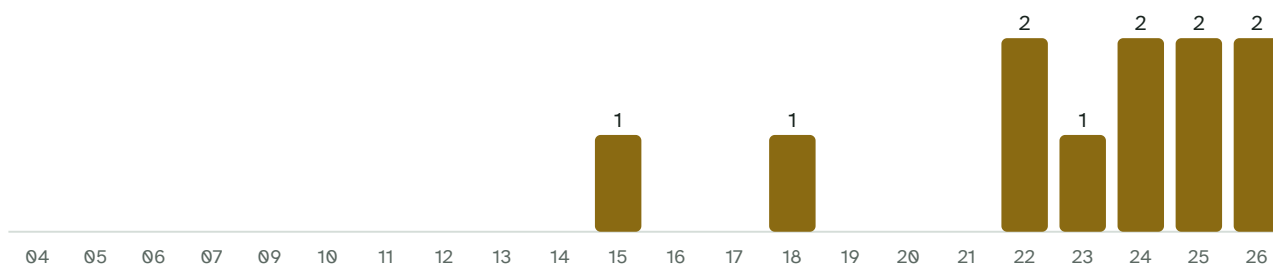


Final de la vida: eutanasia e instrucciones previas

El final de la vida en el EIR se pregunta con la letra de la ley: la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia (requisitos, plazos, denegación, objeción de conciencia) y el artículo 11 de la Ley 41/2002 sobre instrucciones previas. Alrededor caen los conceptos que se confunden entre sí (eutanasia, suicidio asistido, ayuda al suicidio, adecuación del esfuerzo terapéutico, sedación paliativa) y, desde 2026, la planificación anticipada de decisiones de la Estrategia de Cronicidad.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-27 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



11 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Ningún concepto de este tema se ha repetido en dos exámenes distintos.

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. Conceptos: eutanasia, suicidio asistido y lo que no es eutanasia	7
2. Adecuación del esfuerzo terapéutico, obstinación y sedación paliativa	9
3. Ley Orgánica 3/2021: objeto, principios y definiciones	12
4. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir	14
5. Procedimiento: solicitudes, plazos, denegación y control	16
6. Garantías: cartera común, objeción de conciencia, información y Código Penal	19
7. Instrucciones previas (Ley 41/2002 y Registro nacional)	21
8. Planificación anticipada de decisiones y derechos al final de la vida	23
Todas las preguntas del tema (11)	26
Solucionario	31
Fuentes	32

Resumen para repasar

1. Conceptos: eutanasia, suicidio asistido y lo que no es eutanasia

- Eutanasia (LO 3/2021): actuación que produce la muerte **de forma directa e intencionada**, con **relación causa-efecto única e inmediata**, a petición **informada, expresa y reiterada** ^{F1}.
- Ya no se llaman eutanasia la «pasiva» (no iniciar o retirar tratamientos) ni la «activa indirecta» (fármacos que alivian aunque aceleren la muerte) ^{F1 F7}.
- **Suicidio médicamente asistido: ayuda médica**; el médico proporciona los fármacos y el **propio enfermo se los administra** ^{F7}; entre las notas de la eutanasia y del auxilio al suicidio está la **aplicación por profesional sanitario** ^{F8}.
- Quien, sin ser profesional sanitario que actúa conforme a la LO 3/2021, **coopera con actos necesarios** al suicidio de otro comete el delito del **art. 143.2 CP** (cooperación al suicidio) ^{F2}.
- Rechazo de tratamiento, limitación de soporte vital y sedación paliativa **no son eutanasia** ^{F5}.

2. Adecuación del esfuerzo terapéutico, obstinación y sedación paliativa

- **AET**: retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando el pronóstico limitado lo aconseje; la OMC-SECPAL pide evitar «limitación» ^{F7}.
- La limitación del esfuerzo se hace **evitando la obstinación terapéutica** (lo que antes se llamaba **encarnizamiento**) ^{F5 F7}.
- No limita los cuidados: se mantienen los que dan **bienestar y confort** ^{F5 F6 F10}.
- No va ligada a la agonía: es un error asociarla **inexorablemente con el exitus** ^{F10}.
- Fundamento: **autonomía, no maleficencia y justicia**; decisión **colectiva de médicos y enfermeras por consenso**, sin cargar la responsabilidad en la familia ^{F9}.
- Dominios de calidad (Clarke 2003): **decisiones centradas en paciente y familia**, comunicación, **continuidad, apoyo emocional y práctico**, síntomas, apoyo espiritual y apoyo a los profesionales ^{F9}.
- **Sedación paliativa**: disminución deliberada de la consciencia, con consentimiento, por **síntomas refractarios** ^{F7}.

3. Ley Orgánica 3/2021: objeto, principios y definiciones

- Reconoce un **nuevo derecho individual**: solicitar y recibir la **prestación de ayuda para morir** ^{F1}.
- La decisión ha de ser **autónoma**, informada y sin presión externa; se protege **la absoluta libertad de la decisión** ^{F1}.
- Dos modalidades: **administración directa** por el profesional o **prescripción/suministro** para que el paciente **se la autoadministre** ^{F1}.
- **Médico consultor**: formado en las patologías del paciente y **ajeno al equipo** del médico responsable ^{F1}.
- Contexto eutanásico: **enfermedad grave e incurable** o **padecimiento grave, crónico e imposibilitante** con sufrimiento intolerable ^{F1}.

4. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir

- Nacionalidad española, residencia legal o empadronamiento de **más de doce meses**; **mayor de edad**; **capaz y consciente** al solicitar ^{F1}.
- **Información por escrito**, incluida la opción de **cuidados paliativos integrales** y las prestaciones de dependencia ^{F1}.
- **Dos solicitudes** voluntarias, escritas o por otro medio que deje constancia, separadas **al menos 15 días naturales** ^{F1}.
- Enfermedad o padecimiento **certificado por el médico responsable** y **consentimiento informado previo**, que se incorpora a la **historia clínica** ^{F1}.
- Incapacidad de hecho: sin información escrita, solicitudes ni consentimiento si suscribió antes **instrucciones previas**; el representante es el interlocutor ^{F1}.

5. Procedimiento: solicitudes, plazos, denegación y control

- Solicitud **fecha y firmada** ante un **profesional sanitario que la rubrica**; revocable y aplazable en cualquier momento ^{F1}.
- Médico responsable: **2 días** para el proceso deliberativo; información escrita en **5 días** ^{F1}.
- Si el paciente sigue adelante, el médico lo comunica al equipo, **especialmente a enfermería**, y recaba la firma del consentimiento ^{F1}.
- Médico consultor: **10 días naturales** desde la segunda solicitud ^{F1}.
- **Denegación: siempre por escrito y motivada**, en **10 días naturales** desde la primera solicitud; reclamación ante la CGE en **15 días** ^{F1}.
- CGE: control previo por **un médico y un jurista** (informe en 7 días); tras la prestación, documentos en **5 días hábiles** y verificación en **2 meses** ^{F1}.
- Plazos **máximos y no preclusivos**, salvo los **15 días** entre solicitudes y las **24 horas** de espera, que son obligatorios ^{F12}.
- Enfermera: recibe la primera solicitud, apoya la deliberación **sin verificar requisitos ni decidir, canaliza la vía IV**, asiste hasta el fallecimiento y hace los cuidados post mortem ^{F12}.
- IV: midazolam, lidocaína, **propofol** y **bloqueante neuromuscular** (siempre); oral: antiemético y **pentobarbital** ^{F13}.

6. Garantías: cartera común, objeción de conciencia, información y Código Penal

- Prestación en la **cartera común** del SNS y de **financiación pública**; en centros públicos, privados, concertados y en el **domicilio** ^{F1}.
- **Objeción de conciencia**: individual, **anticipada y por escrito**; registro de objetores **confidencial** ^{F1}.
- CGE en cada comunidad y en Ceuta y Melilla, **mínimo siete miembros**, con **medicina, enfermería y juristas** ^{F1}.
- La muerte por la prestación es **muerte natural** a todos los efectos ^{F1}.
- Derecho a la información con **derecho a no ser informado**; derecho a **negarse al tratamiento** ^{F3}.

7. Instrucciones previas (Ley 41/2002 y Registro nacional)

- Documento de persona **mayor de edad, capaz y libre** sobre **cuidados y tratamiento** o, tras fallecer, **destino del cuerpo u órganos**; puede designar **representante** ^{F3}.
- Siempre **por escrito**; revocable **libremente** por escrito ^{F3}.
- No se aplican si son contrarias al **ordenamiento jurídico**, a la **lex artis** o no corresponden al **supuesto de hecho** previsto ^{F3}.
- **Registro nacional** en el Ministerio de Sanidad (RD 124/2007): recoge lo inscrito en los registros autonómicos, comunicado en **7 días** ^{F4}.
- Formalización ante **notario, testigos** o la **Administración**; materia desde 2022 también la **prestación de ayuda para morir** ^{F4}.

