



Universidad de Valladolid



EVOLUCIÓN DE LA EUTANASIA EN
ESPAÑA DESDE LA APROBACIÓN DE LA
LEY ORGÁNICA DE LA REGULACIÓN DE
LA EUTANASIA

Autor: Alejandro Matías Villar

Tutora: Dra. Mercedes Martínez León

Departamento de Anatomía Patológica, Microbiología, Medicina Preventiva y
Salud Pública y Medicina Legal y Forense

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	3
3. OBJETIVOS	3
4. MATERIALES Y MÉTODOS	3
5. LIMITACIONES.....	4
6. DESARROLLO DEL TEMA	5
I. PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LA EUTANASIA	5
II. REGULACIÓN DE LA EUTANASIA EN OTROS PAÍSES.....	9
III. DATOS DE LOS CASOS PRACTICADOS DESDE LA ENTRADA EN VIGOR DE LA LORE	11
IV. DATOS DE LOS MÉDICOS INVOLUCRADOS EN LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.....	18
V. OTROS DATOS DE INTERÉS RELACIONADOS CON LA EUTANASIA	19
VI. EVOLUCIÓN DEL REGISTRO DEL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS	22
7. CONCLUSIONES.....	24
8. BIBLIOGRAFÍA.....	25

RESUMEN

Introducción: En España, tras 4 años de la legalización y regulación de la eutanasia y del suicidio asistido, existen datos que nos permiten conocer cómo se ha llevado a cabo este procedimiento en este intervalo de tiempo.

Objetivos: Este trabajo busca analizar los datos publicados desde la aprobación de la LORE para conocer cómo ha sido la evolución de la eutanasia en España y cómo se ha aplicado.

Materiales y método: Se realiza una revisión bibliográfica de los informes publicados por las Comisiones de Garantías y Evolución, así como de artículos publicados en bases de datos científicas, como Pubmed y Web of Science, además de leyes y documentos jurídicos.

Resultados: Desde la aprobación de la Ley Orgánica Reguladora de la Eutanasia, han aumentado el número de personas que solicitan este procedimiento y el número de eutanasias realizadas. Sin embargo, existe una falta de información que permita estudiar con mayor profundidad la aplicación de esta ley.

Palabras clave: eutanasia; suicidio asistido; instrucciones previas; ley orgánica.

ABSTRACT

Introduction: In Spain, 4 years after the legalization and regulation of euthanasia and assisted suicide, there are data that allow us to know how this procedure has been carried out in this interval of time.

Aims: This work wants to analyze the data that have been published since the approval of the Euthanasia Regulation Organic Law in order to know how the evolution of euthanasia in Spain has been and how it has been applied.

Materials and method: We have done a bibliographic review of the reports published by the Guarantee and Evolution Commissions, and articles published in scientific databases, such as Pubmed and Web of Science, in addition to laws and legal documents.

Results: Since the approval of the Euthanasia Regulation Organic Law, the number of people who request this procedure and the number of euthanasias that have been realized have increased. However, there is a lack of information that allows us to study more deeply the application of this law.

Key words: euthanasia; assisted suicide; previous instructions; organic law.

1. INTRODUCCIÓN

En España, mediante la aprobación de la Ley Orgánica 3/2021, del 24 de marzo, más conocida como Ley Orgánica Reguladora de la Eutanasia (en adelante LORE), la prestación de ayuda para morir a pacientes que sufren enfermedades graves con grandes padecimientos e incurables pasó de ser un delito tipificado en el Código Penal según el artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, del 23 de noviembre[1], a ser un acto médico lícito, legal, regulado, ampliamente solicitado e incluido en la prestación de servicios que ofrece el Sistema Nacional de Salud.

El término “eutanasia” viene del griego “*eu*” (bueno) y “*tánatos*” (muerte). La LORE la define como “el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento”. En la práctica, consiste en ofrecer la ayuda para morir a una persona que sufra un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, ya sea mediante la administración de medicación por parte de un profesional sanitario (eutanasia propiamente dicha) o permitiendo el acceso del paciente a dicha medicación para su autoadministración (suicidio asistido).[2]

Durante años, la eutanasia y el suicidio asistido han sido objeto de numerosos debates bioéticos y jurídicos, así como de varias polémicas que se han despertado con casos que han conmocionado a la opinión pública, como el de Ramón Sampederro en 1998, el de M^a José Carrasco en 2019 o el de Anthony Bland en 1993 en el Reino Unido. Ya en 1998, el grupo político Izquierda Unida hizo una proposición de Ley de Eutanasia, que fue rechazada por el Congreso.

