones previas pueden leerse e interpretarse en el contexto de las conversaciones con la paciente que constan en la historia clínica y del testimonio de la familia» (Asscher, 2020: 3). A partir de la decisión de la Corte, la Federación Neerlandesa de Médicos actualizó su manual de buenas prácticas con una sección dedicada a la eutanasia por demencia. En este apartado se señala que un documento de IIPP, si no está registrado en el expediente médico del paciente y carece de notas derivadas de conversaciones con él, debe ser considerado insuficiente para proceder con la eutanasia (KNMG, 2021). Asimismo, indica que, en la redacción de las IIPP, el médico debe propiciar un constante proceso deliberativo con el paciente y, si es posible, con sus seres queridos, de tal modo que quede claro «bajo qué circunstancias el paciente desea la eutanasia y en qué consiste el sufrimiento insoportable esperado» (KNMG, 2021: 43).

En efecto, una mala elección del momento de la aplicación de la eutanasia puede implicar una muerte prematura o una supervivencia tortuosa. Pero, a su vez, una buena elección puede representar la maximización y materialización de la autonomía del paciente. Por esta razón, estimamos altamente beneficiosa la incorporación de este tipo de cláusulas consideradas por el modelo neerlandés (y *québécois*) en las IIPP para solicitar la eutanasia en España.

5.2 Instrumento legal con valor psicoterapéutico

Barbero y colegas (2008) identifican toda una serie de efectos positivos potenciales en la elaboración de IIPP con el acompañamiento del personal médico. Entre los principales beneficios para el paciente pueden encontrarse: un aumento de la percepción de control de su situación, una disminución de la incertidumbre sobre el futuro y una mejora en la comunicación entre el paciente y su entorno cercano. Asimismo, Mellett y colegas (2021) hablan de una posible reducción del sufrimiento existencial experimentado tras conocer el diagnóstico de demencia.

Por su parte, Zabala y Díaz (2010) señalan que otras personas involucradas en el proceso de elaboración de dicho documento también pueden verse beneficiadas. Así, las IIPP pueden facilitar a los seres queridos la toma de decisiones y ofrecerles cierto alivio moral ante escenarios difíciles. Además, varias encuestas recientes a personas cuidadoras de pacientes con demencia que consideran la eutanasia confirman la preferencia de tener a un profesional involucrado en las decisiones en torno a este tema (Van Rickstal et al., 2023; Van Rickstal et al., 2019). En este sentido, Scheeres-Feitsma y colegas (2023), tras realizar una revisión sistemática de la literatura sobre la participación de los familiares en casos de pacientes con demencia que contemplan la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, recomiendan «involucrar a la familia incluyendo (al menos) una conversación familiar separada de la persona con demencia en las normas del debido cuidado» (Scheeres-Feitsma et al., 2023: 3698).

Con respecto al personal médico, la elaboración de las IIPP puede contribuir a mejorar la comunicación con su paciente. Asimismo, esta herramienta constituye virtualmente un apoyo y orientación ante situaciones complejas o conflictivas. De hecho, el estudio de Peicius y colegas (2017) arrojó que la «tranquilidad de mente» era uno de los principales temas que emergían al abordar las actitudes de los profesionales de la salud ante las IIPP. Por último, este documento y los datos de su elaboración también pueden representar una protección contra denuncias (como ocurrió en Países Bajos).

6. CONCLUSIONES

La ley que regula la eutanasia en España pretende dar una respuesta sistemática, equilibrada y garantista a la demanda de una muerte digna. Este trabajo tenía como objetivo evidenciar la ausencia de garantías suficientes en el procedimiento para solicitar la eutanasia en casos de demencia, especialmente en aquellos causados por Alzheimer, mediante un documento de instrucciones previas.