8. Planificación anticipada de decisiones y derechos al final de la vida

- PAD (Estrategia de Cronicidad 2025-2028): **proceso estructurado de comunicación** entre profesionales, pacientes y su entorno para **anticipar decisiones clínicas** en el final de la vida ^{F11}.
- Las **instrucciones previas** son una **posibilidad** dentro de la PAD, no la PAD ^{F11}.
- Los cuidados al final de la vida **adecúan el tratamiento** al objetivo principal de **aliviar el sufrimiento** ^{F6}.
- El rechazo o la retirada de un tratamiento se respeta **aunque no coincida con el criterio clínico** ^{F6}.
- Si el paciente **rechaza la información**, se respeta y puede designar a quien le represente ^{F6}.

Puntos clave

- 1 La LORE define la eutanasia como la actuación que produce la muerte **de forma directa e intencionada**, con **relación causa-efecto única e inmediata**, a petición **informada, expresa y reiterada** ^{F1}.
- 2 En el **suicidio médicamente asistido** el médico proporciona los fármacos y **el paciente se los administra**; si quien los facilita no es un sanitario, es **ayuda (cooperación) al suicidio** ^{F7 F2}.
- 3 La **limitación/adecuación del esfuerzo terapéutico** evita la **obstinación terapéutica** (antiguo encarnizamiento) y **no limita los cuidados** de bienestar ^{F5 F6 F7}.
- 4 Dominios de calidad al final de la vida: **decisiones centradas en paciente y familia, continuidad y apoyo emocional y práctico**, entre otros ^{F9}.
- 5 Requisitos de la LORE: nacionalidad, residencia legal o empadronamiento **> 12 meses, mayor de edad, capaz y consciente**, información escrita (con **cuidados paliativos**), **dos solicitudes separadas al menos 15 días naturales**, enfermedad certificada y **consentimiento informado previo** en la historia clínica ^{F1}.
- 6 La **denegación** es **siempre por escrito y motivada** por el médico responsable, en **10 días naturales desde la primera solicitud**; reclamación ante la CGE en **15 días** ^{F1}.
- 7 El médico consultor, formado en la patología y **ajeno al equipo**, informa en **10 días naturales** desde la segunda solicitud ^{F1}.
- 8 La prestación está en la **cartera común del SNS**; la **objeción de conciencia** es individual, **anticipada y por escrito**; la muerte es **muerte natural** ^{F1}.
- 9 Instrucciones previas: persona **mayor de edad, capaz y libre**; **cuidados y tratamiento y destino del cuerpo u órganos**; **por escrito**; **revocables**; límites: **ordenamiento, lex artis y supuesto de hecho** ^{F3}.
- 10 La **PAD** es un **proceso estructurado de comunicación** entre profesionales, pacientes y entorno para **anticipar decisiones** al final de la vida ^{F11}.

1. Conceptos: eutanasia, suicidio asistido y lo que no es eutanasia

El preámbulo de la **Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE)** recuerda que eutanasia significa etimológicamente «buena muerte» y la define como el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento ^{F1}. La ley la entiende 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, 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 ^{F1}.

Hoy hay **amplio acuerdo en limitar el término «eutanasia» a la que se produce de manera activa y directa**. Quedan fuera del concepto bioético y jurídico-penal de eutanasia las actuaciones que antes se llamaban **eutanasia pasiva** (no adoptar tratamientos que prolongan la vida o interrumpir los ya instaurados conforme a la *lex artis*) y **eutanasia activa indirecta** (fármacos que alivian el sufrimiento aunque aceleren la muerte: cuidados paliativos) ^{F1}. La OMC y la SECPAL definen la eutanasia como la **provocación intencionada de la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa de ésta, y en un contexto médico**, y añaden que no procede hablar de «eutanasia involuntaria», «pasiva» ni «indirecta» ^{F7}.

La LORE distingue **dos conductas eutanásicas**: la **eutanasia activa**, acción por la que **un profesional sanitario pone fin a la vida** de un paciente de manera deliberada y a petición de este, y aquella en la que **es el propio paciente quien termina con su vida**, con la **colaboración de un profesional sanitario** que facilita los medios necesarios (asesoramiento sobre sustancia y dosis, prescripción o incluso suministro) para que el paciente se lo administre ^{F1}. Esa segunda conducta es lo que la OMC-SECPAL llama **suicidio médicamente asistido: la ayuda médica para la realización de un suicidio**, ante la solicitud de un enfermo, **proporcionándole los fármacos necesarios para que él mismo se los administre** ^{F7}.

El Comité de Bioética de España, citando el documento OMC-SECPAL, recoge las mismas dos definiciones (eutanasia y **auxilio médico al suicidio**, «la ayuda médica para la realización de un suicidio») y añade que, según se ha señalado, para hablar de ellas deben concurrir cuatro notas: petición expresa y reiterada, **aplicación por profesional sanitario**, enfermedad irreversible o avanzada y sufrimiento vivido como inaceptable ^{F8}. El mismo informe recoge, del Comité de Bioética italiano, la postura de quienes ven una diferencia de principio entre ambas: en la ayuda al suicidio, el suicidio sigue siendo un acto personal, mientras que la eutanasia prevé la intervención de un tercero para dar muerte ^{F8}.

El **Código Penal (art. 143)** castiga la **inducción al suicidio** (prisión de 4 a 8 años), la **cooperación con actos necesarios al suicidio** de una persona (2 a 5 años) y la cooperación que llega **hasta el punto de ejecutar la muerte** (6 a 10 años) ^{F2}. Desde la LORE, el art. 143.4 rebaja en uno o dos grados la pena de quien causa o coopera activamente a la muerte de una persona con padecimiento grave, crónico e imposibilitante o enfermedad grave e incurable, a su petición expresa, seria e inequívoca; y el **143.5** deja **sin responsabilidad penal** a quien lo hace **cumpliendo la LORE** ^{F2}. Es decir, la ayuda para morir solo es legal dentro del procedimiento de la ley, que exige a un **profesional sanitario** ^{F1 F2}.

Término	Quién causa la muerte	Quién facilita los medios	Encaje legal
Eutanasia (activa)	El profesional sanitario administra la sustancia	Profesional sanitario	LORE, 1.ª modalidad F1
Suicidio médicamente asistido	El propio paciente se la administra	Médico / profesional sanitario (prescribe o suministra)	LORE, 2.ª modalidad F1 F7
Ayuda (cooperación) al suicidio fuera de la LORE	El propio paciente	Un tercero que coopera con actos necesarios	Delito del art. 143.2 CP (143.4 si hay contexto eutanásico) F2 F8
Rechazo de tratamiento, limitación de soporte vital, sedación paliativa	No buscan deliberadamente la muerte	—	No son eutanasia; buena práctica clínica F5

«Asistido» significa asistido por un sanitario

El suicidio médicamente asistido es **ayuda médica** **F7**, y la aplicación por un **profesional sanitario** es una de las notas que lo definen **F8**; la LORE exige también la colaboración de un profesional sanitario **F1**. Si quien facilita la medicación que el paciente se autoadministra **no es un profesional sanitario** (un amigo, un familiar), no es suicidio médicamente asistido ni prestación de la LORE: es **ayuda o cooperación al suicidio**, conducta del art. 143 del Código Penal **F2**. Y no es eutanasia, porque nadie le administra la sustancia **F1**.

EIR 2026 · 144

P1 · respuesta en el solucionario

Ayuda al suicidio (autoadministración)

Si un paciente de 70 años, diagnosticado de esclerosis lateral amiotrófica en fase avanzada, recibe de un amigo una medicación que él mismo se administra para producir su muerte, ¿qué término describe lo sucedido?:

1. Eutanasia.
2. Suicidio asistido.
3. Ayuda al suicidio.
4. Homicidio.

La Ley andaluza 2/2010 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte resume lo que no debe llamarse eutanasia: **el rechazo de tratamiento, la limitación de medidas de soporte vital y la sedación paliativa no deben ser calificadas como acciones de eutanasia**, porque nunca buscan deliberadamente la muerte, sino aliviar o evitar el sufrimiento, respetar la autonomía y humanizar el proceso de la muerte; deben considerarse **buena práctica clínica** **F5**.