A lo largo de los últimos años, han surgido argumentos tanto a favor como en contra de la eutanasia, entrando en conflicto los principios bioéticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia. Algunos argumentos a favor de este proceso son que favorece el principio de autonomía al permitir al paciente decidir de una forma digna sobre su muerte, que evita la obstinación terapéutica (utilización de tratamientos desproporcionados que no resultan curativos para el paciente y únicamente alargan su vida en condiciones indignas y de intenso sufrimiento), y que evita que los pacientes con enfermedades incurables lleguen a un punto de tal degeneración a causa de sus síntomas que su sufrimiento sea imposible de paliar.[3]

Por otro lado, también han entrado en el conflicto varios argumentos en contra, muchos de ellos con una base en la moral religiosa. Algunos de estos son que el deber de un sanitario es respetar la vida de un paciente siguiendo el principio de no maleficencia, que muchos pacientes pueden llegar a solicitar la eutanasia sintiéndose presionados por sus familiares encargados de cuidarles en vez de porque realmente no toleren su enfermedad, o que se puede llegar a una “pendiente resbalosa” en la cual se llegue al punto de practicar eutanasias a pacientes de forma involuntaria que realmente no la quieren, equiparándose esto a actos de homicidio, para eliminar de la población a las personas que necesitan manutención y no resultan útiles para la sociedad, y que esto sea imposible de controlar.[4] Cabe destacar que la LORE, tal como está redactada, tiene unos criterios y un procedimiento que buscan regular esto para asegurar que no haya un descontrol y evitar que se practique la eutanasia a pacientes que no quieran realmente la misma.

En España, la Ley Orgánica Reguladora de la Eutanasia fue aprobada el 24 de marzo de 2021, a través de una “Proposición de Ley” del Congreso de los Diputados, no de un “Proyecto de Ley”, que suele ser la forma más habitual. De esta forma, España se convirtió en el 5º país en Europa y el 11º en el mundo en regular la eutanasia y el suicidio asistido.

Podemos decir a favor de la Ley Española que es una de las garantistas que existen y la única junto a la Ley Colombiana que aun teniendo todos los informes favorables tienen que pasar por una Comisión de Garantías antes de poder practicar la prestación de ayuda para morir. La LORE explica detalladamente el protocolo a seguir para la solicitud del acto de eutanasia, qué profesionales sanitarios y jurídicos deben considerar la solicitud como favorable o desfavorable, qué intervalos de tiempo deben pasar entre cada etapa del proceso, qué requisitos debe cumplir un paciente para poder solicitar la eutanasia, y asegura la creación de Comisiones de Garantías y Evaluación que garanticen la revisión del proceso de cada paciente solicitante, a las que se pueda recurrir en caso de que la solicitud se considere desfavorable y que están obligadas a publicar anualmente los datos de los procedimientos de ayuda para morir solicitados y realizados cada año de forma pública.

Actualmente, 4 años después de la entrada en vigor de la LORE, ya existen datos que permiten analizar cómo han sido los primeros años de evolución de esta ley, reflejar

su necesidad, observar cómo se ha llevado a cabo y distinguir qué aspectos se cumplen o no, así como estudiar qué se debería mejorar y cuál podría ser la forma de hacerlo.

2. JUSTIFICACIÓN

El derecho a la prestación de ayuda para morir ya sea en forma de eutanasia o de suicidio asistido, y la forma de regularlo son novedades muy recientes en nuestro país y que han sido durante años objeto de debate y controversia a nivel médico, bioético y jurídico, incluso tras la aprobación de la LORE. Además, esta prestación de ayuda para morir en la gran mayoría de los países del mundo no está regulada de forma legal.

Me parece un tema muy importante, actual y controvertido para todos los profesionales sanitarios, por lo que es interesante realizar un análisis de cómo ha evolucionado este procedimiento en nuestro país durante los pocos años que la LORE lleva funcionando ahora que existen datos oficiales publicados que reflejan cuántas personas han solicitado esta prestación, conocer cómo se ha desarrollado, conocer más información sobre el tipo de pacientes que la solicitan, cómo se ha aplicado este procedimiento, o qué profesionales sanitarios han realizado esta prestación a sus pacientes.

3. OBJETIVOS

El objetivo general: analizar la evolución de la prestación de ayuda para morir en España desde la entrada en vigor de la Ley Orgánica Reguladora de la Eutanasia.

Los objetivos específicos son:

- 1) Estudiar los datos publicados por las Comisiones de Garantía y Evaluación en los últimos años.
- 2) Comparar el proceso de eutanasia en España con el de otros países.
- 3) Estudiar el número de casos solicitados de eutanasia en España desde la entrada en vigor de la LORE.
- 4) Conocer datos epidemiológicos sobre los casos practicados.
- 5) Valorar la evolución del número de documentos de Instrucciones Previas registrados desde la aprobación de la ley.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de una revisión bibliográfica, para la cual se han realizado las siguientes búsquedas:

- Búsqueda de publicaciones científicas en bases de datos como PubMed, Web of Science, Cochrane o UpToDate, empleando términos en inglés y en español.
- Búsqueda en el BOE y en el BOCyL de leyes y textos jurídicos relacionados con la LORE y otros aspectos de la asistencia sanitaria.
- Búsqueda de protocolos, textos jurídicos e informes oficiales de la CGyE y otras fuentes con datos estadísticos y epidemiológicos en el Portal de Salud de la Consejería de Sanidad de Castilla y León, en el Portal del Ministerio de Sanidad y en los datos publicados por el Registro Nacional de Instrucciones Previas.
- Consulta de libros que analizan la eutanasia desde una perspectiva ética y jurídica.

