



La “pendiente resbaladiza” en la eutanasia: comparativa internacional con el caso español

“Slippery Slope” and Euthanasia: International Comparison with the Spanish Case



Autores

Francisco Javier Aznar Sala

Universidad Católica de Valencia San
Vicente Mártir

fjavier.aznar@ucv.es

 <https://orcid.org/0000-0003-0510-0425>

Ángel Garrido Vila

Magister en Bioética

angelgavi@gmail.com

 <https://orcid.org/0009-0004-1436-7775>

Paula Cano Molla

Magister en Bioética

pacamo@mail.ucv.es

 <https://orcid.org/0009-0002-1221-4914>



Resumen

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



Abstract

This article focuses on the bioethical and scientific analysis of euthanasia, with special attention to the case of Spain. The phenomenon of the possible slippery slope is addressed in countries where it has been implemented within the framework of a global comparison that allows us to establish synonymous guidelines and synergies in the different places since its development. The analysis has been produced from original sources that allow us to collect the latest data.



Key words

Eutanasia; suicidio asistido; cuidados paliativos; bioética.
Euthanasia; assisted suicide; palliative care; bioethics.



Fechas

Recibido: 29/07/2024. Aceptado: 29/05/2025



1. Introducción

La eutanasia es una práctica aceptada y legislada en algunos países, pero no por ello deja de ser una cuestión debatida en el campo bioético. La creciente aceptación de la eutanasia en el mundo y, particularmente en España, comporta innumerables cuestiones que todavía necesitan un mayor estudio. La posible “pendiente resbaladiza” que puede darse en dicha praxis, implica la permisible aplicación de la eutanasia a enfermos que no se encuentren en la fase terminal de su enfermedad. Por ello hemos querido analizar los datos que se están dando en aquellos lugares donde se ha implementado la práctica eutanásica hasta la fecha, incidiendo comparativamente en el incipiente caso español y así comprender algunas pautas.

2. Contexto de la eutanasia

Los países elegidos para más adelante establecer una comparativa con el caso español han sido aquellos donde en primer lugar se ha implementado y que nos permitirán establecer posibles paralelismos. Los países en cuestión son: Holanda, Bélgica y el estado norteamericano de Oregón, por ser los pioneros.

2.1. Enfoque holístico

El debate de los tratamientos al final de la vida se explica gracias a los grandes cambios sociales y médicos relacionados con el hecho de enfermar y con el aumento en la esperanza de vida que se han producido a lo largo del siglo XX y XXI. Mientras que durante la primera mitad del siglo XX la enfermedad poseía connotaciones distintas a las de ahora (Gallego et al., 2022), a partir de la segunda mitad de siglo mejoró notablemente el control de la enfermedad y se produjo un aumento notable de la esperanza de vida (Bertolín-Guillén, 2021). Así pues, podemos comprobar, como en España la esperanza de vida pasó de los 62 años en 1940 a los 82 años en 2020 (según el Instituto Nacional de Estadística, 2023). Una vida más larga implica 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 (Gallego et al., 2022).

Una vida más larga implica 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

Así pues, cuando la vida parece llegar a su fin natural, surgen diversas opciones para afrontar este momento. La medicina, como es natural, juega un rol crucial en el manejo clínico de las personas al final de su vida (Gallego et al., 2022). Los métodos van desde medidas específicas para enfermedades particulares hasta aquellas que buscan una muerte rápida y eficaz. La familia juega un rol importante condicionando la voluntad del paciente en la elección final, pues la soledad y el sinsentido del sufrimiento poseen



un papel crucial en el enfermo (Gallego et al., 2022). Aquí entra en conflicto no pocas veces la autonomía y posterior decisión del paciente que se ve supeditada al deseo de sus familiares (Roest et al., 2019).

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, es la acción directa que busca provocar la muerte deliberada del enfermo por motivos de piedad a aquellas personas que, sufriendo una enfermedad terminal, lo solicitan para poner fin a su sufrimiento (Altisent et al., 2021). Por lo que se refiere a la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia en España, en su artículo 3.º, define la eutanasia de la siguiente manera:

[...] 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.

La eutanasia se divide en 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. Diferenciándose de la eutanasia activa donde 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. La directa tiene como objeto la intervención deliberada para provocar la muerte. La 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 hablemos de eutanasia nos ceñiremos a la eutanasia activa y directa.

Para realizar la eutanasia es imprescindible la intervención de un agente externo, concretamente un médico, que administra a un paciente una dosis con el fin de provocar una muerte rápida e indolora

El procedimiento para poder 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 insoportable y que no exista la 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. El galeno ha de estar a su vez convencido de que el sufrimiento del paciente resulta insoportable; que no hay tratamiento posible y se verifique que el paciente es competente y libre en su decisión. Por último, se debe comunicar a las autoridades y familiares (Velasco Bernal y Trejo-Gabriel-Galan, 2022).

Para realizar la eutanasia es imprescindible la intervención de un agente externo, concretamente un médico, que administra a un paciente una dosis con el fin de provocar una muerte rápida e indolora. Tema clave es que la petición sea pedida de forma explícita por el propio paciente o, según qué casos, por el círculo familiar. Hablamos 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 a tener en cuenta es que, si el médico prescribe una dosis letal de un fármaco para que se lo autoadministre el paciente, no estaríamos hablando de eutanasia sino de suicidio médicamente asistido (SMA, en adelante).

