

ANÁLISIS ESTADÍSTICO COMPARATIVO DE LA EUTANASIA EN EL MUNDO: POSIBLES TENDENCIAS*

COMPARATIVE STATISTICAL ANALYSIS OF EUTHANASIA WORLDWIDE: POSSIBLE TRENDS

ANÁLISE ESTATÍSTICA COMPARATIVA DA EUTANÁSIA NO MUNDO: POSSÍVEIS TENDÊNCIAS

Francisco Javier Aznar Sala¹

Ángel Garrido Vila²

Paula Cano Mollá³

RESUMEN

El presente artículo se centra en el análisis estadístico de la eutanasia en aquellos países donde ha sido aprobada la ley, con especial atención al caso español, y con un objetivo comparativo. Se aborda el fenómeno de la posible “pendiente resbaladiza” en aquellos países donde ha sido implementada en el marco de una comparativa global que permita establecer pautas y sinergias en los distintos lugares desde su desarrollo. El análisis ha sido trabajado desde fuentes primigenias que permiten recoger los últimos datos.

PALABRAS CLAVE: eutanasia; suicidio asistido; cuidados paliativos; Bioética; indicadores (estadística).

DOI: 10.5294/pebi.2025.29.1.3

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO

Aznar Sala FJ, Garrido Vila Á, Cano Mollá P. Análisis estadístico comparativo de la eutanasia en el mundo: posibles tendencias. *Persona y Bioética*. 2025;29(1):e2913. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2025.29.1.3>

* Este artículo es derivado de la tesis de maestría “Valoración de la eutanasia desde el prisma bioético. Comparativa mundial” presentada en el Máster de Bioética de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Disponible en <https://www.observatoribioetica.org/trabajos-fin-de-master>

1 <https://orcid.org/0000-0003-0510-0425>. Universidad Católica de Valencia, España. xaviarnar2@gmail.com

2 <https://orcid.org/0009-0004-1436-7775>. Conselleria de Educació, Cultura, Universidades y Empleo, Generalitat Valenciana, España. angelgavi@gmail.com

3 <https://orcid.org/0009-0002-1221-4914>. Universidad Católica de Valencia, España. pacamo@mail.ucv.es

RECEPCIÓN: 04/09/2024

ENVÍO A PARES: 04/09/2024

APROBACIÓN POR PARES: 04/09/2025

ACEPTACIÓN: 23/09/2025

ABSTRACT

This article focuses on the statistical analysis of euthanasia in countries where it has been legalized, with particular emphasis on the Spani, and aims to provide a comparative analysis. The phenomenon of the potential slippery slope in countries where it has been implemented is addressed within the framework of a global comparison that allows us to establish patterns and synergies across different countries since its implementation. The analysis was based on primary sources that allow us to collect the most recent data.

KEYWORDS: Euthanasia; assisted suicide; palliative care; Bioethics; indicators (statistics).

RESUMO

O presente artigo centra-se na análise estatística da eutanásia nos países onde a legislação foi aprovada, com especial atenção ao caso espanhol e com um objetivo comparativo. Aborda-se o fenómeno do possível “declínio escorregadio” nos países onde foi implementada, no âmbito de uma comparação global que permite identificar padrões e potenciais sinergias entre as diferentes jurisdições desde a implementação dessas legislações. A análise foi realizada a partir de fontes primárias que fornecem os dados mais recentes.

PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DECS): eutanásia, suicídio assistido, cuidados paliativos, bioética; Indicadores (estatística).

INTRODUCCIÓN

La eutanasia es una práctica aceptada y legislada en algunos países, por lo que se ha considerado oportuno realizar un estudio que permita comprender los dígitos actuales de esta práctica médica y establecer posibles líneas de comprensión y sinergia sobre su aplicación en los distintos lugares donde se ha legislado. La creciente aceptación de la eutanasia en el mundo, y particularmente en España, comporta innumerables cuestiones que todavía necesitan un mayor estudio y sistematización, que a la postre conduzca a análisis bioéticos, pero en primer lugar se ha deseado plasmar un estudio estadístico que permita a ayudar a tal fin a corto plazo.

Además, se desea visualizar la posible “pendiente resbaladiza” que pueda darse en dicha praxis, cosa que implica la permisible aplicación de la eutanasia a enfermos que no se encuentren en la fase terminal de su enfermedad y en los casos prescritos desde la legislación inicial, sino que ensancha a supuestos inicialmente no prescritos. Por ello, se han querido analizar los datos que se están dando en aquellos lugares donde se ha implementado dicha práctica hasta la fecha, incidiendo comparativamente en el naciente caso español y así comprender algunas pautas que arrojen algo de luz a ulteriores debates.

CONTEXTO DE LA EUTANASIA

Los países elegidos para establecer una comparativa con el incipiente caso español han sido aquellos donde primero se ha aprobado y legislado la práctica, y que permitan establecer posibles paralelismos posteriores. Los países en cuestión son: Países Bajos, Bélgica y el estado norteamericano de Oregón, por ser los pioneros y desde los cuales se puede comprender mejor hacia dónde

pueden derivar los lugares donde se vaya aplicando. Por “pendiente resbaladiza” (PR) se entiende la tesis dentro del ámbito de la Bioética que apunta a las consecuencias previsibles —y evitables, por tanto— que pueden darse si se legislan favorablemente algunas prácticas que pretendan dar fin a la vida humana dentro de lo que se entiende como su ciclo natural y no una muerte deliberadamente provocada. No se va a incidir metodológicamente en dicha PR en este estudio, sino únicamente comprender si los datos extraídos apuntan a ella.

Enfoque holístico

El debate acerca de los tratamientos sobre el final de la vida se explica desde los grandes cambios sociales y médicos relacionados con el hecho de enfermar y, a la vez, con el aumento de la esperanza de vida que se ha producido a lo largo de los siglos XX y XXI en los países occidentales. Mientras que, durante la primera mitad del siglo XX, la enfermedad poseía connotaciones distintas a las de ahora (1), a partir de la segunda mitad de dicho siglo mejoró notablemente el control de la enfermedad y se produjo un aumento notable de la esperanza de vida (2), otra cosa es la calidad de esta cuando acaece la enfermedad. Así, se puede comprobar cómo, por ejemplo, en España la esperanza de vida pasó de los 62 años en 1940 a los 82 años en 2020 (3). Una vida más larga implica por tanto la posibilidad de una enfermedad más duradera y, por ello, una calidad de vida que no guarda parangón entre el periodo de vida saludable y el instante de la enfermedad final (1).

Así, cuando la vida parece llegar a su fin natural, surgen diversas opciones desde el punto de vista legislativo (de aquellas naciones que han aprobado la eutanasia) para afrontar las patologías que puedan suscitarse de

una u otra forma. La medicina, como es natural, juega un rol crucial en el manejo clínico de las personas al final de su vida (1). Los posibles métodos oscilan desde medidas específicas para enfermedades particulares, hasta aquellas que buscan una muerte rápida y eficaz si no se halla una solución satisfactoria para el enfermo y su patología. La familia, también es cierto, tiene un rol importante, condicionando la voluntad del paciente en la posible elección final, pues la soledad y el sinsentido del sufrimiento poseen un papel crucial en el enfermo (1). Aquí entran en conflicto, no pocas veces, la autonomía del enfermo con la decisión final, muchas veces supeditada a la voluntad y el deseo de sus familiares (4).