En este trabajo de investigación se respetan las normas éticas y legales aplicables, en particular la Declaración de Helsinki y el Convenio de Oviedo, y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

5. LIMITACIONES

La principal limitación para la realización de este trabajo ha sido que, a pesar de que el artículo 18 de la Ley Orgánica 3/2021, del 24 de marzo, especifica que una de las funciones de las Comisiones de Garantía y Evaluación consiste en elaborar y hacer público un informe anual de evaluación acerca de la aplicación de dicha ley, existe una falta de datos que provoca un retraso en la publicación de estos informes, habiéndose publicado actualmente solamente a nivel anual los informes de 2021, 2022 y 2023, habiéndose publicado este último en noviembre de 2024, es decir, con casi 1 año de retraso, existiendo previamente solo los informes de 2023 de algunas Comunidades Autónomas, como el País Vasco. En ningún momento se han publicado hasta ahora los datos de 2024 de ningún territorio autonómico.

Por otro lado, los datos del registro de objetores de conciencia no son públicos, así que son datos de difícil acceso, lo cual impide investigar cuántos profesionales sanitarios se han declarado objetores de conciencia a la prestación de ayuda para morir ni cómo ha evolucionado este registro en los años que la LORE lleva en vigor, que sería un tema de investigación interesante para analizar de forma más completa la evolución de esta ley y su impacto en el ámbito sanitario.

6. DESARROLLO DEL TEMA

El desarrollo del tema se divide en los siguientes apartados:

I. PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LA EUTANASIA

Para solicitar la prestación de ayuda para morir, se deben cumplir los siguientes requisitos:[5,6]

- Tener nacionalidad española, residencia legal en España o certificado de empadronamiento que asegure un tiempo de permanencia en territorio español superior a 12 meses.
- Tener más de 18 años.
- Ser capaz y consciente en el momento de la solicitud, a no ser que exista un documento de Instrucciones Previas que asegure que la voluntad del paciente declarado incapacitado era la solicitud de esta prestación.
- Sufrir una enfermedad grave, crónica e imposibilitante, certificada por el médico responsable.

Si se cumplen estas condiciones, el paciente podrá solicitar la eutanasia a un médico, que será el médico responsable. La solicitud se entrega por escrito, y el médico responsable deberá informar al paciente sobre el pronóstico de su enfermedad y las alternativas terapéuticas de las que dispone, incluyendo Cuidados Paliativos y atención psicológica o apoyo social, así como verificar que cumple con los requisitos mencionados anteriormente y que su capacidad de decisión no está alterada ni está siendo presionado por factores externos como, por ejemplo, familiares.

Esta es la forma de comenzar el proceso según el artículo 5.1 de la LORE, si el paciente es capaz y consciente. En caso de que el paciente esté incapacitado por no estar en pleno uso de sus facultades mentales o no pueda expresar su consentimiento, se debe comenzar el proceso como especifica el artículo 5.2: el paciente debe haber registrado previamente un documento de Instrucciones Previas que indique que su deseo era recibir la eutanasia. El documento de Instrucciones Previas se creó con el artículo 11 de la Ley Orgánica 41/2002, del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Mediante este documento, el paciente puede manifestar anticipadamente su voluntad referente al tratamiento de su salud, así como designar un representante legal que represente su voluntad de acuerdo a lo escrito en el propio documento.[7]

En estos casos, es el médico responsable el encargado de comprobar la incapacidad del paciente mediante la entrevista clínica, en la que debe evaluar con una serie de preguntas ya preestablecidas por protocolo su capacidad de comprensión, apreciación, razonamiento coherente y expresión de su elección. También puede utilizar herramientas de apoyo, como el cuestionario del MiniMental State Examination (MMSE), ampliamente utilizado como herramienta de evaluación de deterioro cognitivo, u otros cuestionarios como el ACE o el MacArthur de Evaluación de la Capacidad para el Tratamiento.[8]

Una vez iniciado el procedimiento, ya sea por el artículo 5.1 o por el 5.2, si el médico responsable considera que la solicitud es favorable, dará al paciente la información sobre el proceso por escrito, y se iniciará un proceso deliberativo de 15 días para que el paciente reflexione sobre su decisión y contemple otras alternativas antes de realizar la 2ª solicitud. Este plazo puede reducirse si las circunstancias del caso clínico lo requieren.