2. Adecuación del esfuerzo terapéutico, obstinación y sedación paliativa

La **adecuación del esfuerzo terapéutico (AET)** consiste en **retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando el pronóstico limitado así lo aconseje**: es la adaptación de los tratamientos a la situación clínica del paciente. La OMC-SECPAL pide **evitar el término «limitación del esfuerzo terapéutico»** porque no se trata de limitar tratamientos sino de adecuarlos ^{F7}. La Ley andaluza 2/2010 conserva la expresión y define la **limitación del esfuerzo terapéutico** como la **retirada o no instauración de una medida de soporte vital** o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico en cantidad y calidad de vida futuras, constituye, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, **algo fútil**, que solo prolonga una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría ^{F5}.

Su contrario es la **obstinación terapéutica**: la instauración de medidas **no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias** con la intención de evitar la muerte en un paciente tributario de tratamiento paliativo; es **mala práctica médica y falta deontológica** ^{F7}. La OMC-SECPAL considera **preferible evitar el término «encarnizamiento»** porque presupone una intencionalidad negativa: obstinación y encarnizamiento nombran, pues, la misma práctica ^{F7}. En la ley andaluza, el médico responsable **limitará el esfuerzo terapéutico cuando la situación clínica lo aconseje, evitando la obstinación terapéutica**, y dejará constancia de la justificación en la historia clínica ^{F5}. La SEMICYUC lo resume: la limitación de tratamientos de soporte vital es **buena práctica** porque el mantenimiento de tratamientos fútiles y la obstinación terapéutica no tienen justificación ética ni científica ^{F10}.



Limitar el esfuerzo = no ensañarse

La limitación (hoy adecuación) del esfuerzo terapéutico existe para **evitar la obstinación terapéutica**, el antiguo **encarnizamiento** o ensañamiento: no iniciar o retirar lo fútil ^{F5 F7}. No es sedación paliativa, ni suicidio asistido, ni rechazo de tratamiento: el rechazo **parte del paciente**, mientras que la limitación es una decisión de los profesionales ^{F10}.

EIR 2015 · 39

P11 · respuesta en el solucionario

Limitación del esfuerzo terapéutico: no encarnizamiento

La limitación del esfuerzo terapéutico se refiere a:

1. La sedación paliativa.
2. El suicidio asistido.
3. Al rechazo al tratamiento.
4. Al no encarnizamiento terapéutico.
5. A la terapia del doble efecto.

Qué **no** es la AET, según las fuentes: **no es abandonar ni recortar cuidados**. La SEMICYUC aclara que no supone una reducción de la atención médica sino una restricción a medidas desproporcionadas, y que se continúa el tratamiento conservador o paliativo para preservar la calidad de vida y aliviar el dolor o sufrimiento ^{F10}. La ley valenciana 16/2018 define la limitación de tratamientos de soporte vital como una **decisión meditada y consensuada del equipo asistencial** que permite que la muerte llegue como evolución inevitable de la enfermedad **sin limitar los cuidados y tratamientos que proporcionan bienestar**; y afirma que los cuidados

al final de la vida **no acortan ni prolongan la vida** ^{F6}. En Andalucía, los profesionales están obligados a ofrecer las intervenciones necesarias para garantizar el **adecuado cuidado y confort** ^{F5}.

Tampoco es algo **reservado a la agonía**. La AET se aplica cuando el **pronóstico limitado** lo aconseja ^{F7}, y la SEMICYUC advierte que **es un error frecuente asociar la limitación inexorablemente con el exitus**: parte de los pacientes con limitación al ingreso sobreviven más de 30 días ^{F10}. El Comité de Bioética de España la describe como un **proceso dinámico, continuado y a veces cambiante** según los estadios de la enfermedad; cuando resulta de una valoración clínica ponderada y colegiada, **no es eutanasia**, no es punible y sí es buena práctica clínica y criterio de calidad asistencial ^{F8}.

Quién decide y con qué fundamento. Las recomendaciones de la SEMICYUC de 2008 basan la limitación del tratamiento de soporte vital en el **respeto a la persona (autonomía y libertad)** y en los principios de **no maleficencia y justicia**: no hay obligación de mantener tratamientos fútiles, y consumir recursos inútiles va contra la justicia distributiva ^{F9}. La decisión **se discute colectivamente (médicos y enfermeras) y se toma por consenso**; ante la duda se inicia o continúa el tratamiento; siempre se informa y consulta a familiares o representantes buscando respetar las preferencias del paciente, pero **en ningún caso se responsabiliza a la familia** de la decisión; y una vez tomada, el médico **no abandona** al paciente y le garantiza los cuidados paliativos que precise ^{F9}. En Andalucía la limitación se hace **oído el criterio de la enfermera responsable de los cuidados** y con la opinión coincidente de otro médico ^{F5}.

Ítems (dominios) de calidad. El programa para promover la excelencia en el tratamiento paliativo del paciente crítico (Clarke et al., 2003) definió **siete dominios de calidad**, que la SEMICYUC recoge ^{F9}:

- **Toma de decisiones centrada en el paciente y su familia** ^{F9}.
- Comunicación dentro del equipo y con los pacientes y sus familias ^{F9}.
- **Continuidad del tratamiento** ^{F9}.
- **Apoyo emocional y práctico** para los pacientes y sus familias ^{F9}.
- Tratamiento sintomático y de bienestar ^{F9}.
- Apoyo espiritual para los pacientes y sus familias ^{F9}.
- Apoyo emocional y de la organización para los profesionales de la UMI ^{F9}.

La actualización de la SEMICYUC de 2020 enumera como aspectos fundamentales de los cuidados paliativos en UCI la comunicación sobre situación, pronóstico y opciones, un plan de cuidados según los valores y preferencias de la persona, el alivio de síntomas, el **apoyo emocional a los familiares** (incluido el duelo), la **continuidad de cuidados** y la prevención del desgaste profesional ^{F10}.

Adecuación del esfuerzo terapéutico: ítems de calidad

Indique la respuesta correcta con respecto a la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET):

1. La AET implica una limitación del tratamiento y de los cuidados del paciente con el objetivo de acortar el proceso de la muerte, pudiéndose aplicar medidas extraordinarias de tratamiento en el caso de decisión del equipo de profesionales sanitarios responsable.
2. Los ítems de calidad en el proceso de AET pasan por la toma de decisiones centradas en el paciente y su familia, la continuidad de los cuidados y el soporte emocional necesario.
3. La AET determina una implicación de todo el equipo asistencial, paciente, familiares y representantes legales en cuya decisión final consensuada, primará la decisión de los profesionales sanitarios en un contexto de respeto al principio bioético de Beneficencia.
4. La AET debe comenzar desde el punto de vista legal y de la ética asistencial en los últimos momentos de vida de la persona, cuando ésta entra en el proceso de agonía.

Sedación paliativa: disminución deliberada de la consciencia del enfermo, **una vez obtenido el oportuno consentimiento**, mediante los fármacos indicados y a dosis proporcionadas, para evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más **síntomas refractarios**; en los últimos días u horas de vida se habla de **sedación en la agonía** ^{F7}. Un síntoma refractario es el que no responde al tratamiento adecuado y precisa, para controlarse, reducir la conciencia ^{F5}. La **situación de agonía** precede a la muerte cuando esta es gradual: deterioro físico intenso, debilidad extrema, trastornos cognitivos y de conciencia, dificultad para la relación y la ingesta, y pronóstico de **horas o pocos días** ^{F7}.

3. Ley Orgánica 3/2021: objeto, principios y definiciones

La LORE, de **24 de marzo de 2021**, entró en vigor **a los tres meses** de su publicación en el BOE (el art. 17, de creación de las comisiones, al día siguiente) ^{F1}; la reforma del art. 143 del Código Penal rige desde el **25 de junio de 2021** ^{F2}. Su objeto es **regular el derecho de toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir**, el procedimiento y las garantías, así como los **deberes del personal sanitario** y las obligaciones de las administraciones (art. 1) ^{F1}. Se aplica a todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que actúen o se encuentren en territorio español (art. 2) ^{F1}.

El preámbulo la presenta como un **nuevo derecho individual**. Se legisla **para respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida** de quien está en un contexto eutanásico, con **garantías suficientes que salvaguarden la absoluta libertad de la decisión, descartando presión externa de cualquier índole** ^{F1}. Los principios que se hacen compatibles son, de un lado, los derechos a la vida y a la integridad física y moral, y de otro, la **dignidad, la libertad y la autonomía de la voluntad** ^{F1}. La decisión de solicitar la prestación ha de ser **autónoma**: fundamentada en el conocimiento sobre su proceso médico después de haber sido informada por el equipo sanitario, con constancia en la historia clínica de que la información se ha recibido y comprendido (art. 4.2) ^{F1}. Se garantizan los apoyos necesarios para que la decisión sea **individual, madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas** (art. 4.3) ^{F1}.