La eutanasia viene del prefijo griego *eu*, que significa bueno o fácil, y el vocablo *thánatos*, que significa muerte. Por lo tanto, eutanasia sería una buena muerte o muerte dulce. En realidad, y desde la praxis médica, es la acción médica deliberada que busca provocar la muerte directa del enfermo por motivos de piedad en aquellas personas que, sufriendo una enfermedad terminal, lo solicitan para poner fin a su sufrimiento (5). Por lo que se refiere a la Ley Orgánica 3/2021, del 24 de marzo de 2021, de regulación de la eutanasia en España, en su artículo 3º, define a la eutanasia del siguiente modo:

[...] se entenderá por eutanasia la actuación realizada por un profesional sanitario en el ámbito de sus competencias, a petición expresa, seria e inequívoca del paciente, que cumpla los requisitos y condiciones establecidos en esta ley, con la finalidad exclusiva de procurar a este una muerte digna, sin sufrimientos físicos o psíquicos innecesarios (6).

La eutanasia, por ello, se divide entre pasiva y activa. La “eutanasia pasiva” consiste en la retirada del tratamiento médico, con el fin de permitir que la muerte del paciente ocurra de forma natural por omisión de la medicina. De este modo no se administra ninguna sustancia o acción para provocar la muerte, sino que se deja que el proceso natural de la enfermedad siga su curso. A la vez, la “eutanasia activa”, que a su vez se divide en “directa” e “indirecta”, tiene connotaciones diversas. La eutanasia directa tiene como objeto la intervención deliberada para provocar la muerte del paciente, mientras que la eutanasia indirecta supone la administración de un tratamiento médico, cuyo principal objetivo es aliviar el dolor o el sufrimiento del paciente, aunque este tratamiento pueda producir como efecto secundario la muerte del paciente. A partir de ahora, cuando se hable de eutanasia en este estudio, el texto se ceñirá a la eutanasia activa y directa para no incurrir en confusión.

El procedimiento para acceder a la eutanasia es que un sujeto enfermo adulto y competente para tomar sus propias decisiones, además de tener una enfermedad terminal o un sufrimiento insostenible sin posibilidad de sanación o de experimentar mejoría con tratamientos previos, la pida de forma explícita. El médico debe informar previamente al enfermo acerca de su diagnóstico, pronóstico y de las alternativas que se le presentan en su ciclo vital. El médico ha de estar a su vez convencido de que el sufrimiento del paciente resulta insostenible, que no hay tratamiento posible y que se verifique que el paciente es competente y libre en su decisión. Por último, se debe comunicar la voluntad de este a autoridades y familiares (7).

Para realizar la eutanasia, es imprescindible la intervención de un agente externo, concretamente un médico,

que administra a un paciente una dosis (o no) de un medicamento, con el fin de provocar una muerte rápida e indolora. Es importante señalar que la petición sea solicitada de forma explícita por el propio paciente o, según qué casos, por el círculo familiar más íntimo. Se habla aquí de eutanasia voluntaria y, en caso de no poder decidir el enfermo, sería su representante legal y, por tanto, eutanasia no voluntaria. Otro aspecto para tener en cuenta es que, si el médico prescribe una dosis letal de un fármaco para que se lo autoadministre el paciente, no se estaría hablando de eutanasia sino de suicidio médicamente asistido (SMA).

Se debe diferenciar entre administrar y prescribir, pues aquí radica la diferencia entre eutanasia y SMA. Aunque comúnmente se puedan confundir, tienen diferencias éticas y jurídicas importantes. A modo de ejemplo, hay que señalar que en las leyes estatales de Estados Unidos que regulan el SMA, se hace con la intención ética de que ni los médicos ni cualquier otra persona participen en este proceso, para evitar cualquier responsabilidad derivada o por cuestiones de conciencia. En el estado de Oregón, por ejemplo, se permite el SMA, pero se prohíbe explícitamente la eutanasia, mientras que en Países Bajos se permiten ambas alternativas y en Bélgica solamente se regula la eutanasia (8).

La eutanasia en Países Bajos

La legalización de la eutanasia en Países Bajos es pionera en el Viejo Continente y sirve de guía para referenciar estos estudios desde la base. En los años setenta del siglo XX, se aplicaba un modelo de eutanasia activa en Países Bajos y ello resulta útil para establecer un paralelismo con otros lugares donde se ha aprobado dicha ley, pues

sirve como referencia objetiva de cuáles han sido sus dígitos, directrices y posibles derivas.

La despenalización de la eutanasia y el SMA es el resultado de un largo camino judicial que se inició a principios de la década de los 70 con el caso Postma, médico que suministró una inyección letal a su madre de 78 años con una grave enfermedad terminal. Posteriormente, en 1984, se juzgó el caso Schoonhein, un médico que aplicó la eutanasia a una mujer de 93 años que la solicitó previamente. Debido a todos estos conflictos que se trasladaron al ámbito jurídico y a la prensa de todo el mundo, se abrió un intenso debate en la sociedad y, sobre todo, entre el colectivo médico que reclamaba una normativa sobre la eutanasia. El 6 de agosto de 1999 se presentó, en el Parlamento holandés, el proyecto de ley sobre la eutanasia. Después de año y medio de tramitación parlamentaria se aprobó la ley de “Verificación de la terminación de la vida a petición propia y auxilio del suicidio”, entrando en vigor el 1 de abril de 2002 (9).

Desde que se aprobó la ley, los casos han ido aumentando progresivamente desde el año 2002 hasta la actualidad, pasando de 1882 casos en el año 2002 a 6091 en el año 2016 y a los casi 6500 casos en 2025. Incluso aquellas zonas menos favorables a dicha práctica han ido situándose al mismo nivel que las zonas de mayor porcentaje y la práctica se ha ido universalizando con el paso del tiempo en el país. Es verdad que siguen dándose diferencias en ciudades tan significativas como Ámsterdam o Rotterdam, donde la primera pasa por ser un claro ejemplo de muerte asistida y en la segunda no se alcanzan los mismos dígitos que en la capital holandesa, pero aun así los porcentajes van en claro aumento. La proporción también depende de la variable demográfica y de la edad de aquellos que la solicitan, además de la

percepción de un estado de salud que se vuelve cada vez más subjetivo y de algún tipo de valor religioso o ético que acompañe al paciente.

Se están observando casos de enfermos que solicitan la eutanasia o el SMA, incluso cuando no poseen una enfermedad calificada como terminal y que esta podría ser tratada. Algunos son derivados de cáncer, pero otras provienen de patologías psiquiátricas como la demencia, entre otras; sin embargo, se está barajando la posibilidad de hacer la ley todavía más amplia y permitir a personas de avanzada edad que califiquen su vida como “completa” o que simplemente estén “cansadas de vivir”, para que puedan poner fin a su ciclo vital (10).

Desde los estudios realizados en los países donde la práctica de la eutanasia se ha puesto en práctica y se ha tipificado legalmente, se puede constatar la llamada PR como una deriva posible. Por ejemplo, los estudios realizados en Bélgica, desde su puesta en marcha en mayo de 2002, revelan que la legislación de la eutanasia se ha vuelto cada vez más amplia y laxa, y se aleja de los supuestos que estaban tipificados legalmente al comienzo (9). De hecho, una de las observaciones que se pueden trasladar es que las infracciones no suelen perseguirse ni penalizarse, lo que convierte a esta praxis en una delgada línea roja (4).

La eutanasia en Bélgica

Bélgica, junto a Países Bajos, fue de los primeros países en legalizar la eutanasia, no exenta de largos y tensos debates al ser un tema tan controvertido para la sociedad belga, más teniendo en cuenta la postura de la Casa Real en Bruselas, nada proclive a tales derivas como esta y la del aborto. Bélgica abrió el debate influenciado cla-

ramente por su país vecino, todo ello tras la sentencia del caso Postma; pero no fue sino hasta la década de los noventa (1997) cuando adquirió un verdadero impulso y el Comité Asesor de Bioética de Bélgica, a pesar de la oposición de algunos de sus miembros, dio su conformidad a la legalización de la eutanasia.