Pasado el periodo deliberativo, el paciente debe indicar si desea continuar o no con el proceso. Cabe destacar que el paciente puede retirar la solicitud en cualquier momento del proceso. Si desea continuar, debe entregar al médico responsable una 2ª solicitud, también por escrito, que también debe aprobar el médico responsable. Si se resuelve como favorable, se inicia un nuevo periodo deliberativo de entre 2 y 5 días. Si pasado este tiempo el paciente desea continuar, deberá firmar el consentimiento informado.

Tras esto, el médico responsable deberá consultar a otro médico, el médico consultor, quien deberá estudiar la historia clínica, examinar al paciente y verificar que se han cumplido los procedimientos estipulados por la ley. En un plazo de 10 días desde la firma de la 2ª solicitud, el médico consultor deberá redactar un informe en el que detalle si considera o no la solicitud como favorable para continuar con el proceso. Si se considera favorable, el médico responsable deberá notificarlo mediante un informe a la Comisión de Garantías y Evaluación en un plazo máximo de 3 días. Si se considera desfavorable, el paciente tiene un tiempo de hasta 15 días para presentar un recurso a dicha comisión. Este recurso puede presentarse en cualquier momento del proceso en el que la eutanasia sea considerada desfavorable, como se explica más adelante.[5]

La Comisión de Garantías y Evaluación (en adelante CGyE) es un organismo creado en cada Comunidad Autónoma y en las ciudades de Ceuta y Melilla formado por 5 médicos, 3 profesionales en derecho, 3 enfermeros, 1 psicólogo clínico y 1 trabajador social. Sus funciones son verificar que el proceso de prestación se realice de forma correcta, como se verá a continuación, estudiar los recursos presentados en los casos

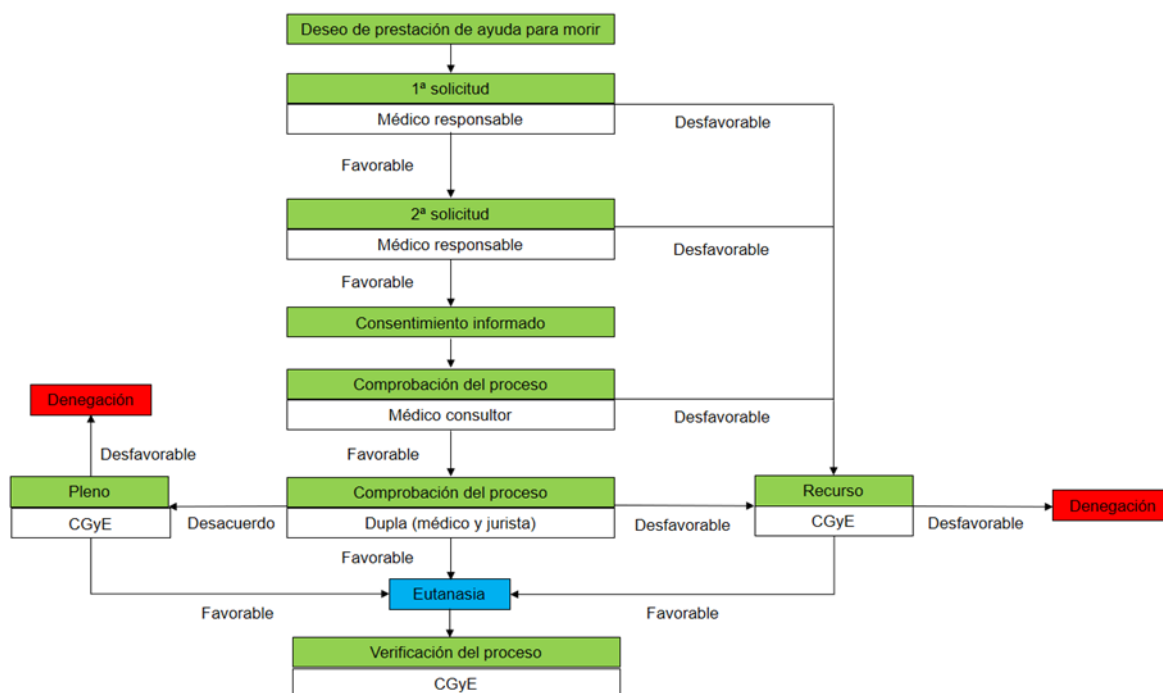
en los que la prestación de la ayuda para morir haya sido denegada y elaborar un informe anual con los datos de las eutanasias solicitadas y practicadas de forma anual.[2]

Una vez recibido el informe del médico responsable, la CGyE deberá designar en el plazo máximo de 2 días a un médico y un jurista, denominados la dupla, para que verifiquen si se cumplen los requisitos y condiciones adecuados para continuar adelante con la prestación de ayuda para morir. Aquí pueden suceder 3 posibilidades: que los dos miembros de la dupla consideren el proceso favorable, que lo consideren desfavorable o que los dos miembros estén en desacuerdo.