Debemos 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 señalar que en las leyes estatales de EE. UU. que regula el SMA se hace con la intención ética de que los médicos ni cualquier otra persona participen en este proceso, para evitar cualquier responsabilidad derivada. En el estado de Oregón se permite la SMA, pero se prohíbe explícitamente la eutanasia, mientras en los Países Bajos se permiten ambas alternativas y en Bélgica solamente se regula la eutanasia (Sacristán Rodea y Ferrari Sanjuan, 2021).

2.2. La eutanasia en los Países Bajos

La legalización de la eutanasia en los Países Bajos es pionera en el Viejo Continente y nos sirve de guía para referenciar nuestros estudios. Desde los años setenta del siglo pasado se aplica un modelo de eutanasia activa y resulta útil para para todos aquellos que buscan establecer un paralelismo con otro lugar donde se establezca dicha ley, pues sirve como referencia objetiva de cuáles han sido sus dígitos, directrices y posibles derivas.

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 2002 a los 6091 en el 2016 y a los casi 6500 casos en la actualidad

La despenalización de la eutanasia y suicidio asistido 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. 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 la prensa de todo el mundo, se abrió un intenso debate en la sociedad y sobre todo en 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 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 (Marcos y De la Torre, 2019).

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 2002 a los 6091 en el 2016 y a los casi 6500 casos en la actualidad. Incluso aquellas zonas menos favorables a la práctica eutanásica han ido situándose al mismo nivel de las zonas de mayor porcentaje y la práctica se ha ido universalizando con el paso del tiempo. Es verdad que siguen dándose diferencias en ciudades tan significativas como Ámsterdam o Rotterdam, don-



de la primera pasa por ser un claro ejemplo de muerte asistida y en la segunda no se alcanzan los mismos dígitos de la capital holandesa. El porcentaje también depende de la variable demográfica y de la edad de aquellos que la solicitan; además de la percepción del estado de salud que se torna 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 suicidio asistido incluso cuando no poseen una enfermedad calificada como grave. Algunos son deriva-

Desde los estudios realizados en los países donde la práctica de la eutanasia se ha puesto en práctica y se ha tipificado legalmente, podemos constatar que la *pendiente resbaladiza* es una deriva posible

dos de cáncer, pero otras provienen de patologías psiquiátricas como la demencia. Sin embargo, se está barajando la posibilidad de hacer la ley todavía más laxa y permitir a personas de avanzada edad que califiquen su vida como “completa” o que ya estén “cansados de vivir” para que puedan poner fin a su ciclo vital (Van Den Berg et al., 2022).

Desde los estudios realizados en los países donde la práctica de la eutanasia se ha puesto en práctica y se ha tipificado legalmente, podemos constatar que la *pendiente resbaladiza* es una deriva posible. Por ejemplo, los estudios realizados en Bélgica desde su puesta en marcha —mayo de 2002— revelan que la le-

gislación de la eutanasia se va volviendo cada vez más laxa y se aleja de los supuestos que estaban tipificados legalmente de inicio (Marcos y De la Torre, 2019). De hecho, una de las observaciones que se han visto es que las infracciones no suelen perseguirse ni penalizarse (Roest et al., 2019).

2.3. 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. Bélgica abrió el debate influenciado por su país vecino, todo ello tras la sentencia del caso *Postma*. Pero no fue 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 de 1999 y la llegada de un gobierno plural, planteó la posibilidad real de legalizar la eutanasia. 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*, donde se constataba la práctica clandestina de la eutanasia por parte de algunos médicos, lo cual aumentó el debate sobre la posible legalización al verse un respaldo social y un problema real.

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 (Marcos y De la Torre, 2019, pp. 95-99). Así pues, se legalizó la práctica eutanásica para aquellas personas mayores de edad o menores emancipados de más de 16 años, con enfermedad



irreversible, que padezcan un sufrimiento físico o psíquico continuado e insoportable o una enfermedad grave incurable. El 13 de febrero de 2014, Bélgica se convierte en el primer país del mundo en legalizar la práctica de la eutanasia a menores de edad (Mendz y Kissane, 2020).

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 pocos enfermos, hay leyes que favorecen tal medida (Marcos y De la Torre, 2019). La posibilidad de la eutanasia parece más atractiva a enfermos que tal vez hallarían una mejor solución por medio de los cuidados paliativos (Gerson et al., 2021). 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.

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 (Gerson et al., 2021). Aquellas personas que pueden solicitar la eutanasia o el suicidio asistido 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 entendimiento si se encuentran en un estado de sufrimiento (Dierickx et al., 2020). Como vemos, el espectro de pacientes que pueden solicitar la “ayuda para morir” es amplio. 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 (Mendz y Kissane, 2020).

2.4. 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 1976 y Nancy Cruzan en 1990, ambos relacionados en la desconexión del soporte vital

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 1976 y Nancy Cruzan en 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 ha estado exenta de polémicas y recursos judiciales. Fue impugnada en 1997 y la corte suprema de Oregón la declaró finalmente constitucional (Oregon Death With Dignity Act). Se establecieron los procedimientos, derechos y condiciones específicas para permitir el suicidio asistido médicamente. 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 2015 se aprobó la ley de Opciones de Fin de Vida, que ampliaba el acceso al suicidio médicamente asistido para pacientes con enfermedades no terminales



que tuvieran un sufrimiento insoportable (Marcos y De la Torre, 2019). 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 estados 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 (Velasco Bernal y Trejo-Gabriel-Galan, 2022).