En un segundo momento, la caída del gobierno cristiano-demócrata, tras las elecciones del año 1999 y la llegada de un gobierno plural, planteó la posibilidad real de legalizar la eutanasia y tipificarla en el España. El elemento clave vino tras la publicación en el año 2000 del estudio “Decisiones al final de la vida en la práctica médica en Flandes, Bélgica: una encuesta a nivel nacional” (2000), donde se constataba la práctica clandestina de la eutanasia por parte de algunos médicos, lo cual aumentó el debate sobre la posible legalización al comprobarse un respaldo social claro y un problema real en ciernes.

El Senado de Bélgica aprobó, el 16 de mayo de 2002, la ley “Relativa a la eutanasia” y se publicó el 22 de junio de ese mismo año en el diario oficial de Bélgica (9). Así, se legalizó la práctica eutanásica para aquellas personas mayores de edad o menores emancipados de más de 16 años, con una enfermedad irreversible, que padecieran un sufrimiento físico o psíquico continuado e insoportable o una enfermedad grave incurable; pero fue más allá, pues el 13 de febrero de 2014, Bélgica se convirtió en el primer país del mundo en legalizar la práctica de la eutanasia a menores de edad (11).

A pesar de lo dicho, Bélgica es un país donde los cuidados paliativos se han desarrollado con éxito y poseen un alto nivel de perfeccionamiento y aplicación; no obstante, para salvar la barrera de los cuidados paliativos y buscar el horizonte de la eutanasia, que es deseado por no po-

cos enfermos, se han aprobado leyes que favorecen tal medida (9). La posibilidad de la eutanasia parece más atractiva a enfermos que tal vez hallarían mejor solución en los cuidados paliativos (12). Hay que subrayar que la práctica de la eutanasia en Bélgica no llega a los niveles de su vecino (Países Bajos), lo que se explica desde el prisma de que no existe un respaldo social proeutánico tan elevado y se han desarrollado con mayor éxito los cuidados paliativos.

En Bélgica, el término eutanasia es utilizado tanto para la administración letal de medicamentos como para la autoadministración de estas sustancias con la supervisión médica (12). Aquellas personas que pueden solicitar la eutanasia o el SMA son los que poseen mayor rango de edad y son competentes en su decisión autónoma. También es solicitada por los menores emancipados y aquellos con suficiente criterio y entendimiento si se encuentran en un estado de sufrimiento vital (13). Como se observa, el espectro de pacientes que pueden solicitar la “ayuda para morir” es amplio y no siempre se ajusta al espíritu de la ley inicial. Si no se prevé que la vida concluya en un periodo de tiempo calificado como corto, se precisa de la valoración de un segundo médico para determinar si el sufrimiento del paciente es intolerable y, en caso de serlo, se le podría administrar la eutanasia (11).

La eutanasia en el estado norteamericano de Oregón

Los primeros debates sobre el derecho a morir en el estado de Oregón surgieron en la década de los 80, tras los casos de Karen Quinlan en el año 1976 y de Nancy Cruzan en el año de 1990, ambos relacionados en la desconexión del soporte vital. En noviembre de 1994, se realizó un plebiscito y aprobaron la llamada

“Medida 16” o Ley de Muerte Digna, convirtiéndose en el primer estado norteamericano que la legalizó. Esta ley, no obstante, no ha estado exenta de polémicas y recursos judiciales interminables. Fue impugnada en el año 1997 y la Corte Suprema de Oregón la declaró finalmente constitucional (*Oregon Death With Dignity Act*). Se establecieron los procedimientos, los derechos y las condiciones específicas para permitir el SMA. En los años 2006 y 2015 esta ley fue nuevamente impugnada y, en ambas ocasiones, la Corte Suprema lo rechazó, reafirmando el derecho de los pacientes a elegir el suicidio médicamente asistido.

Mientras tanto, en el año 2015 se aprobó la Ley de Opciones de Fin de Vida, que ampliaba el acceso al SMA para pacientes con enfermedades no terminales que tuvieran un sufrimiento insoportable (9). La principal característica del modelo del estado de Oregón es que solo se permite la muerte asistida autoadministrada, siendo la eutanasia ilegal, diferenciándola de los casos clínicos europeos, donde sus leyes engloban las dos modalidades, aunque en Bélgica el suicidio asistido no está regulado, pero es tratado de igual modo que la eutanasia (7).

Los médicos pueden recetar una dosis de medicación letal a un paciente mayor de edad que tenga un diagnóstico terminal. Después de solicitarlo el enfermo, el médico debe observar que se cumplan los requisitos, informando al paciente de su derecho a retirar su deseo en cualquier momento. El médico también debe advertir al paciente de la necesidad de dar a conocer su decisión a su entorno familiar, sugiriendo que es recomendable que otra persona haga acto de presencia. Todos estos requisitos han de estar refrendados por un médico adicional, denominado consultor (12).

Cuando se confirma que se cumplen todos los condicionantes anteriores, el enfermo debe presentar una solicitud por escrito con dos testigos que ratifiquen su capacidad de juicio y libre decisión, teniendo que ser uno de los testigos un pariente cercano o tener alguna relación con la institución donde recibe tratamiento. El medicamento no puede ser recetado hasta pasadas 48 horas desde la solicitud escrita y reiterando de forma expresa su decisión (9). Cabe destacar que muchas veces estas personas fallecen rodeados de profesionales sanitarios anónimos, con el fin de evitar posibles conflictos legales (12).

Respecto a la evolución del suicidio médicamente asistido, hemos de señalar que de las 16 muertes aplicadas que se produjeron en el año 1998, se ha pasado a 133 muertes en el año 2016, lo que indica un crecimiento exponencial y geométrico; no obstante, es importante señalar que la consideración de la PR en el modelo del estado norteamericano de Oregón, donde se aplica la muerte asistida autoadministrada, resulta ser comparativamente diez veces menor que las tasas de muerte asistida en Bélgica y en Países Bajos (9).

En el último informe del año 2019, se recopilaban aquellas enfermedades terminales que fueron aceptadas para administrar la dosis de sustancias letales y algunas de estas fueron diabetes, enfermedades sanguíneas, complicaciones derivadas de una caída y enfermedades inflamatorias como la artritis. No es para asombrarse, pues en el año anterior se amplió el marco de enfermedades consideradas como terminales y de ahí emanan estos datos (11). De los dos médicos implicados en la petición de ayuda a morir, según prevé la legislación, cualquiera de ellos podrá derivar al paciente a otros especialistas si cree que este puede tener algún trastorno

de tipo psicológico o psiquiátrico (11). En el año 2021, las razones por las que las personas pedían el suicidio médicamente asistido fueron las siguientes (14):

- Solicitantes que se sentían como una carga para las personas de su alrededor (54,0 %). Este dato se ha duplicado en un periodo de 10 años en un 26,0 %.
- Solicitantes con problemas psicológicos, derivados en parte de cuestiones económicas (8,0 %).

Los casos de suicidio no asistido en el estado de Oregón, desde que se legalizó el SMA, aumentaron en un 32,0 % desde su legalización.

La eutanasia en España: dos años desde su aprobación

La Ley Orgánica 3/2021, del 24 de marzo de 2021, de regulación de la eutanasia, entró en vigor el 25 de junio de 2021 (6), es decir, lleva algo más de dos años y medio desde su puesta en marcha. En España, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), con un censo de alrededor de cuarenta y siete millones de habitantes, en 2018 solo había 263 000 personas que habían firmado las voluntades anticipadas, según datos del Ministerio de Sanidad: “Es el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas por esta norma, para solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir” (Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo de 2021, de regulación de la eutanasia, pág. 5). La prestación de ayuda para morir está incluida en los servicios del Sistema Nacional de Salud y es financiada públicamente. Esta prestación proporciona los medios necesarios para la persona que ha manifestado su deseo de morir. Los tipos de ayuda a morir son dos:

1. La administración directa al paciente de una sustancia por parte de profesional sanitario competente.
2. La prescripción o suministro por parte de un profesional sanitario de una sustancia, de manera que el paciente se la pueda administrar para causar su propia muerte.