Si la resolución de la dupla es favorable, se lleva a cabo la prestación de ayuda para morir. Si la resolución de la dupla es desfavorable, no se lleva a cabo dicha prestación. El paciente puede reclamar esta decisión presentando un recurso a la CGyE. Si hay un desacuerdo entre los dos miembros de la dupla, todos los miembros de la Comisión deberán estudiar el caso y debatirlo en un pleno. Si se decide como favorable, se lleva a cabo la prestación de ayuda para morir.

Si el médico responsable, el médico consultor o la dupla consideran desfavorable la solicitud, se puede presentar un recurso para que la CGyE evalúe el caso en un pleno y decida si realizar la prestación o no. Si, aun así, el pleno decide denegar la prestación, se puede presentar un recurso ante la jurisdicción contencioso-administrativa.[6]

Finalmente, si se realiza la prestación de ayuda para morir, la CGyE evalúa posteriormente de nuevo todo el procedimiento.



Esquema 1: Procedimiento de solicitud de prestación de ayuda para morir. Fuente: Elaboración propia según la Ley Orgánica 3/2021, del 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

Una vez aprobada la prestación, esta puede realizarse de 2 formas:

- 1- Administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario (eutanasia propiamente dicha).
- 2- Prescripción o suministro al paciente de la sustancia por parte del profesional sanitario para la autoadministración por el paciente (suicidio asistido).

La primera modalidad emplea la vía intravenosa (más recomendada en pacientes que utilizan como procedimiento de solicitud el artículo 5.2 con un documento de instrucciones previas). Para llevar a cabo la eutanasia, se administra por esta vía midazolam como premedicación para disminuir la ansiedad del paciente, lidocaína como anestésico local para disminuir el dolor de la inyección, propofol para inducir el coma y bloqueantes neuromusculares para provocar la muerte. Esto provocará una parada cardiorrespiratoria.

En la segunda modalidad, se puede emplear la vía oral o la intravenosa, requiriendo esta última los mismos fármacos que en la primera modalidad. Por vía oral, se deben administrar antieméticos (metoclopramida u ondasetrón) para evitar que el paciente vomite la medicación, ansiolíticos y pentobarbital para inducir el coma. En caso de

fracaso de la vía oral, se debe tomar una vía periférica para proceder a la administración intravenosa.[9]

II. REGULACIÓN DE LA EUTANASIA EN OTROS PAÍSES

La regulación de la eutanasia y del suicidio asistido en los países en los que alguna de estas dos prácticas está legalizada es diferente de la que existe en España (ver imagen 1 en el Anexo). Los países en los que existen leyes reguladoras de la eutanasia son:[10]

- **Holanda:** Fue el primer país del mundo en regular la eutanasia y el suicidio asistido, en 2002. La ley holandesa permite administrar la prestación de ayuda para morir a mayores de 12 años siempre que se les considere capaces de tomar decisiones y tengan el consentimiento de uno de sus padres. Entre los 16 y los 18 años, la decisión es del paciente, pero se tiene en cuenta a sus padres. Difiere de la ley española en que permite la eutanasia en menores de edad y en pacientes psiquiátricos. Además, existen Comisiones Regionales de Revisión de la Eutanasia holandesas (equivalente a las CGyE españolas) que revisan el caso a posteriori (al contrario que la española, que lo evalúan antes de la prestación).
- **Bélgica:** La ley de eutanasia belga del 2002 se diferencia de la ley holandesa, que solo regula la eutanasia y no el suicidio asistido. No tiene límite de edad para solicitar la prestación (cualquier menor de edad puede solicitarla con el consentimiento de los padres) y, al igual que en Holanda, existe una Comisión Federal de Control y Evaluación que estudia cada caso a posteriori.
- **Luxemburgo:** Su ley regula tanto la eutanasia como el suicidio asistido desde 2009. Es similar a las leyes holandesa y belga, salvo porque no permite la prestación a menores de edad.
- **Suiza:** La ley suiza prohíbe la eutanasia (aunque es un atenuante respecto al homicidio), pero tiene un vacío legal en cuanto al suicidio asistido, ya que solamente lo castiga cuando este se realiza con fines egoístas. Por lo tanto, en Suiza el suicidio asistido se puede realizar a cualquier persona (no requiere enfermedad grave e incurable, como en otros países), sin necesidad de que sea realizado por personal sanitario. Esto ha llevado a que existan empresas que facilitan el suicidio asistido a quien lo solicita, tanto a ciudadanos suizos como a ciudadanos extranjeros en cuyos países este procedimiento no está legalizado. Además, no existen datos de cuántos suicidios asistidos se realizan en este país, ya que en los registros se cuentan como cualquier tipo de suicidio.