En la primera sección del artículo, hemos rastreado los orígenes históricos de las instrucciones previas e identificado que, desde un inicio, la configuración de dicho instrumento se alejaba sustancialmente de la naturaleza de la eutanasia. Además, las IIPP eran consideradas

contrapuestas a la eutanasia en la medida en que aquellas tenían un enfoque negativo de «dejar morir» mediante el rechazo de tratamientos de soporte vital. Así, mientras que la eutanasia es una acción en la que se causa la muerte de manera directa, las IIPP fueron pensadas justamente para lo opuesto. Una vez hecho esto, hemos explicado que su implementación en España en 2002 seguía esta misma tendencia y no preveía la posibilidad de servir para una práctica como la eutanasia que, además, ningún país en el mundo había efectuado regularmente.

Tras estas breves consideraciones históricas, hemos estudiado la desproporción dentro de la propia ley, es decir, entre los requisitos para solicitar y recibir la eutanasia en casos de personas con instrucciones previas y en aquellos sin ellas. Asimismo, hemos indicado cómo esta discordancia es reconocida por magistrados del Tribunal Constitucional, especialistas e incluso algunos familiares de pacientes. Posteriormente, hemos efectuado un análisis de derecho comparado en el que evidenciamos la desproporción de salvaguardas entre España y el resto de los países en el mundo donde es posible solicitar la eutanasia a través de IIPP o documento análogo. En efecto, con la ayuda de los criterios propuestos por Rodríguez-Arias para incrementar la validez y efectividad de las IIPP, hemos constatado que el modelo español (junto con el colombiano y el belga) es de los que menos garantías ofrece.

En la segunda sección del trabajo, nos hemos enfocado en las solicitudes de eutanasia a través de IIPP realizadas por pacientes con demencia y hemos señalado dos tipos de argumentos por los que sería necesario modificar las formalidades para suscribir este tipo de documento: uno negativo y otro positivo.

El primero se vincula al hecho de que los pacientes con demencia, incluso en las primeras fases de la enfermedad, pueden carecer de la competencia suficiente para tomar este tipo de decisiones. Además, este primer tipo de argumento se relaciona con algunos sesgos cognitivos que pueden dificultar que el paciente establezca adecuadamente el escenario en el que no desea seguir viviendo. Así, el argumento de naturaleza negativa se resume en la necesidad de ofrecer salvaguardas que eviten que una persona elabore unas IIPP a causa de presiones indebidas o de sesgos que provoquen su muerte en un tiempo y forma no acorde con su genuina voluntad.

Por otro lado, en el segundo tipo de argumento, que es de corte positivo, mostramos la importancia que tiene la elección del momento para aplicar la eutanasia en una persona con demencia. Si lo que se busca es maximizar la autonomía del paciente, este debe señalar a partir de qué momento consideraría su condición indigna. Para lo anterior, se vuelve necesario que posea suficiente información acerca de su enfermedad en el contexto social en el que se encuentra. En su defecto, se correría el riesgo de causar una muerte prematura o una supervivencia tortuosa. Por lo tanto, tal como lo confirma la experiencia de Países Bajos, pionero en esta práctica, para solicitar la eutanasia por demencia a través de IIPP es conveniente que estas cuenten con el acompañamiento profesional, se registren en una base de datos y se inserten en un contexto deliberativo retroalimentado. La otra gran parte del argumento positivo radica en los efectos potencialmente beneficiosos de realizar unas IIPP en el contexto descrito. Las IIPP pueden ayudar emocional y comunicativamente al paciente, a su entorno cercano y al personal sanitario, además de que algunas encuestas indican que las personas cuidadoras prefieren contar con asistencia profesional en las decisiones acerca de la solicitud de eutanasia mediante IIPP.

Es así como en este trabajo hemos evidenciado la insuficiencia del modelo actual de IIPP para atender casos de solicitudes de eutanasia por demencia en España. Nuestra metodología, desde un enfoque bioético e interdisciplinar, nos ha permitido poner de manifiesto esto integralmente a través de un análisis tanto dentro de España como fuera de ella, así como con argumentos en clave negativa y positiva. En definitiva, si tenemos en cuenta todo lo tratado, es necesario emprender adecuaciones en el modelo de IIPP para solicitar la eutanasia. Debido a las particularidades del contexto español, quizá lo más oportuno sería crear un procedimiento *ad hoc*, similar al modelo de Quebec. Este permitiría que las personas sin capacidad de toma de decisiones pudieran ejercer, si así lo desearon, su derecho a una muerte digna en las mejores condiciones posibles.