Los requisitos que debe reunir y acreditar el paciente para recibir la prestación son:

- Tener la mayoría de edad y estar plenamente consciente al momento de la solicitud.
- Poseer la nacionalidad española, residir legalmente en España o contar con un certificado que confirme una estancia en territorio español de más de doce meses.
- Padecer una enfermedad grave e incurable o un trastorno grave, crónico e incapacitante, confirmado por un médico.
- Presentar dos solicitudes de forma voluntaria y por escrito, sin presiones externas, y dejando un intervalo mínimo de quince días entre cada una.
- Prestar consentimiento informado previamente a recibir la ayuda para morir (Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo de 2021).

Durante el año 2015, 74 000 personas llegaron al final de su vida con un profundo padecimiento. Todas podrían haber gozado de relativa calidad de vida si se les hubiese dado la oportunidad de darles cuidados paliativos de calidad. Desgraciadamente, en España falta una buena aplicación de los cuidados paliativos; de hecho, en la clasificación del Atlas de Cuidados Paliativos en Europa, España ocupa la posición 31 de 51; es decir, se halla muy

lejos de lo que a cuidados paliativos se refiere, dado que no están lo suficientemente desarrollados (5).

Con base en la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia (6), se ha elaborado una guía para facilitar la interpretación de la ley, a modo de manual de buenas prácticas (15). Elaborado por la Comisión Ética del Consejo Territorial de Sanidad y en colaboración con el Ministerio de Sanidad, dicho manual tiene como objetivo la correcta implementación de la ley y de dar las recomendaciones oportunas a los profesionales sanitarios y a la ciudadanía, para que se aplique de la forma más respetuosa, con la autonomía y la dignidad de las personas.

En la ley se detallan aspectos que se deben tener en cuenta, como es el caso de aquellos profesionales que intervienen y una explicación de cuál es el procedimiento de solicitud para la ayuda a morir. En él se detalla la realización de la prestación, así como las recomendaciones sobre la objeción de conciencia.

RESULTADOS

En el apartado de resultados de este trabajo, se ha tenido como finalidad transmitir los dígitos derivados de la investigación y que son importantes para respaldar los objetivos y las conclusiones, contribuyendo de esta manera al área de estudio como base de posibles y ulteriores investigaciones cualitativas. En este apartado se ha realizado un análisis pormenorizado de los datos que ofrecen los distintos ministerios de sanidad de los países en cuestión, junto con el estado de Oregón, para posteriormente analizarlos en la discusión y ser tenidos como referencia de otros análisis que tomen como base de sus investigaciones el presente estudio, el cual puede ser de enorme ayuda.

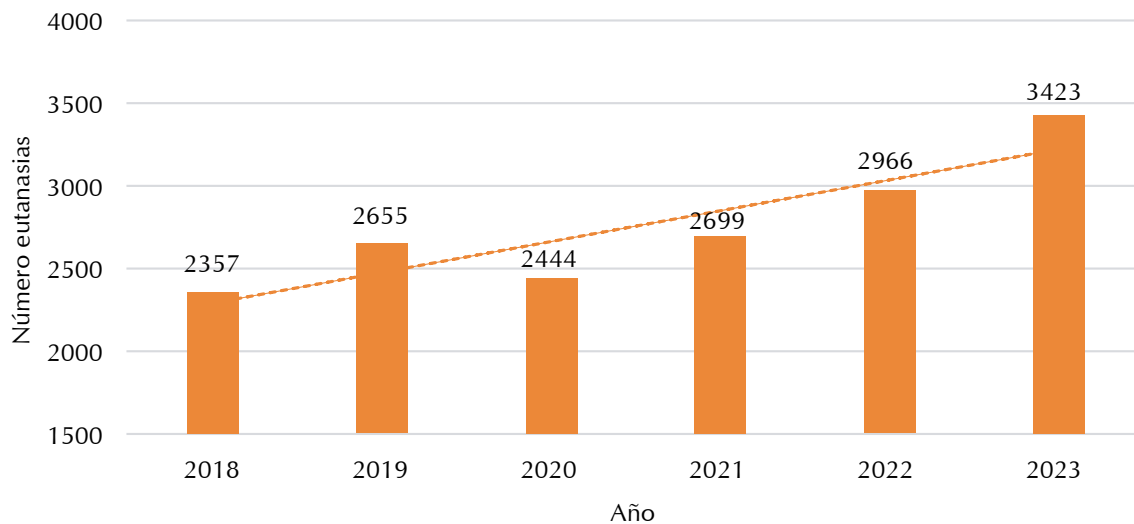
Variable de casos de eutanasia o suicidio asistido (SA)

Se han comparado los casos de eutanasia y SA en los países y estados donde se ha legalizado, y sobre los cuales se centra el presente estudio, al tener acceso a los números que arrojan los distintos ministerios y gobiernos. Dependiendo de cada lugar, los datos se muestran con diferentes matices, por tanto, las gráficas obedecen al tipo de métricas o metodologías empleadas en su recopilación y posterior elaboración empírica. En Bélgica, por ejemplo, se han recopilado los datos en un arco de tiempo que va del año 2018 al 2023, observando un incremento en casi un 50,0% de casos de eutanasia dentro de este periodo. En este arco se da una excepción que corresponde al año 2020, relacionada directamente con la pandemia del COVID-19 y la alta mortalidad en Europa, que hacía innecesaria la eutanasia y que aglutinó todos los esfuerzos sanitarios y hospitalarios en la atención de la pandemia. Aunque en los informes no se hace referencia a las razones de su disminución, sí que es fácil derivar del presente análisis este hecho, no se ha podido referenciar directamente pero sí de forma indirecta, ya que no se han encontrado artículos que relacionen la pandemia y la eutanasia.

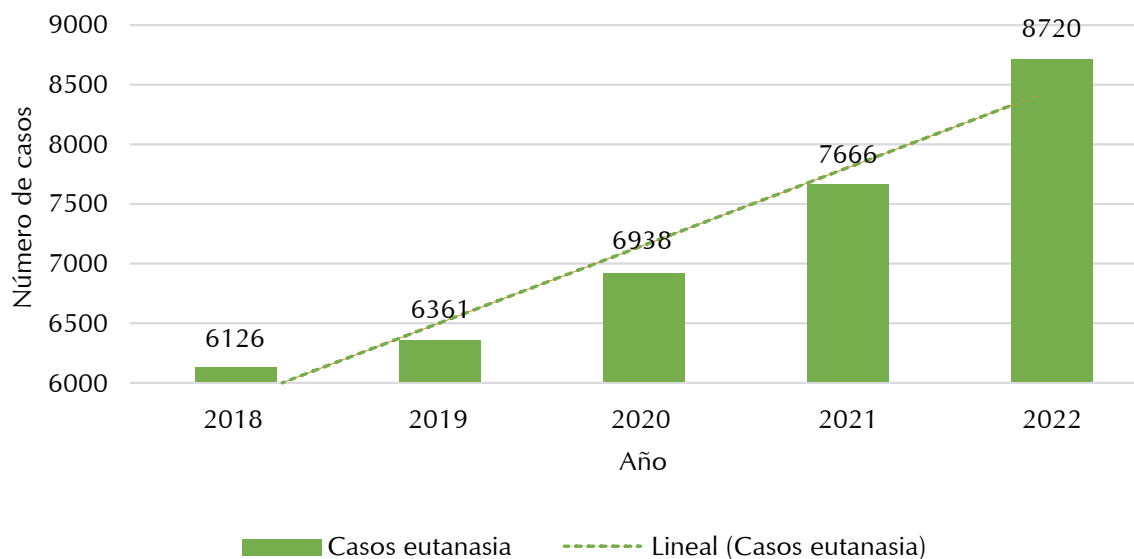
En Países Bajos, primer país donde fue legalizada la eutanasia, se han recopilado datos que van del año 2018 al 2022, en los que, a diferencia de Bélgica, los casos han ido progresivamente aumentando año tras año, incluso en los años referidos a la pandemia por el COVID-19. Cabe destacar el periodo que va de los años 2021 al 2022 con un aumento significativo de 1054 casos, siendo la subida de los años anteriores entre 200 y 700 casos que se suman anualmente. Además, hay que reseñar que