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 cumplen los requisitos, informando al paciente de su derecho a retirar su deseo en cualquier momento. El médico también debe advertir al paciente de la necesi-

dad 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 (Gerson et al., 2021).

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 la diabetes, enfermedades sanguíneas, complicaciones derivadas de una caída y artritis

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 y libre decisión, teniendo que ser uno de los testigos un pariente cercano, heredero o tener alguna relación con la institución donde recibe tratamiento. El medicamento no puede ser recetado hasta pasadas cuarenta y ocho horas desde la solicitud escrita y reiterando de forma expresa su decisión (Marcos y De la Torre, 2019). Cabe destacar que muchas veces estas personas fallecen rodeados de profesionales sanitarios anónimos con el fin de evitar posibles conflictos legales (Gerson et al., 2021).

Respecto a la evolución del suicidio médicamente asistido, hemos de señalar que de las 16 muertes aplicadas que se produjeron en 1998, se ha pasado a 133 muertes en 2016. Lo que indica una progresión al alza. La consideración de la *pendiente resbaladiza* en el modelo del estado norteamericano, donde se realiza una muerte asistida autoadministrada, resulta ser comparativamente diez veces menor que las tasas de muerte asistida en Bélgica y en los Países Bajos (Marcos y De la Torre, 2019).

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 la diabetes, enfermedades sanguíneas, complicaciones derivadas de una caída y artritis. No es de sorprender, pues en el año anterior se amplió el marco de enfermedades consideradas como terminales (Mendz y Kissane, 2020). 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 (Mendz y Kissane, 2020). En el año 2021 las razones por las que las personas pedían el suicidio médicamente asistido fueron los siguientes (Doré, 2023):

- Solicitantes que se sentían como una carga para las personas de su alrededor (54%). Este dato se ha duplicado en un periodo de 10 años en un 26%.



- Solicitantes con problemas económicos (8%).
- Los casos de suicidio no asistido en el estado de Oregón desde que se legalizó el suicidio asistido aumentaron en un 32% desde su legalización.

2.5. La eutanasia en España: dos años desde su aprobación

La prestación de ayuda para morir está incluida en los servicios del Sistema Nacional de Salud y es financiada públicamente

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, entró en vigor el 25 de junio de 2021. Es decir, llevamos algo más de dos años y medio desde su puesta en marcha. En España, según el 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 regulación de la eutanasia, 2021, p. 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 del profesional sanitario de una sustancia de manera que este se la pueda administrar para causar su propia muerte.

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

- a. Tener la mayoría de edad y estar plenamente consciente en el momento de la solicitud.
- b. 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.
- c. Padecer una enfermedad grave e incurable o un trastorno grave, crónico e incapacitante, confirmado por un médico.
- d. Presentar dos solicitudes de forma voluntaria y por escrito, sin presiones externas, y dejando un intervalo mínimo de quince días entre cada una.
- e. Prestar consentimiento informado previamente a recibir la ayuda para morir (Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo).

Durante el año 2015, 74 000 personas llegaron al final de su vida con un profundo padecimiento. Todas estas personas 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* ocupamos la posición 31 de 51,



es decir, se halla muy lejos de lo que a unas buenas prácticas de cuidados paliativos se refiere (Altisent et al., 2021).

Desgraciadamente en España falta una buena aplicación de los cuidados paliativos; de hecho, en la clasificación del Atlas de Cuidados Paliativos en Europa ocupamos la posición 31 de 51

En base a la ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo de regulación de la eutanasia, se ha elaborado una guía, para facilitar la interpretación de la ley, a modo de manual de buenas prácticas. Elaborado por la comisión ética del consejo territorial de sanidad en colaboración con el Ministerio de Sanidad. Dicho manual tiene como objetivo la correcta implementación de la ley y dar recomendaciones 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.

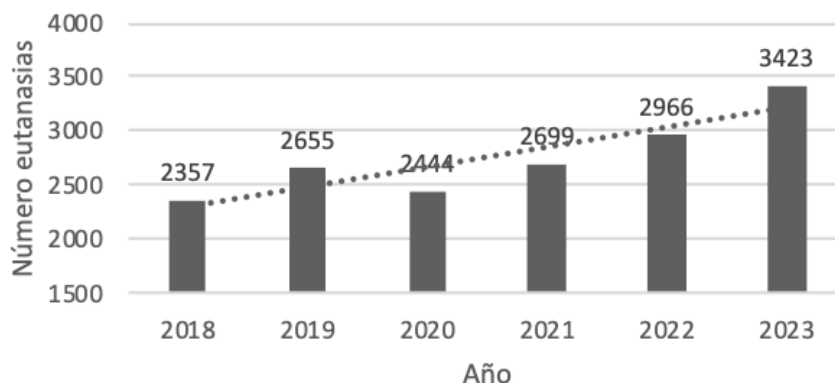
En la base de la ley se detallan aspectos que se deben tener en cuenta, como es el caso de aquellos profesionales que intervienen y una explicación de cuál es el procedimiento de solicitud para la ayuda a morir. En él se detalla la realización de la prestación, así como recomendaciones sobre la objeción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

3. Resultados

El apartado de resultados del presente trabajo ha tenido como finalidad transmitir aquellos hallazgos derivados de la investigación y que son importantes para respaldar los objetivos y las conclusiones, contribuyendo de esta manera al área de estudio. En este apartado se ha realizado un análisis pormenorizado de los datos que nos ofrecen los distintos ministerios de sanidad de los países que estamos estudiando junto con el estado de Oregón, para posteriormente analizarlos en la discusión.