Tras el análisis efectuado en este artículo, proponemos una serie de medidas encaminadas a este objetivo, entre las cuales destacamos: requerir explícitamente acompañamiento sanitario especializado en la redacción de las IIPP que solicitan la eutanasia, fortalecer la figura del representante o «persona de confianza», fomentar la participación de familiares o personas cercanas al paciente en el proceso deliberativo

y solicitar la inscripción de las IIPP en algún registro accesible al personal competente en cualquier lugar de España.

En el diseño y aplicación de estas u otras medidas, será imprescindible la colaboración conjunta, desde una perspectiva bioética e interdisciplinar, de especialistas sanitarios, asociaciones de pacientes, juristas, legisladores y eticistas. Este trabajo conjunto es crucial para garantizar que las IIPP sean herramientas eficaces, seguras y respetuosas de los derechos y la autonomía de las personas con demencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Aalten, Pauline, van Valen, Evelien, de Vugt, Marjolein, E., Lousberg, Richel, Jolles, Jelle y Verhey, Frans, R. (2006). Awareness and behavioral problems in dementia patients: a prospective study. *International psychogeriatrics*, 18(1), 3-17. <https://doi.org/10.1017/S1041610205002772>
- Asscher, Eva, Constance, Alida y van de Vathorst, Suzanne (2020). First prosecution of a Dutch doctor since the Euthanasia Act of 2002: what does the verdict mean? *Journal of Medical Ethics*, 46(2), 71-75. <https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105877>
- Assemblée Nationale du Québec (2023). Bill 11, An Act to amend the Act respecting end-of-life care and other legislative provisions. Recuperado de: https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/LoisAnnuelles/en/2023/2023C15A.PDF
- Barbero, Javier, Díaz, Laura, Coca, Cristina, del Rincón, Carola y López-Fando, Teresa. (2008). Las instrucciones previas en funcionamiento: una herramienta legal con valor psicoterapéutico. *Psicooncología*, 5, 117-128.
- Boletín Oficial del Estado (2002). Ley 41/2002 de 2002. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. 14 de noviembre de 2002. BOE núm. 274.

- Recuperado de:
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
- Boletín Oficial del Estado (2021). Ley Orgánica 3/2021 de 2021. Regulación de la eutanasia. 24 de marzo de 2021. BOE núm. 72. Recuperado de:
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-4628
- Boletín Oficial del Estado (2023). Sentencia 19/2023 de 2023. 22 de marzo de 2023. BOE núm. 98. Recuperado de:
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-10044
- Bosch, G. J. van den, Roos, R. A. N., Otten, R., Bockting, Claudi y Smulders, Y. M. (2021). Are patients accurate forecasters of their emotional response to medical conditions? A scoping review on affective forecasting. *BMJ Open*, 11(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053370>
- Bryce, Cindy L., Loewenstein, George, Arnold, Robert M., Schooler, Jonathan, Wax, Randy S. y Angus, Derek C. (2004). Quality of Death: Assessing the Importance Placed on End-of-Life Treatment in the Intensive-Care Unit. *Medical Care*, 42(5), 423-431. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000124245.62354.57>
- Cabeza de Vaca, María, Josefa (2018). *Contenido de las declaraciones de las voluntades vitales anticipadas en el hospital universitario Puerta del Mar de Cádiz y conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios de los servicios implicados en el final de la vida*. Tesis Doctoral. Cádiz: Universidad de Cádiz. Recuperado de:
<https://rodin.uca.es/handle/10498/20236>
- Cerejeira, Joaquim, Lagarto, Luísa y Mukaetova-Ladinska, Elizabeta B. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*, 3, 73. <https://doi.org/10.3389/fneur.2012.00073>