- **Estados Unidos:** El suicidio asistido es legal en 10 estados: Oregón, Washington, Montana, Vermont, California, Colorado, Hawái, Maine, Nueva Jersey, Nuevo México y el Distrito Federal de Columbia/Washington D.C. Pueden solicitarlo pacientes mayores de 18 años con expectativa de vida inferior a 6 meses.
- **Canadá:** Desde 2016, tanto la eutanasia como el suicidio asistido están legalizados en este país. Como requisitos, el paciente que lo solicita debe tener al menos 18 años y sufrir un padecimiento grave e imposibilitante. No se limita a enfermos terminales, como sucede en EEUU. Además, niega la prestación de ayuda a aquellos pacientes cuya única patología sea psiquiátrica. La ley de canadiense es la más parecida a la española.
- **Colombia:** Desde 2015, se contemplan tanto la eutanasia como el suicidio asistido en pacientes con patologías graves y terminales cuyo sufrimiento no pueda ser aliviado. Además, el paciente debe ser valorado por un médico y por un Comité Científico Interdisciplinario antes de la prestación (equivalente a la CGyE española). La ley de eutanasia colombiana es muy similar a la española, con la diferencia de que la colombiana sí permite la administración de la prestación a menores de edad a partir de los 6 años. Entre los 6 y los 12 años, debe tener el consentimiento de los padres. Entre los 12 y los 14, decide el menor, pero la opinión de los padres se tiene en cuenta. A partir de los 14 años, la decisión es únicamente del paciente.
- **Australia:** Los estados de Victoria y Australia Occidental permiten desde 2019 la eutanasia y el suicidio asistido en enfermos terminales. Desde 2022, se ha empezado a legalizar también en los estados de Tasmania, Australia del Sur, Queensland y Nueva Gales del Sur. Ha sido aprobada su legalización también en el Territorio de la Capital Australiana, donde la ley reguladora entrará en vigor en 2025. Mientras tanto, en el Territorio del Norte continúa siendo ilegal.[11]
- **Alemania:** El Código Penal alemán prohíbe la eutanasia y el suicidio asistido. Solamente despenaliza el suicidio asistido cuando es en un caso esporádico llevado a cabo por un familiar o una persona cercana de forma aislada. Por lo tanto, ni el personal sanitario ni empresas como las suizas pueden llevar a cabo estas acciones.
- **Nueva Zelanda:** En 2021, entró en vigor una ley reguladora de la eutanasia y del suicidio asistido en pacientes terminales mayores de edad.
- **Austria:** Desde enero de 2022, el suicidio asistido se hizo legal en Austria para mayores de 18 años con enfermedades incurables, teniendo que ser valorado por

2 médicos. Sin embargo, este proceso cuenta con varias restricciones y en muchos casos la prestación del suicidio asistido resulta poco accesible.[12]

- **Portugal:** Desde mayo de 2023, Portugal tiene también regulada una prestación de ayuda para morir, la cual será por defecto suicidio asistido, permitiéndose solo la eutanasia en los casos en los que el paciente esté incapacitado para autoadministrarse la medicación. El paciente debe ser mayor de 18 años, con nacionalidad o residencia legal portuguesa, deberá ser evaluado por 2 médicos y 1 psicólogo, y el caso requiere un control previo por una Comisión de Control y Evaluación, similar a la CGyE española.[12]
- **Ecuador:** En abril de 2024, se ha promulgado una ley reguladora de la eutanasia ecuatoriana, que permite la eutanasia en pacientes de enfermedades incurables tras ser valorados por un Comité Interdisciplinario formado por 3 médicos especialistas de la especialidad referente a la patología del paciente, 1 psicólogo, 1 psiquiatra, 1 bioeticista, 1 abogado, 1 trabajador social y el representante de la sociedad civil de un Comité de Ética.[13]
- **Eslovenia:** En junio de 2024, se hizo un referéndum no vinculante si se debía permitir la eutanasia, en uno de esos referendos, el 55 % se pronunció a favor de una “regulación legal del derecho a la asistencia al final voluntario de la vida”, mientras que el 44 % votó en contra. El gobierno esloveno se está planteando aprobar una Ley de Regulación de la Eutanasia.

III. DATOS DE LOS CASOS PRACTICADOS DESDE LA ENTRADA EN VIGOR DE LA LORE

A continuación, se exponen los datos estadísticos y epidemiológicos publicados para conocer cómo ha sido la evolución de la eutanasia en España desde la entrada en vigor de la LORE el día 25 de junio de 2021:[14–16]

Como podemos ver en el gráfico 1, los datos en España desde la entrada en vigor el día 25 de junio de 2021 de la LORE hasta el 31 de diciembre de 2023, son 1515 solicitudes de la prestación de ayuda para morir: 173 en 2021, 576 en 2022 y 766 en 2023. Sin embargo, de estas 1515 solicitudes, finalmente se han realizado 697 prestaciones (46%): 75 en 2021 (43'35%), 288 en 2022 (50%) y 334 en 2023 (43'6%). Cabe destacar que, en total, 374 solicitantes de los 1515, es decir, el 24'69%, fallecieron antes de poder llevarse a cabo la prestación.