Lo que decide es la voluntad del solicitante

La prestación nace de la **decisión autónoma** de la persona, libre de presiones, y se basa en la **dignidad, la libertad y la autonomía** ^{F1}. No depende de haber hecho instrucciones previas (solo se usan si la persona ya no es capaz) ni la deciden los profesionales; y la eutanasia es una actuación **directa**, con **relación causa-efecto única e inmediata**, no indirecta ^{F1}.

Definiciones del **artículo 3** ^{F1}:

Término	Definición legal (art. 3 LORE) ^{F1}
Consentimiento informado	Conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, en pleno uso de sus facultades, tras recibir la información adecuada, para que a petición suya tenga lugar la prestación
Padecimiento grave, crónico e imposibilitante	Limitaciones que inciden directamente en la autonomía física y las actividades de la vida diaria (no permite valerse por sí mismo) y en la capacidad de expresión y relación, con sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable y seguridad o gran probabilidad de que persistan sin posibilidad de curación o mejoría apreciable; a veces, dependencia absoluta de apoyo tecnológico
Enfermedad grave e incurable	La que origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin alivio que la persona considere tolerable, con pronóstico de vida limitado y fragilidad progresiva

Término	Definición legal (art. 3 LORE) ^{F1}
Médico responsable	Facultativo que coordina toda la información y la asistencia sanitaria del paciente; interlocutor principal durante el proceso
Médico consultor	Facultativo con formación en las patologías del paciente que no pertenece al mismo equipo del médico responsable
Objeción de conciencia sanitaria	Derecho individual de los profesionales a no atender las demandas de la ley incompatibles con sus convicciones
Prestación de ayuda para morir	Proporcionar los medios necesarios a quien cumple los requisitos y ha manifestado su deseo de morir. 1.ª administración directa de una sustancia por el profesional sanitario competente; 2.ª prescripción o suministro de una sustancia para que el paciente se la autoadministre
Situación de incapacidad de hecho	El paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes para regirse de forma autónoma, plena y efectiva, haya o no medidas de apoyo a su capacidad jurídica

EIR 2025 · 19

P3 · respuesta en el solucionario

LO 3/2021: primacía de los deseos del solicitante

Indique la respuesta correcta con respecto a los derechos y deberes del paciente y el profesional en el proceso de petición de ayuda para morir en el contexto de la Ley Orgánica del 3/2021 de 24 de marzo de regulación de la eutanasia:

1. La petición de ayuda para morir es un derecho que actualmente contempla la ley y debe respetarse siempre que el paciente haya realizado previamente un Documento de Instrucciones Previas, Testamento Vital o Voluntades Anticipadas.
2. La prestación de ayuda para morir está basada en la decisión de los profesionales sanitarios directamente implicados en el proceso, basándose en los principios bioéticos de No Maleficencia y Justicia.
3. En el contexto de prestación de ayuda para morir priman los deseos legítimos de la persona solicitante, expresados en un contexto de libertad de decisión y de respeto a la dignidad de la persona y su autonomía.
4. La prestación de ayuda para morir se asienta en la actuación de los profesionales sanitarios que, de una forma consensuada con la persona solicitante, producen la muerte de la misma de manera indirecta, no siendo necesaria en todos los casos una relación causa-efecto.

4. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir

El **artículo 5.1** exige que la persona cumpla **todos** los requisitos siguientes ^{F1}:

Letra	Requisito (art. 5.1 LORE) ^{F1}
a)	Tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite una 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 sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales de la cartera común de servicios y a las prestaciones de atención a la dependencia
c)	Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia , sin presión externa, con una separación de al menos quince días naturales . Si el médico responsable considera inminente la pérdida de capacidad , puede aceptar un periodo menor, dejando constancia en la historia clínica
d)	Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, certificada por el médico responsable
e)	Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación. Ese consentimiento se incorpora a la historia clínica

Las trampas de los requisitos

Doce meses, no seis ni veinticuatro; basta **una** de las tres vías (nacionalidad, residencia legal o empadronamiento) ^{F1}. La información escrita incluye los **cuidados paliativos integrales**, no «terapias curativas» ^{F1}. Son **dos** solicitudes separadas **15 días naturales**, no una; y la enfermedad ha de ser **grave e incurable** (o el padecimiento grave, crónico e imposibilitante), no solo «incurable» ni «crónica durante 12 meses» ^{F1}.

EIR 2022 · 165

P8 · respuesta en el solucionario

Eutanasia: requisito de nacionalidad/residencia

¿Cuál es uno de los requisitos que debe reunir y acreditar el paciente solicitante de eutanasia en España, para recibir la prestación de ayuda para morir?:

1. Sufrir una enfermedad grave y tener nacionalidad española o residencia legal durante al menos 24 meses.
2. Tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses.
3. Certificado de residencia en España durante un periodo de 2 años, o mayor.
4. Certificar una enfermedad crónica durante al menos 12 meses.

Eutanasia: consentimiento informado previo

Atendiendo a Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla determinados requisitos. Seleccione la respuesta correcta:

1. Tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a seis meses, tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.
2. Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico y las diferentes alternativas y posibilidades de actuación de terapias curativas, comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.
3. Haber formulado una solicitud de manera voluntaria y por escrito y sufrir una enfermedad incurable, certificada por el médico responsable.
4. Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente.

Paciente en situación de incapacidad de hecho (art. 5.2). No se aplican las letras **b), c) y e)** (información escrita, dos solicitudes y consentimiento) cuando el médico responsable certifica que el paciente no está en pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad, cumple la letra d) y **ha suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas**, testamento vital, voluntades anticipadas o equivalente legalmente reconocido: la prestación se facilita conforme a ese documento, y si nombró **representante**, este es el **interlocutor válido** del médico responsable ^{F1}. La valoración de la incapacidad de hecho sigue los protocolos del **Consejo Interterritorial del SNS** ^{F1}. En estos casos, el médico responsable **está obligado a aplicar lo previsto en las instrucciones previas** (art. 9) ^{F1}.

5. Procedimiento: solicitudes, plazos, denegación y control

La solicitud (art. 6). Se hace **por escrito, fechada y firmada** por el paciente, o por cualquier otro medio que deje constancia de su voluntad inequívoca y del momento en que la formula. Si no puede fechar y firmar, puede usar otros medios o **otra persona mayor de edad y plenamente capaz** puede hacerlo en su presencia, explicando por qué el paciente no puede firmar ^{F1}. El documento se firma **en presencia de un profesional sanitario que lo rubricará** (si no es el médico responsable, se lo entrega) y se incorpora a la historia clínica ^{F1}. El solicitante puede **revocar** su solicitud **en cualquier momento** y pedir el **aplazamiento** de la administración ^{F1}. En los casos del art. 5.2, la solicitud la presenta otra persona mayor de edad y capaz con el documento de instrucciones previas; si no hay nadie, **puede presentarla el médico que lo trata**, que puede acceder al documento a través de las personas designadas por la autoridad sanitaria autonómica o por el Ministerio de Sanidad (art. 4.1.d del RD 124/2007) ^{F1}.

Paso	Quién	Plazo (LORE) ^{F1}
Tras la 1.ª solicitud : verificar requisitos 5.1.a, c y d y hacer el proceso deliberativo (diagnóstico, posibilidades terapéuticas, resultados esperables y posibles cuidados paliativos)	Médico responsable	Máximo 2 días naturales ; información también por escrito en máximo 5 días naturales
2.ª solicitud	Paciente	Al menos 15 días naturales después de la primera (menos si la pérdida de capacidad es inminente)
Retomar el proceso deliberativo y resolver dudas	Médico responsable	2 días naturales ; dudas en máximo 5 días naturales
Recabar la decisión de continuar o desistir ; si continúa, comunicarlo al equipo asistencial, especialmente a enfermería (y a los familiares que el paciente señale) y recabar la firma del consentimiento informado	Médico responsable	Una vez transcurridas 24 horas desde el fin del proceso deliberativo (espera obligatoria, no plazo máximo) ^{F12}
Corroborar los requisitos tras estudiar la historia y examinar al paciente ; informe a la historia clínica	Médico consultor	Máximo 10 días naturales desde la 2.ª solicitud; conclusiones al paciente en 24 horas
Comunicar el caso al presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE) para el control previo	Médico responsable	Máximo 3 días hábiles
Designar a un médico y un jurista de la CGE para verificar	Presidente de la CGE	Máximo 2 días

Paso	Quién	Plazo (LORE) ^{F1}
Informe de verificación (si es favorable, sirve de resolución; si discrepan, decide el pleno)	Médico y jurista de la CGE	Máximo 7 días naturales
Trasladar la resolución al médico responsable	Presidente de la CGE	Máximo 2 días naturales
Tras la prestación, remitir el documento primero (identificativo) y el documento segundo (clínico) a la CGE	Médico responsable	Máximo 5 días hábiles
Verificar que la prestación se ajustó a la ley	CGE	Máximo 2 meses

Denegación (art. 7). Las denegaciones **deberán realizarse siempre por escrito y de manera motivada por el médico responsable** ^{F1}. La denegación ha de hacerse **en el plazo máximo de diez días naturales desde la primera solicitud**; contra ella, quien presentó la solicitud puede reclamar ante la CGE **en el plazo máximo de quince días naturales**, y el médico que deniega **está obligado a informarle** de esa posibilidad ^{F1}. Haya o no reclamación, el médico que deniega remite a la CGE, en **5 días** desde la notificación al paciente, los dos documentos del art. 12, con los datos clínicos y el motivo de la denegación por escrito ^{F1}. La fórmula «por escrito o por otro medio que permita dejar constancia» es la de las **solicitudes** (art. 5.1.c), no la de las denegaciones ^{F1}.