- Clark, David (2001). Religion, Medicine, and Community in the Early Origins of St. Christopher's Hospice. *Journal of Palliative Medicine*, 4(3), 353-360. <https://doi.org/10.1089/109662101753123977>
- Clifford, Kristen, Moreno, Monica y Kloske, Courtney M. (2024). Navigating late-stage dementia: A perspective from the Alzheimer's Association. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 16(1), 1-5. <https://doi.org/10.1002/dad2.12530>
- Conlin, Michael, O'Donoghue, Ted y Vogelsang, Timothy J. (2007). Projection Bias in Catalog Orders. *The American Economic Review*, 97(4), 1217-1249. <http://www.jstor.org/stable/30034090>
- Corte Constitucional (2021). Sentencia C-233/21 de 2021. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2021/C-233-21.htm> [Consultado el 12 de febrero de 2024].
- Couceiro, Azucena. (2007). Las directivas anticipadas en España: contenido, límites y aplicaciones clínicas. *Revista de Calidad Asistencial*, 22(4), 213-222. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-las-directivas-anticipadas-espana-contenido-13109343>
- DeGrazia, David (1999). Advance directives, dementia, and 'the someone else problem'. *Bioethics*, 13(5), 373-391. <https://doi.org/10.1111/1467-8519.00166>
- Diário da República (2023). Lei n.º 22/2023 de 2023. 25 de mayo de 2023. Recuperado de: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>
- Dying With Dignity Canada (2023). Advance requests. Recuperado de: <https://www.dyingwithdignity.ca/advocacy/parliamentary->

- review/advance-requests/ [Consultado el 12 de febrero de 2024].
- End of Life Law in Australia (2023). Voluntary Assisted Dying. Recuperado de: <https://end-of-life.qut.edu.au/assisteddying>
- Espericueta, Luis (2023). Primer informe oficial de la eutanasia en España: comparación con las experiencias canadiense y neozelandesa. *Medicina Clínica*, 161(10), 445-447. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2023.06.014>
- Espericueta, Luis (2024). Analysis of the legal situation regarding euthanasia in Ecuador, Colombia, and Peru: Towards a Latin American model of medical assistance in dying? *Developing World Bioethics*. <https://doi.org/10.1111/dewb.12457>
- Espericueta, Luis (2025). Advance Requests for Medical Assistance in Dying in the International Context: Some Legal Issues for the Canadian Case. *Healthcare Policy*, 20(2). doi: 10.12927/hcpol.2024.27478
- Espericueta, Luis (preprint). La prohibición de la eutanasia por trastornos mentales en España: análisis sobre la vulneración del principio de igualdad y no discriminación.
- Fazel, Seena, Hope, Tony y Jacoby, Robin (1999). Dementia, intelligence, and the competence to complete advance directives. *The Lancet*, 354(9172), 48. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(99\)01911-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(99)01911-x)
- Fedlex (1937). Code Pénal Suisse. Recuperado de: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/fr
- Ferrier, Catherine (2022). MAiD by advance directive. Brief submitted to the Special Joint Committee on Medical Assistance in Dying. Recuperado de: https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/441/A_MAD/Brief/BR11782756/br-external/FerrierCatherine-e.pdf