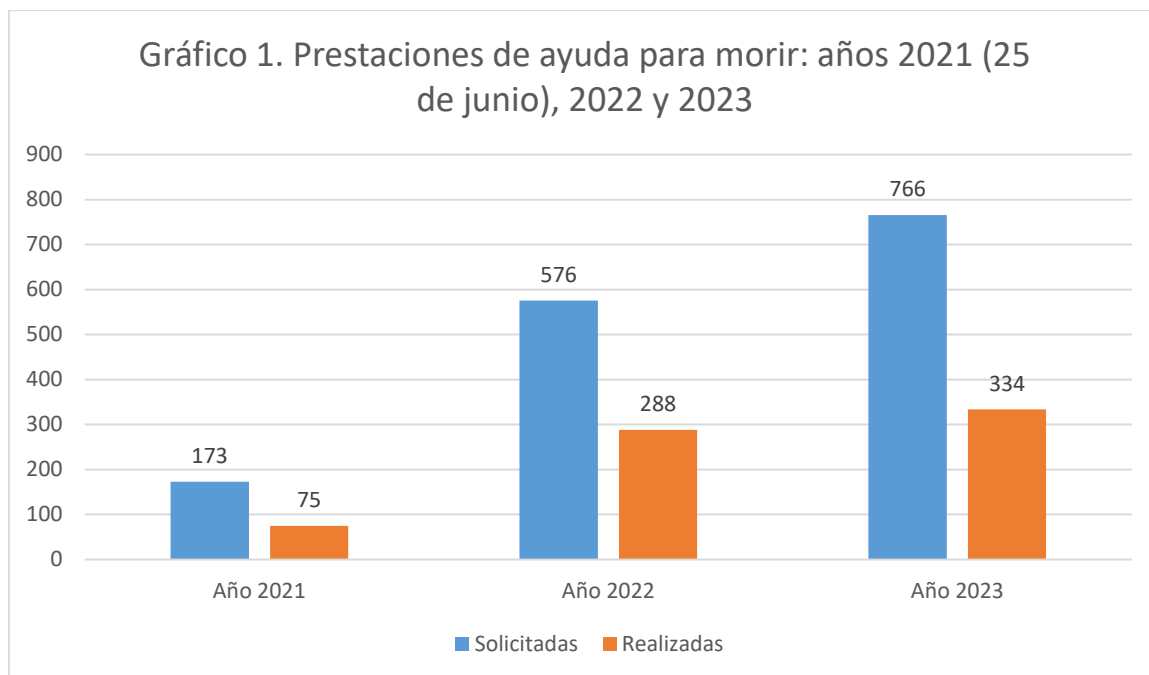


Gráfico 1. *Elaboración propia. Datos de eutanasias solicitadas y realizadas en España desde la entrada en vigor de la LORE hasta el 31 de diciembre de 2023. Fuente: Ministerio de Sanidad: Informe anual de la prestación de ayuda para morir de 2021, 2022 y 2023.*

La Comunidad Autónoma donde mayor número de solicitudes hay es Cataluña, seguida de Madrid, País Vasco, la Comunidad Valenciana, Andalucía y las Islas Canarias. Sin embargo, en cuanto a porcentajes de prestaciones realizadas respecto a las solicitadas destaca el País Vasco, con un 81% en 2023 y un 60% en 2022. También es cierto que se han registrado porcentajes muy altos en comunidades con pocas solicitudes, como pueden ser Extremadura y Murcia en 2023, teniendo ambas un porcentaje del 100%, dado que en cada una solo se habían realizado 2 solicitudes. En el lado contrario, tenemos por ejemplo a territorios como Aragón y Cantabria, con un 12% y un 16% en 2023, respectivamente. Los datos nos indican que estos porcentajes, en la mayor parte de las Comunidades Autónomas, no superan el 50%, es decir, se realizan menos de la mitad de las eutanasias que se solicitan. Ver Gráfico 2.