Los números de la denegación

Escrito + motivado + médico responsable, en **10** días naturales desde la primera solicitud; el paciente reclama en **15**; la CGE resuelve en **20** ^{F1}.

EIR 2022 · 61

P9 · respuesta en el solucionario

Eutanasia: denegación por escrito en 10 días

Las denegaciones de la prestación de ayuda para morir, reconocida en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia:

1. Deberán realizarse por escrito o por otro medio que permita dejar constancia, y de manera motivada por el médico responsable, en el plazo máximo de diez días naturales desde la primera solicitud.
2. Deberán realizarse por escrito o por otro medio que permita dejar constancia y de manera motivada por el médico responsable, en el plazo máximo de veinte días naturales desde la primera solicitud.
3. Deberán realizarse por escrito y de manera motivada por el médico responsable, en el plazo máximo de diez días naturales desde la primera solicitud.
4. Deberán realizarse por escrito y de manera motivada por el médico responsable, en el plazo máximo de veinte días naturales desde la primera solicitud.

Reclamaciones ante la CGE (art. 18.a). La Comisión resuelve en **veinte días naturales** las reclamaciones contra las denegaciones del médico responsable, las que siguen a un informe desfavorable de sus dos

miembros (sin que estos participen) y los casos elevados al pleno por disparidad de criterios ^{F1}. Si la resolución es favorable, requiere a la **dirección del centro** para que en **siete días naturales** facilite la prestación con otro médico del centro o un equipo externo ^{F1}. Si pasan los veinte días sin resolución, la solicitud **se entiende denegada** y queda abierto el recurso ante la **jurisdicción contencioso-administrativa** ^{F1}. Un informe desfavorable del médico consultor también puede recurrirse ante la CGE ^{F1}.

Realización (art. 11). Tras la resolución positiva, la prestación se hace con el **máximo cuidado y profesionalidad**, con los protocolos correspondientes. Si el paciente está consciente, **comunica al médico responsable la modalidad** en que quiere recibirla ^{F1}. En la administración directa, el médico responsable y el resto de profesionales sanitarios **asisten al paciente hasta el momento de su muerte**; en la autoadministración, tras prescribir la sustancia, mantienen la **debida tarea de observación y apoyo** hasta el fallecimiento ^{F1}.

Naturaleza de los plazos (Manual de buenas prácticas, 2.ª ed., 2026). Los plazos del procedimiento son **máximos y no preclusivos**: superarlos no invalida ni impide seguir la tramitación, salvo que se disponga expresamente. Solo dos plazos son de **transcurso obligatorio**, en garantía del solicitante: los **al menos 15 días** entre la primera y la segunda solicitud y las **24 horas** entre el fin del segundo proceso deliberativo y la manifestación del paciente de continuar ^{F12}. Si el paciente no ha indicado la modalidad, **se opta por la vía intravenosa** ^{F12}. El certificado médico de defunción recoge como **causa inmediata** «Prestación de ayuda para morir (LORE 3/2021)» y como causa inicial o fundamental la patología de base ^{F12}.

La enfermera del equipo asistencial. El Manual le asigna, en coordinación con el médico responsable, estas funciones: **recibir la primera solicitud** firmada (puede hacerlo cualquier profesional sanitario) y remitirla al médico responsable; dar **acompañamiento informativo** sobre sus derechos sin duplicar la información clínica; **apoyar el proceso deliberativo** desde los cuidados, **sin asumir funciones de verificación de requisitos legales ni de decisión clínica**; colaborar en la preparación del entorno y del material; valorar y **canalizar la vía intravenosa** y ejecutar las actuaciones indicadas según la prescripción médica; **asistir al paciente hasta el fallecimiento**; atender después a familia y allegados; informar de los recursos de **duelo**; y realizar los **cuidados post mortem** ^{F12}. Se identifica una **enfermera de referencia**, que puede ser de atención primaria, intermedia u hospitalaria, sujeta al mismo deber de secreto que los médicos responsable y consultor ^{F12}. La Estrategia de Cronicidad sitúa a **atención primaria** como nivel de referencia en la identificación de casos, la información, la tramitación de solicitudes y el acompañamiento clínico y emocional ^{F11}.

Medicamentos (documento anexo al Manual). En la **administración intravenosa** (modalidad 1): premedicación con **midazolam** 5-20 mg, **lidocaína** 40 mg como adyuvante para evitar el dolor de la inyección, inductor del coma (**propofol** 1.000 mg de elección, o **tiopental** 2.000 mg) y, comprobado el coma profundo, un **bloqueante neuromuscular** (atracurio, cisatracurio o rocuronio), que **se administra siempre**, incluso si el paciente ya ha fallecido ^{F13}. En la **autoadministración oral** (modalidad 2): un **antiemético** (metoclopramida u ondansetrón) **una hora antes** y después el inductor del coma, **pentobarbital** 15 g en solución oral (fórmula magistral) ^{F13}.

6. Garantías: cartera común, objeción de conciencia, información y Código Penal

Acceso (arts. 13 y 14). La prestación de ayuda para morir **está incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y es de financiación pública** ^{F1}. Se realiza en **centros sanitarios públicos, privados o concertados, y en el domicilio**, sin que la objeción de conciencia ni el lugar menoscaben el acceso y la calidad asistencial; no pueden intervenir quienes tengan **conflicto de intereses** o resulten beneficiados de la eutanasia ^{F1}. Los centros aseguran la **intimidad** y la **confidencialidad**, con custodia activa de las historias clínicas y medidas de seguridad de nivel alto (art. 15) ^{F1}.

Cuidados paliativos. La ley no los restringe: la información escrita que se entrega al solicitante debe incluir la posibilidad de **acceder a cuidados paliativos integrales** comprendidos en la cartera común (art. 5.1.b), y el proceso deliberativo con el médico responsable trata también los **posibles cuidados paliativos** (art. 8.1) ^{F1}. El Manual de buenas prácticas precisa que el médico debe informar de los cuidados paliativos con la expresa indicación de que **son compatibles con la solicitud y el reconocimiento del derecho** a la prestación; también el rechazo o la retirada de intervenciones y la limitación del esfuerzo terapéutico son compatibles con ella y no son, por sí mismos, causa de denegación ^{F12}.

Objeción de conciencia (art. 16). Los profesionales sanitarios **directamente implicados** en la prestación pueden ejercerla. Es una **decisión individual** que **debe manifestarse anticipadamente y por escrito** ^{F1}. Las administraciones sanitarias crean un **registro de profesionales sanitarios objetores**, sometido al principio de **estricta confidencialidad**, para poder garantizar la gestión de la prestación ^{F1}.

Comisiones de Garantía y Evaluación (arts. 17-19). Hay una en **cada comunidad autónoma** y en **Ceuta y Melilla** (estas, creadas por el Ministerio de Sanidad). Son **multidisciplinares**, con **un mínimo de siete miembros**, entre ellos **personal médico, de enfermería y juristas** ^{F1}. Resuelven reclamaciones, verifican a posteriori cada prestación, detectan problemas, resuelven dudas como órgano consultivo y publican un **informe anual** ^{F1}. Sus miembros tienen **deber de secreto** ^{F1}.

Otras disposiciones. La muerte por la prestación **tiene la consideración legal de muerte natural a todos los efectos** (disposición adicional primera) ^{F1}. Las administraciones deben difundir la ley y **promover la realización del documento de instrucciones previas** (disposición adicional séptima), y el Consejo Interterritorial debía elaborar un **manual de buenas prácticas** (disposición adicional sexta) ^{F1}; su **2.ª edición** la aprobó el Consejo Interterritorial el **10 de julio de 2026** ^{F12}. La disposición final primera reformó el **art. 143 del Código Penal** (apartados 4 y 5) para despenalizar la ayuda para morir prestada conforme a la ley ^{F1 F2}.