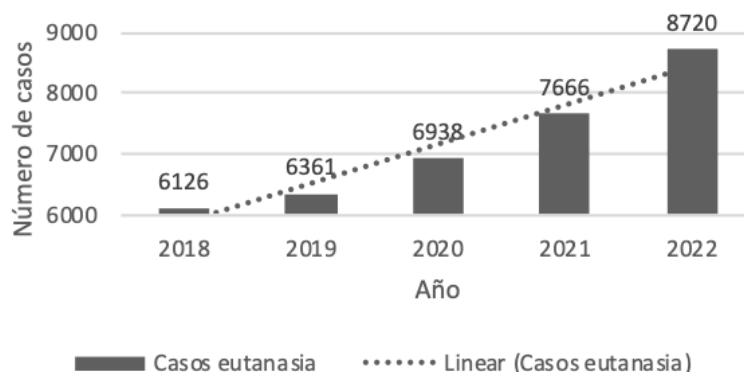
3.1. Variable de casos de eutanasia o suicidio asistido

Se han comparado los casos de eutanasia y SA en los países y estados donde se ha legalizado y sobre los cuales se centra nuestro estudio. 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 de datos. En Bélgica, por ejemplo, se han recopilado los datos en el periodo que va del año 2018 al 2023, observando un incremento del número de eutanasias realizadas en casi un 50% —en apenas un lustro—. A excepción del año 2020, incluso 2021, posiblemente relacionado directamente con la pandemia del covid y la alta mortalidad en Europa que la hacía innecesaria y que aglutinó todos los esfuerzos sanitarios y hospitalarios. Aunque en los informes, no se hace referencia a las razones de su disminución, sí que es fácil derivar este análisis, no lo hemos podido referenciar ya que no se han encontrado artículos que relacionen la pandemia y la eutanasia.

**Figura 1. Número de eutanasias en Bélgica del 2018 al 2023**

Fuente: Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024

En Países Bajos, primer país donde fue legalizada la práctica eutanásica, se han recopilado datos del año 2018 a 2022, en el que, a diferencia de Bélgica, los casos han ido progresivamente aumentando año tras año, incluso en los años de la pandemia por COVID-19. Cabe destacar el periodo que va de los años 2021 y 2022 con un aumento significativo de 1054 casos. Siendo la subida de los años anteriores entre 200 y 700 casos más anualmente. En todo caso, hay que reseñar que tal práctica se va incrementando de forma casi geométrica en los últimos años, que es donde esta se acelera. En el periodo inicial resulta un incremento más tímido en forma aritmética. Esto indica que tal práctica no se ciñe a una petición que va dirigida a un espectro de la sociedad, sino que, a su vez, posee un alto porcentaje de reclamo en aquellas poblaciones donde esta se aprueba.

Figura 2. Número de eutanasias en Países Bajos del 2018 a 2022

Fuente: Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023

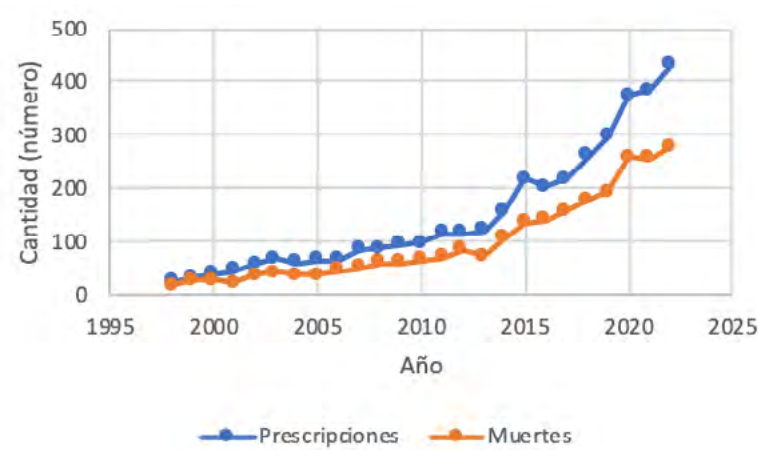
En el estado de Oregón, se debe tener en cuenta que se practica el SA únicamente. Por tanto, no se aplica a esas personas incapaces de poderse autoadministrar la medica-



ción que conduce a la muerte. Se han recopilado datos desde el año 1998 al 2023. Según Ana Marcos y Javier de la Torre en su libro titulado: *Y de nuevo la eutanasia* (2019) se expone que no se observa el fenómeno de pendiente resbaladiza, ya que el estado pide que el enfermo deba autoadministrarse el medicamento y este debe poseer una enfermedad calificada como terminal.

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, así como de aplicaciones de la misma, pero se observa que el número de peticiones siempre es más elevado que el de prácticas; en cambio, en los tres últimos años esta diferencia es mucho más acusada.