tal práctica se va incrementando de forma casi geométrica en los últimos años, que es donde esta se acelera y puede dar cabida a la PR. En el periodo inicial se da un incremento más tímido en forma aritmética, lo cual indica que tal práctica no se ciñe a una petición que va dirigida a un espectro de la sociedad, que se ciña a los casos estipulados en la legislación primera, sino que posee un alto porcentaje de reclamo entre enfermos con otro tipo de morbilidades no asociadas a las eventualmente contempladas.

En el estado de Oregón, se debe tener en cuenta que se practica el SA únicamente, como ya se ha indicado y, por tanto, no se aplica a enfermos incapaces de poderse autoadministrar la medicación que conduce a la muerte. Se han recopilado datos desde el año 1998 y hasta el 2023, y según se ha podido constatar en autores que han compilado datos y estudios, como el caso de Ana Marcos y Javier de la Torre en su libro titulado: “Y de nuevo la eutanasia” (2019), donde se expone que no se observa el fenómeno de PR en este estado norteamericano, ya que el gobierno exige que el enfermo se autoadministre el medicamento y este debe poseer una enfermedad calificada como terminal exclusivamente; no obstante, se puede observar un fenómeno ascendente al comienzo de la práctica, desde el año 1998, donde el número de prescripciones y muertes era casi coincidente. En cambio, se ha observado que con el paso de los años se ha creado un distanciamiento entre el número de prescripciones y muertes, es decir, hay un aumento tanto de peticiones de SA, como de aplicaciones de esta, pero se observa que el número de peticiones siempre es más elevado que el de prácticas, lo que indica que muchas peticiones son rechazadas. De hecho, en los tres últimos años esta diferencia es mucho más acusada.

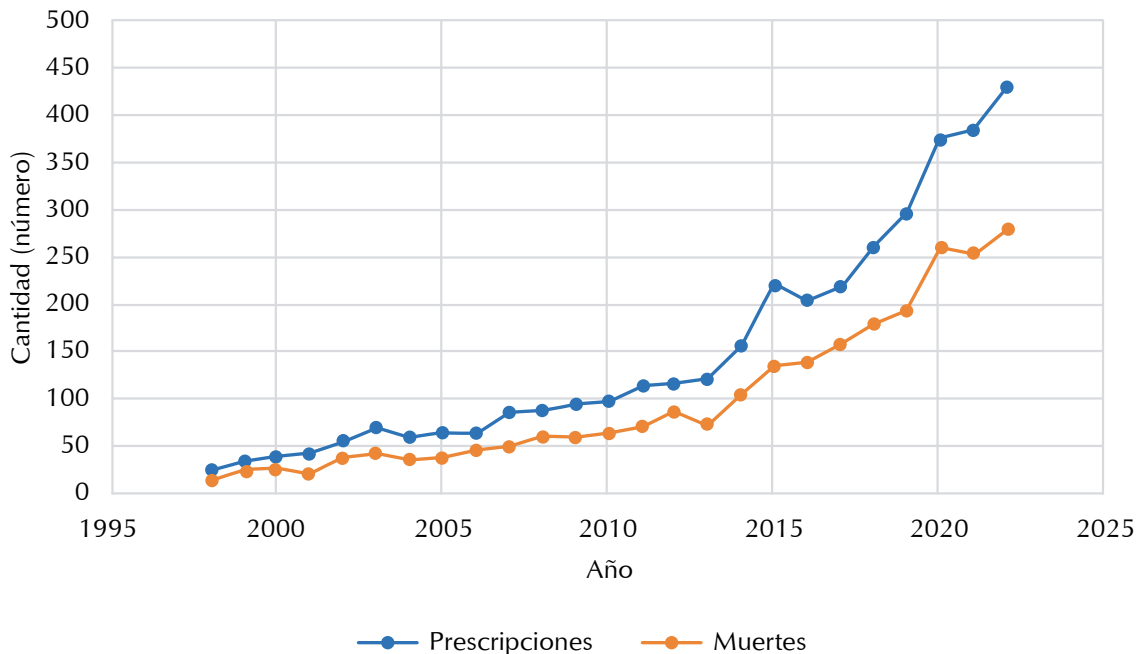
Figura 1. Número de eutanasias en Bélgica entre los años 2018 y 2023

Fuente: (16-21).

Figura 2. Número de eutanasias en Países Bajos entre los años 2018 y 2022

Fuente: (22-26).

Figura 3. Número de prescripciones de muerte asistida y número de muertes entre los años 1998 y 2022, en Oregón, Estados Unidos



Fuente: (27-28).

Tabla 1. Año, prescripciones y muertes por SA en el estado de Oregón, Estados Unidos

Año	Prescripciones	Muertes	Año	Prescripciones	Muertes
1998	24	16	2011	114	71
1999	33	27	2012	116	85
2000	39	27	2013	121	73
2001	44	21	2014	155	105
2002	58	38	2015	218	135
2003	68	42	2016	204	139
2004	60	37	2017	218	158
2005	65	38	2018	261	178

Año	Prescripciones	Muertes	Año	Prescripciones	Muertes
2006	65	46	2019	296	193
2007	85	49	2020	373	259
2008	88	60	2021	384	255
2009	95	59	2022	431	278
2010	97	65			

Fuente: (27-28).

Se ha de tener en consideración que en España la ley entró en vigor a mediados del año 2021, por lo que solamente hay datos de un año y medio. Las comunidades autónomas con mayor número de peticiones y prestaciones han sido Cataluña, Madrid, Andalucía y la Comunidad Valenciana, es decir, las comunidades con mayor número de habitantes y extensión geográfica y, como se suele decir, pioneras en muchos aspectos y más modernas e industrializadas. Este hecho es significativo porque la práctica de la eutanasia se asocia a espectros poblacionales más desarrollados. El caso andaluz podría representar una excepción a la norma, pero es verdad que dicha comunidad autónoma se ha modernizado mucho en la última década.