Información y autonomía (Ley 41/2002). Los pacientes tienen derecho a conocer **toda la información disponible** sobre su salud, pero además **toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada** (art. 4.1) ^{F3}. La renuncia a la información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros o de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso; cuando el paciente manifiesta expresamente su deseo de no ser informado, **se respeta su voluntad** dejando constancia documental de su renuncia (art. 9.1) ^{F3}. El derecho a la información puede limitarse además por un **estado de necesidad terapéutica** acreditado: la facultad del médico de actuar sin informar antes cuando, por razones objetivas, conocer su situación pueda perjudicar gravemente la salud del paciente, dejando constancia razonada en la historia (art. 5.4) ^{F3}. El médico responsable garantiza el derecho a la información, y también son responsables de informar los profesionales que le atienden o le aplican una técnica (art. 4.3) ^{F3}. El paciente **decide libremente** entre las opciones clínicas y **tiene derecho a negarse al tratamiento**, salvo los casos

determinados en la ley; todo profesional está obligado a **respetar las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente** (art. 2) ^{F3}.

Informar es un deber; no ser informado, un derecho

La información es un **derecho del paciente** y una obligación de los profesionales; el paciente **puede renunciar a ser informado**, con los límites del art. 9.1, y cabe además la **necesidad terapéutica** del art. 5.4 ^{F3}. El paciente puede **negarse al tratamiento** salvo en los casos previstos en la ley, y los profesionales deben **respetar sus decisiones libres y voluntarias** ^{F3}; al final de la vida, el rechazo se respeta **aunque no coincida con el criterio clínico** ^{F6}. Y la eutanasia **sí** está en la cartera común del SNS, sin condicionarla a recibir o no cuidados paliativos, que son **compatibles** con la solicitud ^{F1 F12}.

EIR 2024 · 27

P5 · respuesta en el solucionario

LO 3/2021: derecho a la información

Indique la respuesta correcta con respecto a la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo de regulación de la eutanasia:

1. Los cuidados paliativos se encuentran protegidos y contemplados en todo el proceso asistencial siendo restringida su realización en el caso de petición oficial por parte del paciente de la eutanasia.
2. La prestación de ayuda para morir no entra dentro de la cartera de prestaciones del sistema nacional de salud salvo en los casos en que el paciente esté recibiendo cuidados paliativos.
3. La autonomía decisoria de la persona debe de ser respetada en todo momento, salvo en los casos que tal decisión contravenga las recomendaciones y criterios clínicos del personal sanitario.
4. La información al paciente sobre su situación en materia de salud es una obligación por parte del personal sanitario y un derecho de cada paciente salvo en el caso que el paciente rechace que se le informe.

7. Instrucciones previas (Ley 41/2002 y Registro nacional)

El **artículo 11 de la Ley 41/2002**, básica reguladora de la autonomía del paciente, regula el documento de **instrucciones previas** (recibe otros nombres: documento de voluntades anticipadas, declaración vital anticipada, expresión anticipada de voluntades... ^{F4}; la LORE habla también de **testamento vital** ^{F1}, término que la OMC-SECPAL considera especialmente inadecuado ^{F7}) ^{F3}.

Apartado	Contenido (art. 11 Ley 41/2002) ^{F3}
11.1 Definición	Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad , para que se cumpla cuando llegue a situaciones en que no sea capaz de expresarla personalmente , sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos . Puede designar además un representante que sirva de interlocutor con el médico o el equipo sanitario
11.2 Forma	Cada servicio de salud regula el procedimiento para garantizar su cumplimiento; deben constar siempre por escrito
11.3 Límites	No se aplican las contrarias al ordenamiento jurídico , a la lex artis , ni las que no correspondan con el supuesto de hecho previsto; en la historia clínica queda constancia razonada
11.4 Revocación	Pueden revocarse libremente en cualquier momento , dejando constancia por escrito
11.5 Registro	Se crea en el Ministerio el Registro nacional de instrucciones previas para asegurar su eficacia en todo el territorio

No es un «dato complementario»

Las instrucciones previas se **cumplen** cuando la persona ya no puede expresarse, dentro de los tres límites del art. 11.3 (ordenamiento, lex artis y supuesto de hecho) ^{F3}. Abarcan **cuidados y tratamiento** y también el **destino del cuerpo y los órganos**, no solo esto último ^{F3}. Y sí se han llevado a efecto: la ley se ha desarrollado **en todas las comunidades autónomas** con distintas denominaciones ^{F7}, y el Registro nacional recoge las inscripciones de los registros autonómicos ^{F4}.

Instrucciones previas: definición (Ley 41/2002)

La ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en su artículo 11, habla de Instrucciones Previas, o Testamento Vital o Directrices Anticipadas. ¿Para qué sirve ese documento?:

1. Aunque se menciona en la Ley, no se ha llevado a efecto en las Comunidades Autónomas por lo complejo de su ejecución.
2. Por este documento, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en que no sea capaz de expresarla personalmente, sobre cuidados y tratamiento de su salud o el destino de su cuerpo y órganos si fallece.
3. Por este documento, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, aunque el facultativo que le atienda, no tiene que darle más importancia que aun dato complementario.
4. Por este documento, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad sobre el destino de su cuerpo y órganos cuando fallezca.

El **Real Decreto 124/2007** creó el **Registro nacional de instrucciones previas**, adscrito al Ministerio de Sanidad, que recoge las inscripciones practicadas en los **registros autonómicos** ^{F4}. Su preámbulo presenta el documento como **expresión del respeto a la autonomía** de las personas, que no solo influye en las decisiones futuras sino que **facilita a los profesionales** decidir respetando la voluntad del enfermo cuando ya no puede decidir ^{F4}. Una vez inscritas en el registro autonómico, las instrucciones se comunican al nacional por vía telemática **en siete días**, con copia del documento ^{F4}.

Pueden acceder al Registro nacional el **otorgante**, sus **representantes** legales o designados, los responsables de los registros autonómicos y las personas designadas por la autoridad sanitaria autonómica o por el Ministerio; estos accesos por vía telemática se hacen **previa solicitud del facultativo que esté tratando al otorgante**; quienes acceden están sujetos al **deber de secreto** ^{F4}. Según el anexo del real decreto, la declaración se formaliza **ante notario, ante testigos o ante la Administración**, y su materia puede ser cuidados y tratamiento, destino del cuerpo o de los órganos y, desde el Real Decreto 415/2022, la **prestación de ayuda para morir** ^{F4}. La LORE permite solicitar la eutanasia mediante este documento cuando la persona está en situación de incapacidad de hecho ^{F1}.

La OMC-SECPAL precisa que el documento de instrucciones previas **no sustituye la comunicación continua y adecuada del médico con su paciente** mientras este conserve la capacidad de decidir ^{F7}. La ley valenciana permite otorgarlo a toda persona mayor de edad **o menor emancipada**, capaz y libre, y añade que, en caso de contradicción entre lo manifestado por el **paciente no incapacitado** y por su representante, **prevalece siempre la voluntad del paciente** ^{F6}.

8. Planificación anticipada de decisiones y derechos al final de la vida

La **Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS, Documento de Desarrollo 2025-2028**, dedica su línea estratégica 5 a la atención al final de la vida, que debe ser **humanizada, integral y centrada en la persona**, con especial relevancia de la calidad de vida, el alivio del sufrimiento y el acompañamiento emocional ^{F11}. En su apartado 5.3 promueve la **planificación anticipada de decisiones (PAD)** como **un proceso estructurado de comunicación entre profesionales sanitarios, pacientes y personas de su entorno, orientado a anticipar decisiones clínicas en el proceso final de vida**, especialmente ante la pérdida de capacidad para decidir, para alinear la atención con los valores, preferencias y objetivos vitales de la persona conforme a la Ley 41/2002 ^{F11}.

La PAD **incluye la posibilidad** de formalizar las voluntades mediante **documentos de instrucciones previas**, que deben ser accesibles en todos los niveles asistenciales: el documento es una herramienta posible dentro del proceso, no el proceso ^{F11}. El **equipo de atención primaria** tiene un papel clave en identificar las situaciones que lo requieren y en la información, orientación, acompañamiento y revisión según la evolución, y la estrategia pide integrarlo en la historia clínica y en los protocolos, **especialmente en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas** o al final de la vida ^{F11}. La misma línea asigna a **enfermería** un papel esencial como referencia en la atención directa y en la coordinación de los cuidados al final de la vida ^{F11}.

La ley valenciana 16/2018 define la PAD como un **proceso voluntario de comunicación y deliberación** entre una persona capaz y el personal sanitario sobre los valores, deseos y preferencias que quiere que se tengan en cuenta en su atención, sobre todo en los momentos finales de su vida, con la finalidad de elaborar **un plan conjunto** para cuando pierda la capacidad de decidir ^{F6}. El proceso queda recogido en la historia clínica y en él participan, si la persona lo desea, familiares, representantes u otras personas de su entorno ^{F6}. La OMC-SECPAL habla de **planificación anticipada de los cuidados**, que puede incluir la comprensión de la enfermedad, valores y creencias, preferencias de tratamiento, intervenciones que autoriza o rechaza y la designación de un representante ^{F7}.