Figura 3. Número de prescripciones de muerte asistida y número de muertes del 1998 al 2022. Oregón



Fuente: Oregon Health Authority, 2022, 2023

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

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

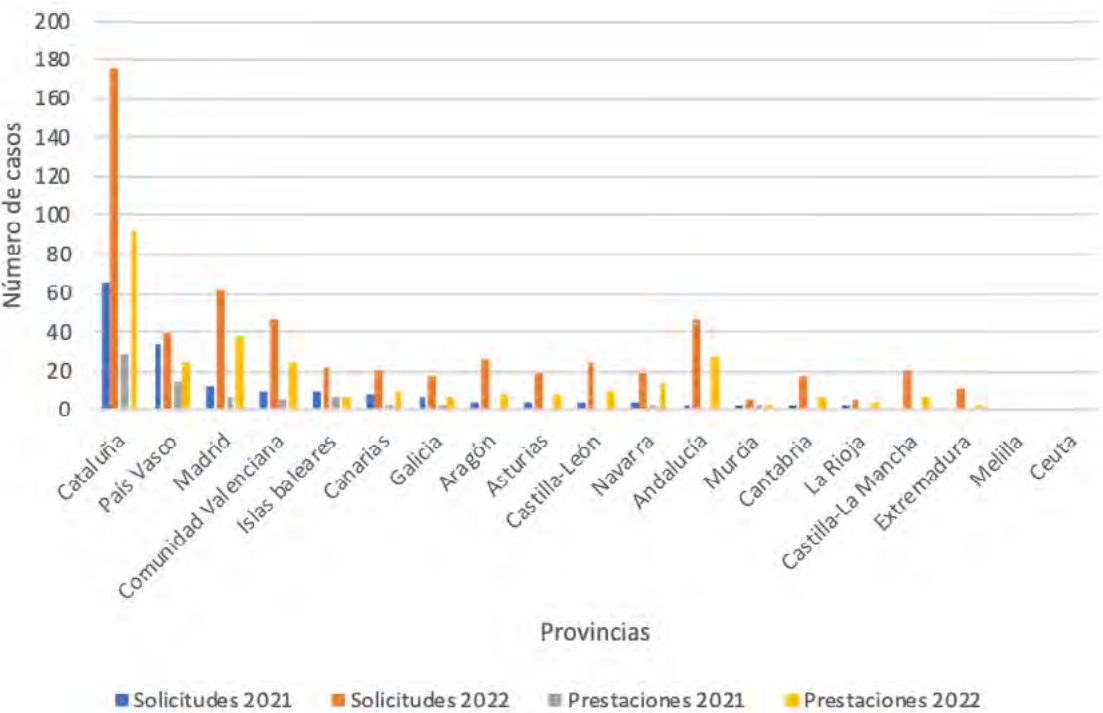


Año	Prescripciones	Muertes	Año	Prescripciones	Muertes
2006	65	46	2019	296	193
2007	85	49	2020	373	259
2008	88	60	2021	384	255
2009	95	59	2022	431	278
2010	97	65			

Fuente: Tomado de Oregon Health Authority (2022, 2023)

Teniendo en cuenta que en España la ley entró en vigor a mediados del año 2021, solamente hay datos de dos años y medio. Las comunidades autónomas con mayor número de peticiones y prestaciones son Cataluña, País Vasco, Madrid, la Comunidad Valenciana y Andalucía. Es decir, las comunidades regionales con mayor número de habitantes y extensión geográfica.

Figura 4. Solicitudes y prestaciones de eutanasia en España por CC. AA. años 2021 y 2022



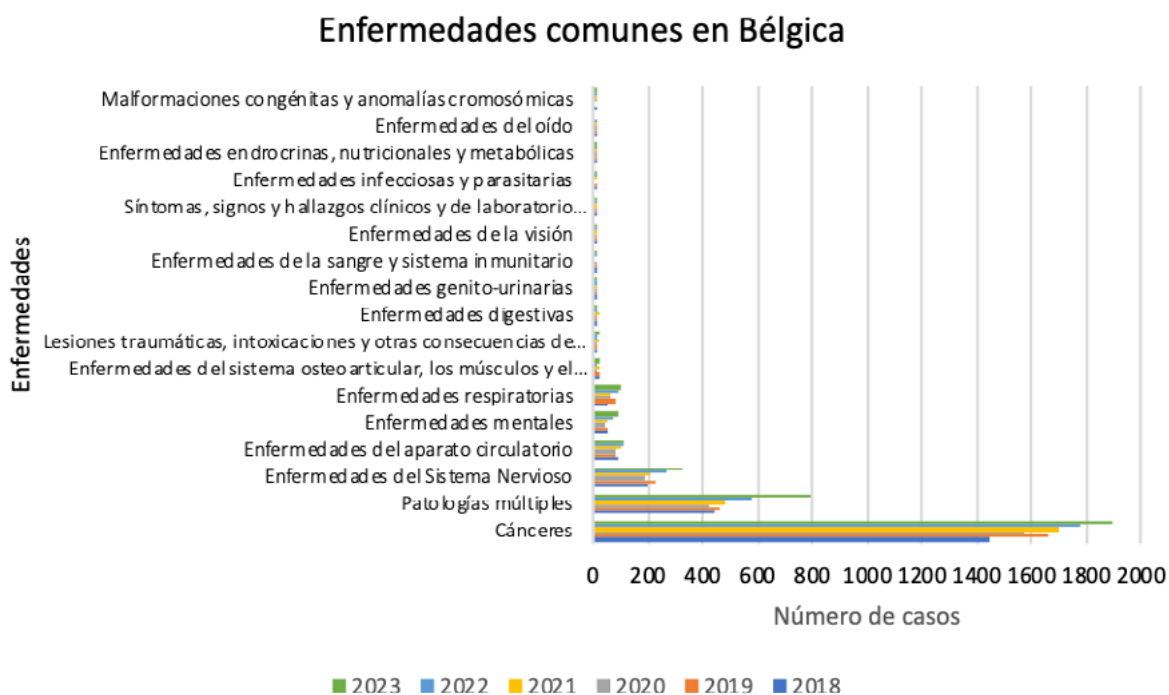
Fuente: Ministerio de Sanidad del gobierno de España (2022, 2023)



3.2. 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 SA. En Bélgica, más de la mitad de las enfermedades referenciadas eran oncológicas y la combinación de diferentes patologías, así como enfermedades del sistema nervioso, entre otras. También 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 en la lista. También hay trastornos cognitivos, como el alzhéimer (1,4%).