- Hegde, Soumya y Ellajosyula, Ratnavalli (2016). Capacity issues and decision-making in dementia. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 19(Suppl 1), S34-S39. <https://doi.org/10.4103/0972-2327.192890>
- Heyland, Daren K., Heyland, Rebecca, Dodek, Peter, You, John J., Sinuff, Tasnim, Hiebert, Tim, Jiang, Xuran, Day, Adrew G. y ACCEPT Study Team and the Canadian Researchers at the End of Life Network (CARENET) (2017). Discordance between patients' stated values and treatment preferences for end-of-life care: results of a multicentre survey. *BMJ supportive & palliative care*, 7(3), 292-299. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2015-001056>
- Kim, Scott, Y., Caine, Eric, D., Currier, Glenn W., Leibovici, Adrian y Ryan, J. Michael (2001). Assessing the competence of persons with Alzheimer's disease in providing informed consent for participation in research. *The American journal of Psychiatry*, 158(5), 712-717. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.5.712>
- KNMG (2021). End-of-life decisions. KNMG position. Recuperado de: <https://knmg-standpunt.maglr.com/knmg-standpunt-levenseinde/standpunt-levenseinde>
- Law Bank (2002). Termination of life on request and assisted suicide law. Recuperado de: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/2021-10-01>
- Libération (2022). Jean-Luc Godard a eu recours au suicide assisté. Recuperado de: https://www.liberation.fr/culture/jean-luc-godard-est-mort-20220913_LLEGXZFSFDC3FBJCP7AWXSYWI/ [Consultado el 19 de abril de 2024].
- Loewenstein, George (2005). Projection bias in medical decision making. *Medical Decision Making: an International Journal of the Society for Medical Decision Making*, 25(1), 96-105. <https://doi.org/10.1177/0272989X04273799>

- Loewenstein, George, O'Donoghue, Ted y Rabin, Matthew (2003). Projection Bias in Predicting Future Utility. *The Quarterly Journal of Economics*, 118(4), 1209-1248. <http://www.jstor.org/stable/25053938>
- McKeith, Ian y Cummings, Jeffrey (2005). Behavioural changes and psychological symptoms in dementia disorders. *The Lancet. Neurology*, 4(11), 735-742. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(05\)70219-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(05)70219-2)
- Mellett, James, Mack, Cheryl y Leier, Brendan (2021). Advanced Requests for MAID: Are They Compatible with Canadian Medical Practice? *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 4(2), 78-81. <https://doi.org/10.7202/1084453ar>
- Minister of Justice (1985). Criminal Code. Recuperado de: <https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/C-46.pdf>
- Ministère de la Justice (2002). Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie. Recuperado de: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2002052837
- Ministerio de Salud (2018a). ABECÉ. Documento de Voluntad Anticipada (DVA). Resolución 2665 de 2018. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abece-voluntad-anticipada.pdf>
- Ministerio de Salud (2018b). Resolución 2665 de 2018 (por medio de la cual se reglamenta parcialmente la Ley 1733 de 2014 en cuanto al derecho a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada). Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%C3%B3n%20No.%202665%20de%202018.pdf
- Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale (2009). Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Recuperado de: <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo>

- National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) (2021). Statement on Medical Aid in Dying. Recuperado de: https://www.nhpco.org/wp-content/uploads/Medical_Aid_Dying_Position_Statement_July-2021.pdf
- Nebot, Cristina, Ortega, Blas, Mira, José Joaquín y Ortiz, Lidia (2010). Morir con dignidad: Estudio sobre voluntades anticipadas. *Gaceta Sanitaria*, 24(6), 437-445. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000600002
- New Zealand Parliamentary Counsel Office (2019). End of Life Choice Act 2019. Recuperado de: https://www.legislation.govt.nz/act/public/2019/0067/latest/whole.html?search=ts_act%40bill%40regulation%40deemedreg_end+of+life+choice+act_resel_25_a&p=1#DLM7285956
- Okonkwo, Ozioma C., Griffith, Harold Randall, Belue, Katherine, Lanza, Stephanie T., Zamrini, Edward Y., Harrell, Lindy E., Brockington, John C., Clark, David, Raman, Rema y Marson, Daniel C. (2007). Medical decision-making capacity in patients with mild cognitive impairment. *Neurology*, 69(15), 1528–1535. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000277639.90611.d9>
- Parliament of Canada (2021). An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying). Bill C-7. Recuperado de: <https://www.parl.ca/DocumentViewer/en/43-2/bill/C-7/royal-assent>
- Peicius, Eimantas, Blazeviciene, Aurelija y Kaminskas, Raimonsas (2017). Are advance directives helpful for good end of life decision making: a cross sectional survey of health professionals. *BMC Medical Ethics*, 18, 40. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0197-6>