PAD: proceso, no papeleo

La PAD es un **proceso estructurado de comunicación** entre profesionales, paciente y entorno para **anticipar decisiones clínicas** al final de la vida ^{F11}. Las instrucciones previas son solo una **posibilidad** dentro de ella, y el **equipo de atención primaria** tiene un papel clave en identificar los casos, informar, acompañar y revisar ^{F11}. Es, por tanto, un proceso de comunicación, no un trámite centrado en documentos legales ni una derivación a paliativos ^{F11}.

Planificación anticipada de decisiones

Según la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS), Documento de Desarrollo 2025-2028, ¿qué opción describe mejor la planificación anticipada de decisiones en personas con enfermedades crónicas avanzadas?:

1. Procedimiento formal centrado en la cumplimentación de documentos legales.
2. Proceso estructurado de comunicación entre profesionales, pacientes y entorno para anticipar decisiones clínicas en el final de la vida.
3. Mecanismo de derivación clínica a programas específicos de cuidados paliativos.
4. Herramienta aplicada en contextos hospitalarios para pacientes con enfermedades terminales.

Derechos de la persona en el proceso final de la vida (Ley 16/2018 de la Comunitat Valenciana). Su preámbulo afirma que **los cuidados en la atención de las personas al final de la vida no acortan ni prolongan la vida, sino que adecúan el tratamiento al objetivo primero y principal de aliviar su sufrimiento** ^{F6}. Entre sus principios está **el respeto a la libertad, la autonomía personal y su voluntad** en cuanto a deseos, prioridades y valores; y reconoce el derecho a **cuidados paliativos integrales de calidad, con el máximo respeto a su autonomía y a su dignidad**, y a la atención que prevenga y **alivie el sufrimiento, el dolor y otros síntomas** ^{F6}. La ley andaluza obliga a los profesionales a ofrecer las intervenciones necesarias para garantizar el **adecuado cuidado y confort** del paciente ^{F5}.

- **Información:** derecho a recibir la información clínica de manera accesible, comprensible y adecuada, con oportunidad de preguntar ^{F6}.
- **Rechazo de la información:** si, pese al ofrecimiento explícito, la persona **rechaza voluntariamente ser informada, se respeta su decisión**, haciéndole ver su trascendencia y la posibilidad de designar a quien le represente ^{F6}.
- **Rechazo y retirada de tratamientos:** derecho a rechazar las intervenciones propuestas tras informarse, **aunque suponga un riesgo para su vida**, y a solicitar la **interrupción de los tratamientos ya instaurados** ^{F6}.
- El rechazo o la retirada de una intervención **debe ser respetado a pesar de no coincidir con el criterio clínico**, y no supone menoscabo del resto de la atención, especialmente la destinada a paliar el sufrimiento ^{F6}.
- **Menores:** reciben información adaptada a su edad y madurez y **sus opiniones son escuchadas y tenidas en cuenta**; si no pueden comprender, consiente su representante legal después de escucharles; con **16 años cumplidos** o emancipados no cabe el consentimiento por representación ^{F6}.
- **Instrucciones previas:** se aplican salvo que sean contrarias al **ordenamiento jurídico**, a la **lex artis** o no correspondan al supuesto de hecho previsto; no hay una excepción para los tratamientos que alargan la vida ^{F3}.

Deber ético en el final de la vida: aliviar sufrimiento

Indique la respuesta correcta en relación al deber ético de velar para que en el proceso final de la vida se respete la dignidad de la persona y sus deseos legítimos en el acto sanitario:

1. En el caso que el paciente haya realizado un Documento de Instrucciones Previas, Testamento Vital o Voluntades Anticipadas, lo indicado en dicho documento debe primar en todo acto derivado de la relación asistencial salvo en los casos en los cuáles se proporcionen tratamientos y alternativas terapéuticas que alarguen la vida de los pacientes.
2. Los cuidados al final de la vida adecúan las acciones y tratamientos al objetivo principal de aliviar el sufrimiento del paciente y conseguir la máxima confortabilidad respetando sus derechos legítimos; representando el máximo exponente del principio bioético de autonomía decisoria.
3. La persona que se encuentra en el proceso de final de la vida tiene derecho a recibir información clínica de forma comprensible, adecuada y en términos comprensibles y, dada la trascendencia de dicha información, no existe en éste caso la posibilidad de rechazo a la información por parte del paciente.
4. La persona que se encuentre en el proceso final de la vida tiene en todo momento el derecho a recibir información adecuada a sus deseos, comprensión del lenguaje y adaptada a su situación actual. Su deseo de rechazo a la retirada de un tratamiento sólo se podrá realizar según la ley si coincide con el criterio clínico.

Todas las preguntas del tema (11)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2026 · 144

P1 · respuesta en el solucionario

Si un paciente de 70 años, diagnosticado de esclerosis lateral amiotrófica en fase avanzada, recibe de un amigo una medicación que él mismo se administra para producir su muerte, ¿qué término describe lo sucedido?:

1. Eutanasia.
2. Suicidio asistido.
3. Ayuda al suicidio.
4. Homicidio.

EIR 2026 · 109

P2 · respuesta en el solucionario

Según la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS), Documento de Desarrollo 2025-2028, ¿qué opción describe mejor la planificación anticipada de decisiones en personas con enfermedades crónicas avanzadas?:

1. Procedimiento formal centrado en la cumplimentación de documentos legales.
2. Proceso estructurado de comunicación entre profesionales, pacientes y entorno para anticipar decisiones clínicas en el final de la vida.
3. Mecanismo de derivación clínica a programas específicos de cuidados paliativos.
4. Herramienta aplicada en contextos hospitalarios para pacientes con enfermedades terminales.

EIR 2025 · 19

P3 · respuesta en el solucionario

Indique la respuesta correcta con respecto a los derechos y deberes del paciente y el profesional en el proceso de petición de ayuda para morir en el contexto de la Ley Orgánica del 3/2021 de 24 de marzo de regulación de la eutanasia:

1. La petición de ayuda para morir es un derecho que actualmente contempla la ley y debe respetarse siempre que el paciente haya realizado previamente un Documento de Instrucciones Previas, Testamento Vital o Voluntades Anticipadas.
2. La prestación de ayuda para morir está basada en la decisión de los profesionales sanitarios directamente implicados en el proceso, basándose en los principios bioéticos de No Maleficencia y Justicia.
3. En el contexto de prestación de ayuda para morir priman los deseos legítimos de la persona solicitante, expresados en un contexto de libertad de decisión y de respeto a la dignidad de la persona y su autonomía.
4. La prestación de ayuda para morir se asienta en la actuación de los profesionales sanitarios que, de una forma consensuada con la persona solicitante, producen la muerte de la misma de manera indirecta, no siendo necesaria en todos los casos una relación causa-efecto.

Indique la respuesta correcta con respecto a la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET):

1. La AET implica una limitación del tratamiento y de los cuidados del paciente con el objetivo de acortar el proceso de la muerte, pudiéndose aplicar medidas extraordinarias de tratamiento en el caso de decisión del equipo de profesionales sanitarios responsable.
2. Los ítems de calidad en el proceso de AET pasan por la toma de decisiones centradas en el paciente y su familia, la continuidad de los cuidados y el soporte emocional necesario.
3. La AET determina una implicación de todo el equipo asistencial, paciente, familiares y representantes legales en cuya decisión final consensuada, primará la decisión de los profesionales sanitarios en un contexto de respeto al principio bioético de Beneficencia.
4. La AET debe comenzar desde el punto de vista legal y de la ética asistencial en los últimos momentos de vida de la persona, cuando ésta entra en el proceso de agonía.

Indique la respuesta correcta con respecto a la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo de regulación de la eutanasia:

1. Los cuidados paliativos se encuentran protegidos y contemplados en todo el proceso asistencial siendo restringida su realización en el caso de petición oficial por parte del paciente de la eutanasia.
2. La prestación de ayuda para morir no entra dentro de la cartera de prestaciones del sistema nacional de salud salvo en los casos en que el paciente esté recibiendo cuidados paliativos.
3. La autonomía decisoria de la persona debe de ser respetada en todo momento, salvo en los casos que tal decisión contravenga las recomendaciones y criterios clínicos del personal sanitario.
4. La información al paciente sobre su situación en materia de salud es una obligación por parte del personal sanitario y un derecho de cada paciente salvo en el caso que el paciente rechace que se le informe.