Variables por enfermedad

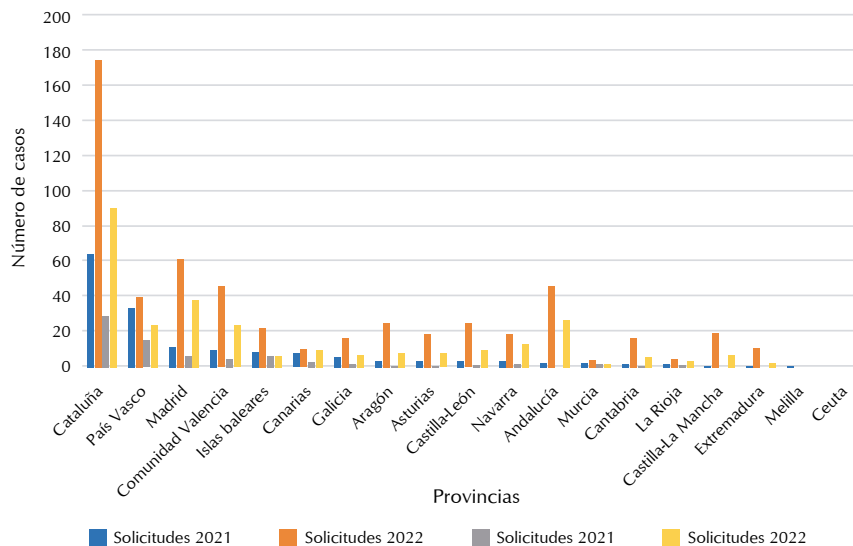
En los informes de los diferentes países y estados hay un apartado en el que se nombran las enfermedades más comunes entre los solicitantes de la eutanasia o del SA. En Bélgica, más de la mitad de las enfermedades referenciadas eran oncológicas y la combinación de diferentes patologías, así como de enfermedades del sistema nervioso central, entre otras. También aparecen enfermedades crónicas refractarias y del sistema circulatorio. Hay un

porcentaje bajo (0,9%) de solicitudes por motivos psiquiátricos, como trastornos de la personalidad, que son aceptados y aparecen incluidos en la lista, y también hay trastornos cognitivos, como el Alzheimer (1,4%). Estos casos psiquiátricos y de enfermedades con morbilidad dispar, indican la presencia de la PR, dado que eran cotejadas en la tipología de legislación primera. Vemos, eso sí, cómo enfermedades como el cáncer están en el primer lugar de solicitudes.

En Países Bajos, también aparece el cáncer incurable como principal enfermedad nombrada, con más de la mitad de los casos en el año 2022. También hay otras patologías presentes como los desórdenes neurológicos: el Parkinson y la esclerosis múltiple (7,0%), por ejemplo y, a su vez, enfermedades cardiovasculares (4,1%) y pulmonares (3,2%).

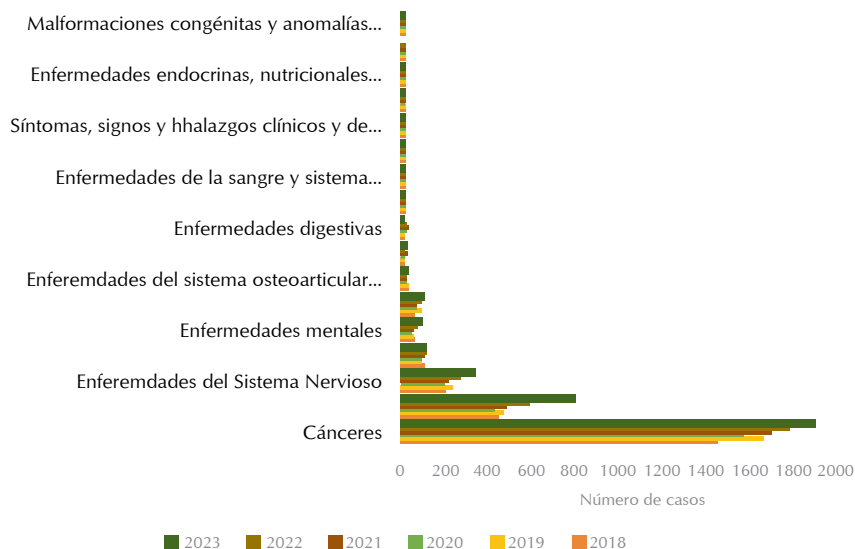
En el estado de Oregón, en el mismo año (2022), las enfermedades más comunes que fueron susceptibles de petición de prestación de ayuda a morir fueron el cáncer (en primer lugar con un 64,0%), seguido por enfermedades cardíacas (12,0%) y enfermedades neurológicas (10,0%). Además, las enfermedades respiratorias también tuvieron un elevado porcentaje (10,0%) que se sumó a

Figura 4. Solicitudes y prestaciones de eutanasia en España por Comunidades Autónomas (CCAA) en los años 2021 y 2022

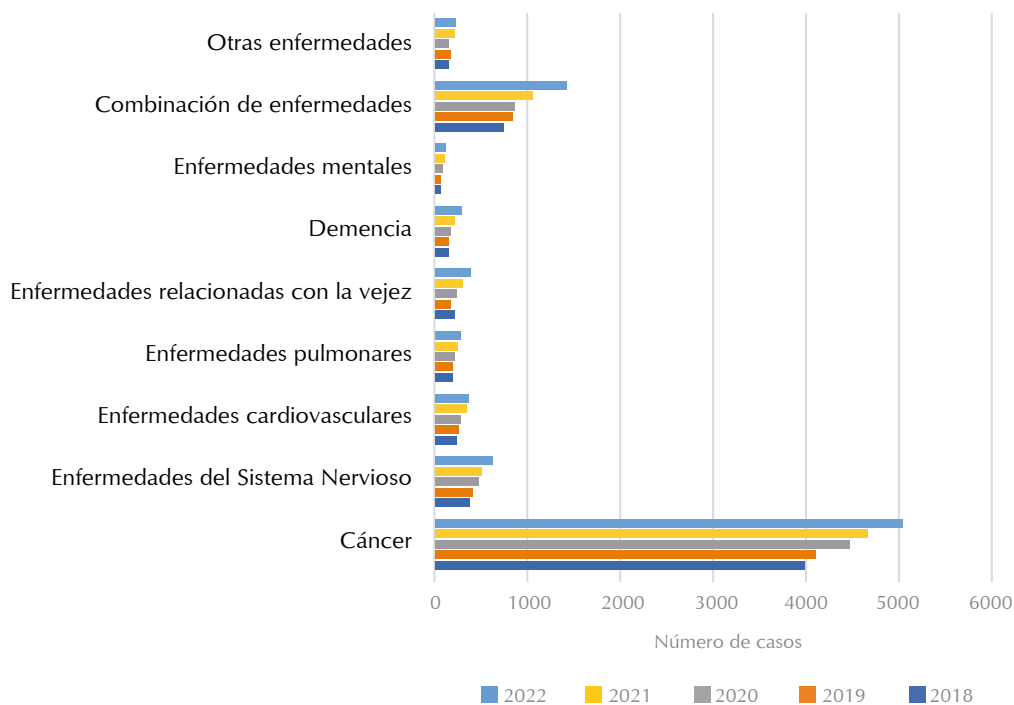


Fuente: (29-30).

Figura 5. Enfermedades comunes en las peticiones de prestación de ayuda a morir en Bélgica



Fuente: (16-21).

Figura 6. Enfermedades comunes en las peticiones de prestación de ayuda a morir en Países Bajos

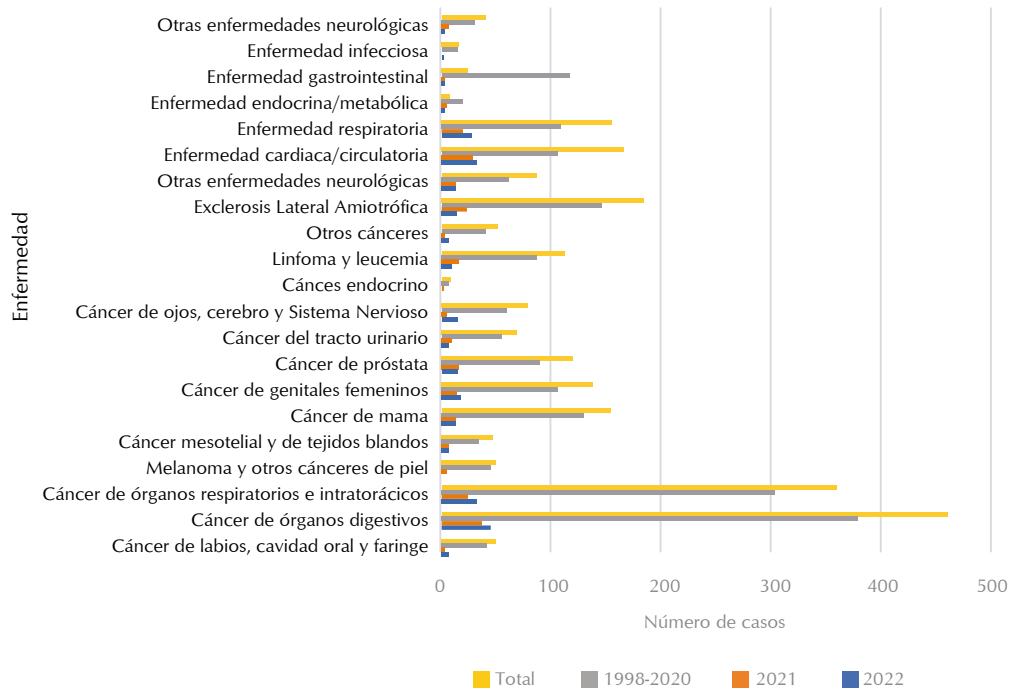
Fuente: (22-26).