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

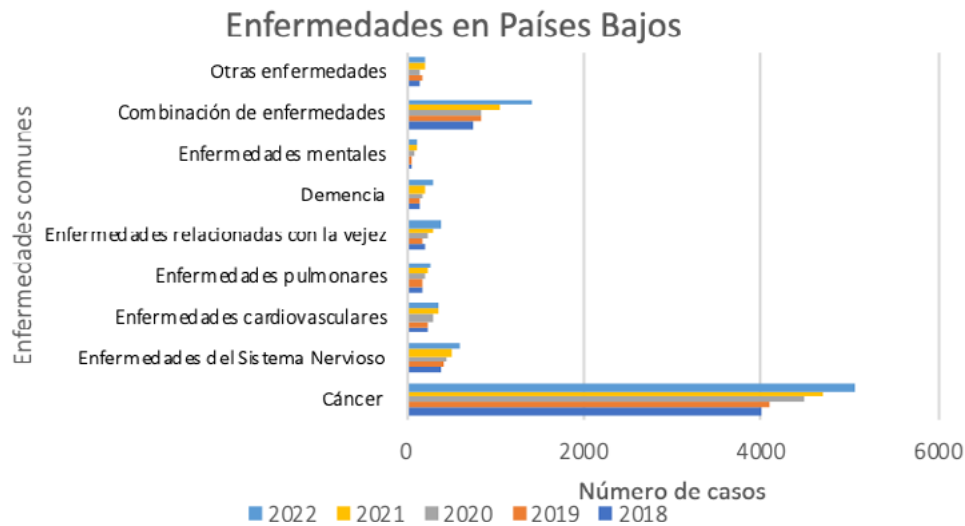


Fuente: Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie (2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024)

En Países Bajos en el año 2022, el cáncer incurable fue también la enfermedad más nombrada, con más de la mitad de los casos. También hay otras como los desórdenes neurológicos como el párkinson y esclerosis múltiple (7%). Enfermedades cardiovasculares (4,1%) y pulmonares (3,2%).



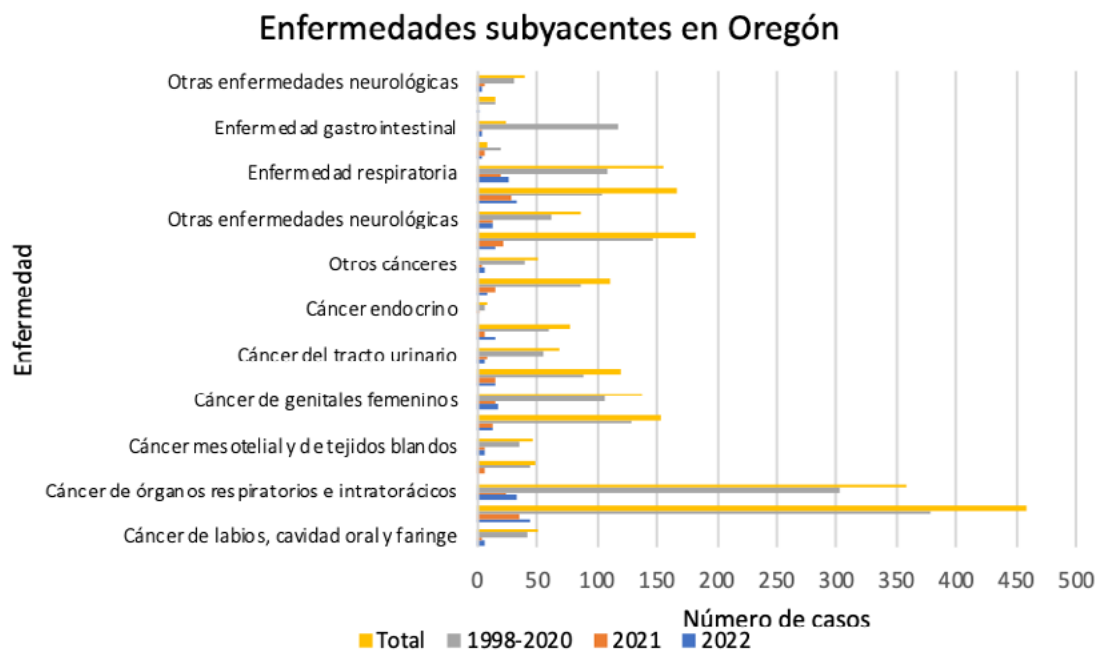
Figura 6. Enfermedades comunes en las peticiones de prestación de ayuda a morir en Países Bajos



Fuente: Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia (2019, 2020, 2021, 2022, 2023)

En el estado de Oregón en el año 2022, las enfermedades más comunes fueron el cáncer (64%), seguido por enfermedades cardíacas (12%) y enfermedades neurológicas (10%). Además, las enfermedades respiratorias también representan un elevado porcentaje (10%).