Indique la respuesta correcta en relación al deber ético de velar para que en el proceso final de la vida se respete la dignidad de la persona y sus deseos legítimos en el acto sanitario:

1. En el caso que el paciente haya realizado un Documento de Instrucciones Previas, Testamento Vital o Voluntades Anticipadas, lo indicado en dicho documento debe primar en todo acto derivado de la relación asistencial salvo en los casos en los cuáles se proporcionen tratamientos y alternativas terapéuticas que alarguen la vida de los pacientes.
2. Los cuidados al final de la vida adecúan las acciones y tratamientos al objetivo principal de aliviar el sufrimiento del paciente y conseguir la máxima confortabilidad respetando sus derechos legítimos; representando el máximo exponente del principio bioético de autonomía decisoria.
3. La persona que se encuentra en el proceso de final de la vida tiene derecho a recibir información clínica de forma comprensible, adecuada y en términos comprensibles y, dada la trascendencia de dicha información, no existe en éste caso la posibilidad de rechazo a la información por parte del paciente.
4. La persona que se encuentre en el proceso final de la vida tiene en todo momento el derecho a recibir información adecuada a sus deseos, comprensión del lenguaje y adaptada a su situación actual. Su deseo de rechazo a la retirada de un tratamiento sólo se podrá realizar según la ley si coincide con el criterio clínico.

Atendiendo a Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla determinados requisitos. Seleccione la respuesta correcta:

1. Tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a seis meses, tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.
2. Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico y las diferentes alternativas y posibilidades de actuación de terapias curativas, comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.
3. Haber formulado una solicitud de manera voluntaria y por escrito y sufrir una enfermedad incurable, certificada por el médico responsable.
4. Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente.

¿Cuál es uno de los requisitos que debe reunir y acreditar el paciente solicitante de eutanasia en España, para recibir la prestación de ayuda para morir?:

1. Sufrir una enfermedad grave y tener nacionalidad española o residencia legal durante al menos 24 meses.
2. Tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses.
3. Certificado de residencia en España durante un periodo de 2 años, o mayor.
4. Certificar una enfermedad crónica durante al menos 12 meses.

Las denegaciones de la prestación de ayuda para morir, reconocida en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia:

1. Deberán realizarse por escrito o por otro medio que permita dejar constancia, y de manera motivada por el médico responsable, en el plazo máximo de diez días naturales desde la primera solicitud.
2. Deberán realizarse por escrito o por otro medio que permita dejar constancia y de manera motivada por el médico responsable, en el plazo máximo de veinte días naturales desde la primera solicitud.
3. Deberán realizarse por escrito y de manera motivada por el médico responsable, en el plazo máximo de diez días naturales desde la primera solicitud.
4. Deberán realizarse por escrito y de manera motivada por el médico responsable, en el plazo máximo de veinte días naturales desde la primera solicitud.

La ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en su artículo 11, habla de Instrucciones Previas, o Testamento Vital o Directrices Anticipadas. ¿Para qué sirve ese documento?:

1. Aunque se menciona en la Ley, no se ha llevado a efecto en las Comunidades Autónomas por lo complejo de su ejecución.
2. Por este documento, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en que no sea capaz de expresarla personalmente, sobre cuidados y tratamiento de su salud o el destino de su cuerpo y órganos si fallece.
3. Por este documento, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, aunque el facultativo que le atienda, no tiene que darle más importancia que aun dato complementario.
4. Por este documento, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad sobre el destino de su cuerpo y órganos cuando fallezca.

La limitación del esfuerzo terapéutico se refiere a:

1. La sedación paliativa.
2. El suicidio asistido.
3. Al rechazo al tratamiento.
4. Al no encarnizamiento terapéutico.
5. A la terapia del doble efecto.

Solucionario

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 144	3	
P2	EIR 2026 · 109	2	
P3	EIR 2025 · 19	3	
P4	EIR 2025 · 18	2	
P5	EIR 2024 · 27	4	
P6	EIR 2024 · 25	2	
P7	EIR 2023 · 148	4	hoja del archivo oficial
P8	EIR 2022 · 165	2	
P9	EIR 2022 · 61	3	
P10	EIR 2018 · 2	2	hoja del archivo oficial
P11	EIR 2015 · 39	4	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. BOE núm. 72, de 25 de marzo de 2021 (texto consolidado; última actualización publicada el 25-3-2021). · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-4628> · consultada 2026-09-27
- **F2** Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE (texto consolidado, última actualización publicada el 9-4-2026), art. 143 (apartados 4 y 5 en la redacción de la LO 3/2021, en vigor desde el 25-6-2021). · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444> · consultada 2026-09-27
- **F3** 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. BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002 (texto consolidado, última actualización publicada el 1-3-2023), arts. 2, 4, 9 y 11. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188> · consultada 2026-09-27
- **F4** Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. BOE (texto consolidado, última actualización publicada el 1-6-2022, por el Real Decreto 415/2022). · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-3160> · consultada 2026-09-27
- **F5** Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte (Andalucía). BOE núm. 127, de 25 de mayo de 2010 (texto consolidado), preámbulo y arts. 5 y 21. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-8326> · consultada 2026-09-27
- **F6** Ley 16/2018, de 28 de junio, de la Generalitat, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida (Comunitat Valenciana). BOE núm. 183, de 30 de julio de 2018 (texto consolidado), preámbulo y arts. 4, 5, 7, 10-14 y 17. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-10760> · consultada 2026-09-27
- **F7** Grupo de trabajo «Atención médica al final de la vida» OMC-SECPAL (Gómez-Sancho M, coord., et al.). Atención médica al final de la vida: conceptos y definiciones. Gaceta Médica de Bilbao 2015;112(4):216-218. · <https://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/38/39> · consultada 2026-09-27
- **F8** Comité de Bioética de España. Informe sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación. 2020. · <https://comitedebioetica.isciii.es/wp-content/uploads/2023/10/Informe-CBE-final-vida-y-la-atencion-en-el-proceso-de-morir.pdf> · consultada 2026-09-27
- **F9** Monzón Marín JL, Saralegui Reta I, Abizanda i Campos R, et al., Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. Medicina Intensiva 2008;32(3):121-133 (tabla 2, dominios de calidad de Clarke et al., Crit Care Med 2003). Edición en SciELO España (ISCIII). · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912008000300004 · consultada 2026-09-27
- **F10** Estella Á, Saralegui I, Rubio Sanchiz O, Hernández-Tejedor A, et al., Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC. Puesta al día y recomendaciones en la toma de decisiones de limitación de tratamientos de soporte vital. Medicina Intensiva 2020;44(2):101-112. DOI 10.1016/j.medin.2019.07.006. · <https://www.medintensiva.org/es-puesta-al-dia-recomendaciones-toma-avance-S0210569119301858> · consultada 2026-09-27
- **F11** Ministerio de Sanidad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Documento de Desarrollo 2025-2028. 2025 (línea estratégica 5, apartados 5.1-5.7). ·

https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/20250704_EAC_DOCUMENTO-DESARROLLO_2025-2028_Final.pdf · consultada 2026-09-27

- **F12** Ministerio de Sanidad / Consejo Interterritorial del SNS. Manual de buenas prácticas en eutanasia. 2.^a edición, 2026 (aprobado el 10 de julio de 2026), apartados 4.3, 5.3 y 6. · https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/eutanasia/docs/2026_Manual_BBPP_2ed_eutanasia.pdf · consultada 2026-09-27
- **F13** Ministerio de Sanidad. Manual de buenas prácticas en eutanasia. Recomendaciones sobre los medicamentos a administrar durante la realización de la prestación (documento enlazado en la web oficial de eutanasia del Ministerio, consultado en 2026). · https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/eutanasia/docs/Medicamentos_a_administrar_en_la_realizacion_de_la_prestacion.pdf · consultada 2026-09-27

Pendiente de verificar

- EIR2024-025: que los cuidados al final de la vida representen «el máximo exponente del principio bioético de autonomía decisoria» (parte de la opción oficial) no lo dice literalmente ninguna fuente leída; la Ley 16/2018 dice que adecúan el tratamiento al objetivo de aliviar el sufrimiento y habla del máximo respeto a la autonomía en los cuidados paliativos. La sección permite responder por exclusión de las otras tres opciones.
- Requisitos formales de las instrucciones previas en cada comunidad autónoma (número de testigos, incompatibilidades, registro autonómico): no revisados; el tema recoge solo las tres vías de formalización del anexo del RD 124/2007.
- La 1.^a edición (2021) del Manual de buenas prácticas en eutanasia ya no está en la web del Ministerio; el tema usa la 2.^a edición de 2026, así que no se ha podido comparar qué cambió entre ambas (p. ej., las funciones de la enfermera del equipo asistencial).