la larga lista de postulaciones en un arco que cada vez se ensancha en mayor medida y que permite vislumbrar esa PR de la que se ha mencionado al comienzo de este estudio y, como no, se percibe también en cada uno de los casos o países donde esta se aplica.

A diferencia de lo que ocurre en los demás casos estudiados en España, resulta una cifra elevada el caso oncológico: cáncer (en el año 2021 un 29,0% y en el 2022 un 33,0%), no obstante, no es la principal causa de petición. El primer rango en postulaciones lo ocupan las enfermedades neurológicas (en el año 2021 un 53,0% y en el 2022 un 36,0%) y en esto difiere el caso

español del resto de lugares. Se debe tener en cuenta que tan solo hay datos de 18 meses y, a pesar de eso, ya apunta hacia una clara PR. La pluripatología (en el año 2021 un 5,0% y en el 2022 un 7,0%) se encuentra en muchos de los casos de demanda. Se observa que la tendencia puede conducir a que el cáncer llegue a ser la principal causa y en esto equipararse al resto, pero el comienzo del caso español ha tomado derivas distintas y han sido los casos neurobiológicos los que más incurrido en peticiones hasta la fecha. Es posible que en España, al empezar mucho más tarde, se hayan mimetizado las tendencias que poco a poco se han ido dando en los otros lugares y se haya empezado por ellas.

Figura 7. Enfermedades comunes en las peticiones de prestación de ayuda a morir en el estado de Oregón (Estados Unidos)



Fuente: (27-28).

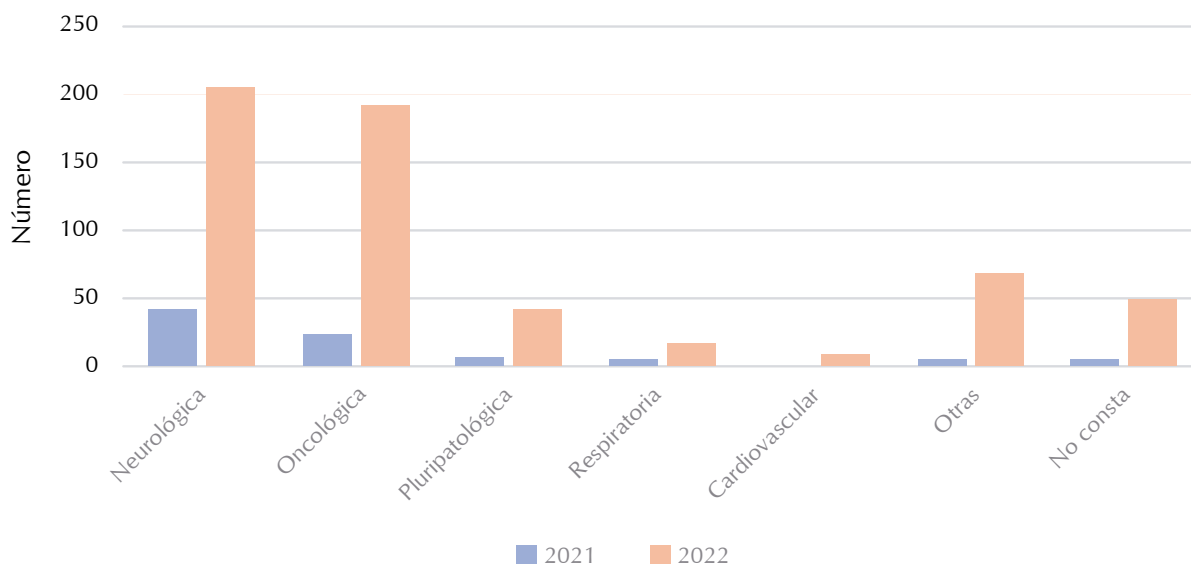
CONCLUSIONES

La eutanasia es una práctica legalizada en algunos países de Europa y en el estado norteamericano de Oregón. En Europa se tiene la referencia de Países Bajos, Bélgica y recientemente España, que han legalizado dicha praxis médica y son pioneros en ello. La eutanasia implica la libre y voluntaria decisión del enfermo, para que se le administre la muerte por medio de fármacos.

En aquellos lugares donde esta práctica se ha implementado, se puede observar lo que se denomina como

PR, este concepto que es utilizado por la Bioética, supone una aplicación cada vez más laxa en cuanto al incremento de casos donde esta se aplica y en la petición de morbilidades que no estaban previstas al inicio. La alternativa de cuidados paliativos, en cambio, siendo eficaz, no posee el mismo desarrollo ni alcance, ni se percibe como una alternativa. Bélgica sí que presenta mayores tasas de aplicación de los cuidados paliativos y, por ende, un mayor perfeccionamiento de estos.

Los casos de eutanasia, que se pueden constatar en este análisis empírico, se deslizan hacia variables de

Figura 8. Enfermedades comunes en las peticiones de prestación de ayuda a morir en España

Fuente: (29-30).

morbilidad que no estaban explícitamente previstas en la inicial aprobación de la ley. En Bélgica, el periodo que va de los años 2018 al 2023, se ha visto incrementado el número de prácticas eutanásicas en un 50,0%. En España, las enfermedades referenciadas eran en mayor rango las oncológicas y alguna variable de aspecto de enfermedad psíquica. No existen en este país medidas que eviten que se solicite la eutanasia por motivos banales y no relacionados directamente con el dolor, ampliándose los supuestos y las peticiones. Se observa también, desde el momento de la legalización, la práctica de la eutanasia a pacientes no terminales. Tampoco se ha previsto que se cumpla el requisito del padecimiento de un dolor insoportable, pudiéndose solicitar la eutanasia por sufrimiento psíquico, como ha ocurrido en un gran número de casos.

Lo mismo ocurre en Países Bajos, país europeo pionero en su aprobación, donde los casos siguen aumentando, aunque con menor rango debido a que se ha estabilizado el proceso. El caso de esta ligera estabilización se debe a que, con anterioridad a la ley, ya era una práctica frecuente, cosa que no ocurría en Bélgica. Los tribunales han ido eliminando varios de los límites considerados como “medidas estrictas de seguridad”, introducidas en un inicio. En el estado de Oregón (Estados Unidos), donde se aplica el SMA, se observa que el número de solicitudes es todavía mayor que el de aplicación de la eutanasia. Durante el tiempo de su aplicación han ido aumentando todos los años el número de prescripciones letales y el de SMA, y se han dado casos donde la libre voluntad del paciente ha quedado en entredicho y que salieron a la luz pública a modo de denuncia, por lo

que este método no garantiza del todo la libre voluntad del enfermo, pues puede estar relacionado con casos de presión familiar o cuestiones económicas, donde el requisito de plena voluntariedad ha quedado incompleto. Casos de cánceres ocupan en este estado un lugar preponderante en el orden de peticiones.