- Rodríguez Lainz, José Luis (2022). La Ley española de eutanasia a la luz de la Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos del caso MORTIER v. Bélgica. *Diario La Ley*. Recuperado de <https://diariolaley.laleynext.es/dll/2022/12/01/la-ley-espanola-de-eutanasia-a-la-luz-de-la-sentencia-del-tribunal-europeo-de-derechos-humanos-del-caso-mortier-v-belgica>
- Rodríguez Lainz, José Luis, Fuertes Rocaín, José Carlos, Fuertes Iglesias, Carlos y Rodríguez Jiménez, Beatriz (2021). *Eutanasia y testamento vital*. Navarra: Thomson Reuters Aranzadi.
- Rodríguez-Arias, David (2005). *Una muerte razonable: testamento vital y eutanasia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sabatino, Charles P. (2010). The evolution of health care advance planning law and policy. *The Milbank Quarterly*, 88(2), 211-239. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2010.00596.x>
- Scheeres-Feitsma, Trijntje M., van Laarhoven, Angela J. J. M. Keijzer, de Vries, Ralph, Schaafsma, Petruschka y van der Steen, Jenny T. (2023). Family involvement in euthanasia or Physician Assisted Suicide and dementia: A systematic review. *Alzheimer's & Dementia: the Journal of the Alzheimer's Association*, 19(8), 3688-3700. <https://doi.org/10.1002/alz.13094>
- Schuermans, Jaap (2023). Euthanasia requests from patients with dementia. Tesis doctoral. Países Bajos: Radboud University Medical Center. Recuperado de: <https://repository.uhn.ru.nl/bitstream/handle/2066/295099/295099?sequence=1>
- Schuermans, Jaap, Crol, Chantalle, Olde Rikkert, Marcel y Engels, Yvonne (2021). Dutch GPs' experience of burden by euthanasia requests from people with dementia: a quantitative survey. *BJGP Open*, 5(1). <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101123>

- Seoane, José Antonio (2006). Derecho y planificación anticipada de la atención: panorama jurídico de las instrucciones previas en España. *Revista Derecho y Salud*, 14(2), 285-295.
- ten Have, Henk y Welie, Jos V. (2014). Palliative Sedation Versus Euthanasia: An Ethical Assessment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(1), 123-136. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.03.008>
- Torrente, Rafa (2022). Salud a todo Twitich, por Joan Carles March. [Archivo de vídeo]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=kpdQRPO3AIg> [Consultado el 19 de abril de 2024].
- Van Rickstal, Romy, De Vleminck, Aline, Aldridge, Melissa D., Morrison, Sean, Koopmans, Raymond, van der Steen, Jenny, Engelborghs, Sebastiaan y Van den Block, Lieve (2019). Limited engagement in, yet clear preferences for advance care planning in young-onset dementia: An exploratory interview-study with family caregivers. *Palliative Medicine*, 33(9), 1166-1175. <https://doi.org/10.1177/0269216319864777>
- Van Rickstal, Romy, De Vleminck, Aline, Chambaere, Kenneth y Van den Block, Lieve (2023). People with young-onset dementia and their family caregivers discussing euthanasia: A qualitative analysis of their considerations. *Patient Education and Counseling*, 115, 107882. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107882>
- Velasco-Sanz, Tamara Raquel y Rayón-Valpuesta, Esperanza (2016). Instrucciones previas en cuidados intensivos: competencias de los profesionales sanitarios. *Medicina Intensiva*, 40(3), 154-162. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2015.04.011>
- Vogel, Asmus, Waldorff, Frans Boch y Waldemar, Gunhild (2010). Impaired awareness of deficits and neuropsychiatric symptoms in early Alzheimer's disease: the Danish Alzheimer Intervention Study (DAISY). *The Journal of*

neuropsychiatry and clinical neurosciences, 22(1), 93-99.
<https://doi.org/10.1176/jnp.2010.22.1.93>

Zabala, Jaime y Díaz, José. (2010). Reflexión sobre el desarrollo y utilidad de las instrucciones previas. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 36(5), 266-272.