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

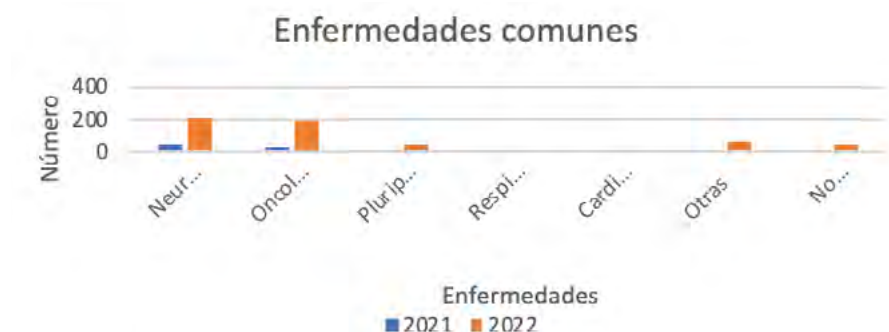


Fuente: Oregon Health Authority (2022, 2023)



A diferencia de lo que ocurre en los demás casos estudiados y aunque en España es muy elevado, el cáncer (en el año 2021 un 29% y en el 2022 un 33%), no es la principal causa de petición. El primer rango lo ocupan las enfermedades neurológicas (en el año 2021 un 53% y en el 2022 un 36%). Debemos tener en cuenta que tan solo hay datos de 18 meses. La pluripatología (en el año 2021 un 5% y en el 2022 un 7%), se encuentra en muchos de los casos de petición. Se observa una tendencia en la que el cáncer podría convertirse en la causa principal, al igual que ocurre en los demás países del estudio.

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



Fuente: Ministerio de Sanidad del gobierno de España (2022-2023)

4. Conclusiones

La eutanasia es una práctica legalizada en algunos países de Europa y en el estado de norteamericano de Oregón. En Europa, Países Bajos, Bélgica y recientemente España 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 *pendiente resbaladiza*, concepto propio de la bioética y que se entiende como una aplicación cada vez más laxa que deriva en un incremento de casos en los que se aplica. La alternativa de cuidados paliativos, en cambio, siendo eficaz, no posee el mismo desarrollo ni alcance ni se percibe como una alternativa eficaz.

Los casos de eutanasia que podemos constatar en nuestro análisis empírico se deslizan hacia variables de 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, ha visto incrementado el número de prácticas eutanásicas en un 50%. En Bélgica 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. 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 con 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, donde se aplica el suicidio médicamente asistido, 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 suicidios médicamente asistidos. Se han dado casos donde la libre voluntad del paciente ha quedado en entredicho y que salieron a la luz pública o casos de presiones familiares o 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 reciente, presenta un número de prestaciones que va en claro orden al alza, siguiendo las pautas iniciales del resto de países estudiados. Por comunidades autónomas llaman la atención en solicitud y aplicación Cataluña, Madrid, País Vasco y la Comunidad Valenciana. En nuestro país el ranquin de aplicación lo ocupan enfermedades neurológicas seguidas de oncológicas, en esto difiere del resto de países.

Referencias

- Altisent, R., Nabal, M., Muñoz, P., Ferrer, S., Delgado-Marroquín, M. T. y Alonso, A. (2021). Eutanasia: ¿es esta la ley que necesitamos? *Atención Primaria*, 53(5), 102057. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102057>
- Bátiz Cántera, J. (2022). La medicina paliativa desde la deontología. *Cuadernos de Bioética*, 33(109), 269-274. <https://doi.org/10.30444/CB.131>
- Bertolín-Guillén, J. M. (2021). Eutanasia, suicidio asistido y psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(140), 51-67. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352021000200003>
- Cayetano-Penman, J., Malik, G. y Whittall, D. (2021). Nurses' Perceptions and Attitudes About Euthanasia: A Scoping Review. *Journal of Holistic Nursing*, 39(1), 66-84. <https://doi.org/10.1177/0898010120923419>
- Chessa, F. y Moreno, F. (2019). Ethical and Legal Considerations in End-of-Life Care. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 46(3), 387-398. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.05.005>
- Colleran, M. y Doherty, A. M. (2024). Examining assisted suicide and euthanasia through the lens of healthcare quality. *Irish Journal of Medical Science (1971 -)*, 193(1), 353-362. <https://doi.org/10.1007/s11845-023-03418-2>