En España, aunque el estudio es todavía muy reciente, presenta un número de prestaciones que va en claro orden al alza, siguiendo las pautas iniciales del resto de países estudiados y mimetizando, desde el inicio, los casos que el resto de países han desarrollado con posterioridad. Por comunidades autónomas, llama la atención en solicitudes y aplicación: Cataluña, Madrid, País Vasco y la comunidad valenciana. En España, el ranking de aplicación lo ocupan las enfermedades neurológicas, seguidas de las oncológicas, y en esto difiere del resto de países. Habrá que observar con detenimiento el caso español, dado que sus pautas apuntan claramente a la PR. Este estudio está diseñado con la intención de que sirva como referencia a posteriores investigadores y lo puedan tomar como base numérica de ulteriores análisis.

REFERENCIAS

- Gallego L, Barreiro P, De Santiago M. Eutanasia y suicidio asistido en personas con enfermedad mental. *Cuadernos de Bioética*. 2022;33(108):157-78. <https://doi.org/10.30444/CB.121>
- Bertolín-Guillén JM. Eutanasia, suicidio asistido y psiquiatría. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2021;41(140):51-67. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352021000200003>
- Instituto Nacional de Estadística. (s. f.). 4.1 Esperanza de vida [internet]. España: INE. [citado 2024 mzo. 06]. Disponible en: https://ine.es/ss/Satellite?c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout
- Roest B, Trappenburg M, Leget C. The involvement of family in the Dutch practice of euthanasia and physician assisted suicide: a systematic mixed studies review. *BMC Med Ethics*. 2019;20(1):23. <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0361-2>
- Altisent R, Nabal M, Muñoz P, Ferrer S, Delgado-Marroquín MT, Alonso A. Eutanasia: ¿es esta la ley que necesitamos? *Aten Primaria*. 2021;53(5):102057. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102057>
- Jefatura del Estado. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia [internet]. Documento consolidado BOE-A-2021-4628; 2021. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-4628>
- Velasco Bernal C, Trejo-Gabriel-Galan JM. Leyes de eutanasia en España y en el mundo: aspectos médicos. *Aten Primaria*. 2021;54(1):102170. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102170>
- Sacristán Rodea A, Ferrari Sanjuan M. Tratamientos al final de la vida: cuidados paliativos, sedación terminal, eutanasia y suicidio medicamente asistido (SMA). *RIECS*. 2021;6(2):94-105. <https://doi.org/10.37536/RIECS.2021.6.2.293>
- Marcos del Cano AM, de La Torre Díaz FJ. Y de nuevo la eutanasia: una mirada nacional e internacional. Madrid: Dykinson; 2019.
- van den Berg VE, Zomers ML, van Thiel GJ, Leget CJ, van Delden JJ, van Wijngaarden EJ. Requests for euthanasia or assisted suicide of people without (severe) illness. *Health Policy*. 2022;126(8):824-30. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.06.004>
- Mendz GL, Kissane DW. Agency, autonomy and euthanasia. *J Law Med Ethics*. 2020;48(3):555-64. <https://doi.org/10.1177/1073110520958881>
- Gerson SM, Koksvik GH, Richards N, Materstvedt LJ, Clark D. Assisted dying and palliative care in three jurisdictions: Flanders, Oregon, and Quebec. *Ann Palliat Med*. 2021;10(3):3528-39. <https://doi.org/10.21037/apm-20-632>
- Dierickx S, Onwuteaka-Philipsen B, Penders Y, Cohen J, van der Heide A, Puhon MA, et al. Commonalities and differen-

- ces in legal euthanasia and physician-assisted suicide in three countries: a population-level comparison. *Int J Public Health*. 2020;65(1):65-73. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01281-6>
14. Doré M. Assisted suicide a 20th century problem, Palliative care a 21st century solution. *Ulster Med J*. 2023;92(1):4-8.
 15. Ministerio de Sanidad. Manual de buenas prácticas en eutanasia [internet]. España: Ministerio de Sanidad; 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf
 16. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Euthanasie – Chiffres de l’année 2018 [internet]. Bruselas: Commission fédérale de Contrôle et d’Évaluation de l’Euthanasie – CFCEE; 2019 [citado 2024 abr. 5]. Disponible en: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/euthanasie-chiffres-de-lannee-2018>
 17. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Euthanasie – Chiffres de l’année 2019 [internet]. Bruselas: Commission fédérale de Contrôle et d’Évaluation de l’Euthanasie – CFCEE; 2020 [citado 2024 abr. 5]. Disponible en: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/euthanasie-chiffres-de-lannee-2019>
 18. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. CFCEE Rapport Euthanasie 2020 [internet]. Bruselas: Commission fédérale de Contrôle et d’Évaluation de l’Euthanasie – CFCEE; 2021 [citado 2024 abr. 5]. Disponible en: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/cfcee-rapport-euthanasie-2020>
 19. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Euthanasie – Chiffres de l’année 2021 [internet]. Bruselas: Commission fédérale de Contrôle et d’Évaluation de l’Euthanasie – CFCEE; 2022 [citado 2024 abr. 5]. Disponible en: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/euthanasie-chiffres-de-lannee-2021>
 20. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Euthanasie – Chiffres de l’année 2022 [internet]. Bruselas: Commission fédérale de Contrôle et d’Évaluation de l’Euthanasie – CFCEE; 2023 [citado 2024 abr. 5]. Disponible en: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/euthanasie-chiffres-de-lannee-2022>
 21. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Communiqué de presse CFCEE - Chiffres de l’année 2023 [internet]. Bruselas: Commission fédérale de Contrôle et d’Évaluation de l’Euthanasie – CFCEE; 2024 [citado 2024 abr. 5]. Disponible en: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/communique-de-presse-cfcee-chiffres-de-lannee-2023>
 22. Comisiones regionales de verificación de la eutanasia. Informe anual 2018 [internet]. Países Bajos; 2019 [citado 2024 abr. 15]. Disponible en: <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>
 23. Comisiones regionales de verificación de la eutanasia. Informe anual 2019 [internet]. Países Bajos; 2020 [citado 2024 abr. 12]. Disponible en: <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>
 24. Comisiones regionales de verificación de la eutanasia. Informe anual 2020 [internet]. Países Bajos; 2021 [citado 2024 abr. 14]. Disponible en: <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>
 25. Comisiones regionales de verificación de la eutanasia. Informe anual 2021 [internet]. Países Bajos; 2022 [citado 2024 abr. 16]. Disponible en: <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>
 26. Comisiones regionales de verificación de la eutanasia. Informe anual 2022 [internet]. Países Bajos; 2023 [citado 2024 abr. 17]. Disponible en: <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>
 27. Oregon Health Authority. Oregon Death With Dignity Act: 2021 Data Summary [internet]. Oregon: Oregon Health Authority; 2022 [citado 2024 my. 05]. Disponible en: <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year24.pdf>
 28. Oregon Health Authority. Oregon Death With Dignity Act: 2022 Data Summary [internet]. Oregon: Oregon Health

Authority; 2023 [citado 2024 my. 7]. Disponible en: <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year25.pdf>

29. Ministerio de Sanidad. Informe anual 2021 de la prestación de ayuda para morir [internet]. España: Ministerio de Sanidad; 2022 [citado 2024 abr. 20]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/InformeAnualEutanasia_2021.pdf
30. Ministerio de Sanidad. Informe de evaluación anual 2022 sobre la prestación de ayuda para morir [internet]. España: Ministerio de Sanidad; [citado 2024 abr. 22]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/InformeAnualEutanasia_2022.pdf