- Dierickx, S., Onwuteaka-Philipsen, B., Penders, Y., Cohen, J., Van Der Heide, A., Puhan, M. A., Ziegler, S., Bosshard, G., Deliens, L. y Chambaere, K. (2020). Commonalities and differences in legal euthanasia and physician-assisted suicide in three countries: A population-level comparison. *International Journal of Public Health*, 65(1), 65-73. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01281-6>
- Doré, M. (2023). Assisted suicide a 20th century problem, Palliative care a 21st century solution. *The Ulster Medical Journal*, 92(1), 4-8.
- Gallego, L., Barreiro, P. y Santiago, M. de. (2022). Eutanasia y suicidio asistido en personas con enfermedad mental. *Cuadernos de Bioética*, 33(108). <https://doi.org/10.30444/CB.121>
- Gerson, S. M., Koksvik, G. H., Richards, N., Materstvedt, L. J. y Clark, D. (2021). Assisted dying and palliative care in three jurisdictions: Flanders, Oregon, and Quebec. *Annals of Palliative*, 10(3). <https://doi.org/10.21037/apm-20-632>
- Gilbertson, L., Savulescu, J., Oakley, J. y Wilkinson, D. (2023). Expanded terminal sedation in end-of-life care. *Journal of Medical Ethics*, 49(4), 252-260. <https://doi.org/10.1136/jme-2022-108511>
- Grove, G., Lovell, M. y Best, M. (2022). Perspectives of Major World Religions regarding Euthanasia and Assisted Suicide: A Comparative Analysis. *Journal of Religion and Health*, 61(6), 4758-4782. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01498-5>
- Gruenewald, D. A. y Vandekieft, G. (2020). Options of Last Resort. *Medical Clinics of North America*, 104(3), 539-560. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2020.01.002>
- Guevara, B. A. M. y Taboada, R. P. (2022). Pendiente resbaladiza de la muerte asistida en los Países Bajos, Bélgica y Colombia. *Revista Médica de Chile*, 150(2), 248-255. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872022000200248>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (s. f.). Productos y Servicios / Publicaciones / Publicaciones de descarga gratuita. Consultado el 6 de marzo de 2024. <https://ine.es/ss/>
- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (2021).
- Marcos del Cano, A. M. y Torre, J. de la. (2019). *Y de nuevo, la eutanasia: Una mirada nacional e internacional*. Dykinson. <https://doi.org/10.2307/j.ctvfb6zvm>
- Marcos del Cano, A. M. y Torre Díaz, F. J. de la. (2021). *Así, no; no así. La ley de la eutanasia en España*. Dykinson. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1ks0gdh>
- Materstvedt, L. J. (2020). Distinction between euthanasia and palliative sedation is clear-cut. *Journal of Medical Ethics*, 46(1), 55-56. <https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105457>
- Mendz, G. L. y Kissane, D. W. (2020). Agency, Autonomy and Euthanasia. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 48(3), 555-564. <https://doi.org/10.1177/1073110520958881>
- Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. (2021). *Manual de buenas prácticas en eutanasia*. https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf
- Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. (2022). *Informe anual 2021 de la prestación de ayuda para morir*. https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/InformeAnualEutanasia_2021.pdf
- Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. (s. f.). *Informe de evaluación anual 2022 sobre la prestación de ayuda para morir*. Recuperado 22 de abril de 2024, de https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/InformeAnualEutanasia_2022.pdf



- Oregon Health Authority. (2022). *Oregon Death With Dignity Act: 2021 Data Summary*. <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year24.pdf>
- Oregon Health Authority. (2023). *Oregon Death With Dignity Act: 2022 Data Summary*. <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year25.pdf>
- Preston, N. (2019). How should palliative care respond to increasing legislation for assisted dying? *Palliative Medicine*, 33(6), 559-561. <https://doi.org/10.1177/0269216319848223>
- Regional Euthanasia Review (RTE). (2019). *Informe anual 2018*. <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>
- Regional Euthanasia Review (RTE). (2020). *Informe anual 2019*. <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>
- Regional Euthanasia Review (RTE). (2021). *Informe anual 2020*. <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>
- Regional Euthanasia Review (RTE). (2022). *Informe anual 2021*. <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>
- Regional Euthanasia Review (RTE). (2023). *Annual report 2022*. <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>
- Riisfeldt, T. D. (2023). Overcoming Conflicting Definitions of “Euthanasia,” and of “Assisted Suicide,” Through a Value-Neutral Taxonomy of “End-Of-Life Practices”. *Journal of Bioethical Inquiry*, 20(1), 51-70. <https://doi.org/10.1007/s11673-023-10230-1>
- Roest, B., Trappenburg, M. y Leget, C. (2019). The involvement of family in the Dutch practice of euthanasia and physician assisted suicide: A systematic mixed studies review. *BMC Medical Ethics*, 20(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0361-2>
- Sacristán Rodea, A. y Ferrari Sanjuan, M. (2021). Tratamientos al final de la vida: Cuidados paliativos, sedación terminal, eutanasia y suicidio medicamente asistido (SMA). *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS)*, 6(2), 94-105. <https://doi.org/10.37536/RIECS.2021.6.2.293>
- SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. (2019). *Euthanasie – Chiffres de l'année 2018*. <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/euthanasie-chiffres-de-lannee-2018>
- SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. (2020). *Euthanasie – Chiffres de l'année 2019*. <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/euthanasie-chiffres-de-lannee-2019>
- SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. (2022). *Euthanasie – Chiffres de l'année 2021*. <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/euthanasie-chiffres-de-lannee-2021>
- SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. (2023). *Euthanasie – Chiffres de l'année 2022*. <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/euthanasie-chiffres-de-lannee-2022>



- SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. (2024). *Communiqué de presse CF-CEE - Chiffres de l'année 2023*. <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/communique-de-presse-cfcee-chiffres-de-lannee-2023>
- Torre Díaz, J. de la. (2019). Eutanasia: Los factores sociales del deseo de morir. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (11), 1-23. <https://doi.org/10.14422/rib.i11.y2019.004>
- Van Den Berg, V. E., Zomers, M. L., Van Thiel, G. J., Leget, C. J., Van Delden, J. J. y Van Wijngaarden, E. J. (2022). Requests for euthanasia or assisted suicide of people without (severe) illness. *Health Policy*, 126(8), 824-830. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.06.004>
- Van Gorp, B., Olthuis, G., Vandekeybus, A., y Van Gorp, J. (2021). Frames and counter-frames giving meaning to palliative care and euthanasia in the Netherlands. *BMC Palliative Care*, 20(1), 79. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00772-9>