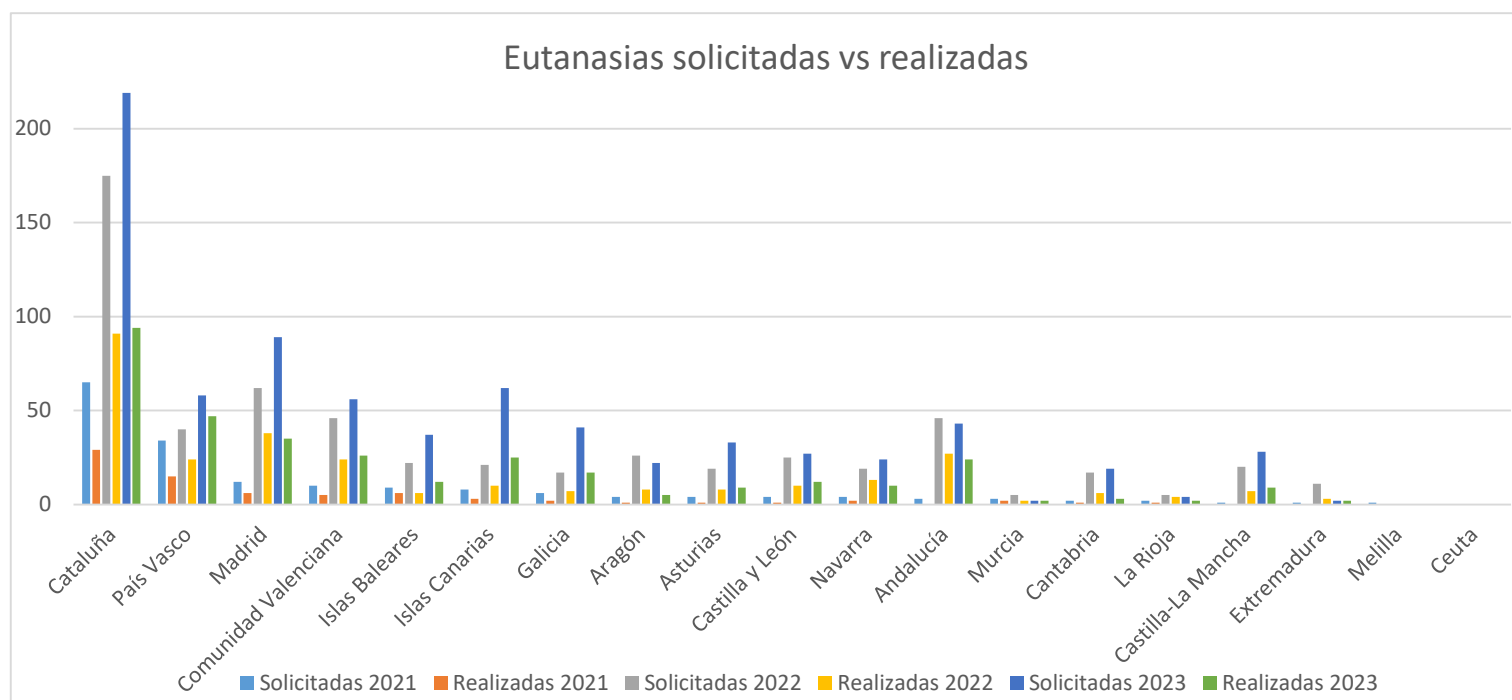


Gráfico 2: Elaboración propia. Datos de eutanasias solicitadas y realizadas en España por Comunidad Autónoma. Fuente: Ministerio de Sanidad: Informe anual de la prestación de ayuda para morir de 2021, 2022 y 2023.

En Castilla y León, en 2023 se realizaron 27 solicitudes, de las cuales se llevaron a cabo 12 prestaciones, lo cual supone un 44%, equivalente al porcentaje a nivel nacional. Para más información sobre estos porcentajes, ver en el Anexo el Gráfico 3.

En cuanto a la patología que padecían los solicitantes, ver los datos de la Tabla 1 del Anexo. Estos datos nos indican que en 2021 y 2022 la principal causa de solicitud de la eutanasia correspondía a enfermedades neurológicas, seguidas de enfermedades oncológicas, al contrario de lo que sucede en otros países, donde los datos indican que la principal causa de la solicitud son los procesos oncológicos. Sin embargo, en 2023, la patología oncológica superó a la neurológica como causa de solicitud de la prestación, equiparándose así los datos en España con los de otros países.

Otro detalle del que nos podemos dar cuenta viendo esta tabla es que el Ministerio de Sanidad cambió la forma de recoger los datos, ya que en 2021 se recogieron solamente los datos de los pacientes a los que se les realizó la prestación de la ayuda para morir (75 pacientes de los 173 solicitantes), mientras que en 2022 y 2023 se tienen en cuenta los datos de todos los pacientes que solicitaron la eutanasia, sin hacer distinción de si se llevó ésta finalmente a cabo o no.

Respecto a la edad de los solicitantes, podemos ver los datos en la Tabla 2: además de ver el cambio de la forma de tomar datos adoptado entre 2021 y 2022 anteriormente

mencionado, destaca en los datos de 2022 que hay 67 solicitantes de los cuales no consta su edad. Además, en ese año solamente figuran los datos de 528 solicitantes, cuando ese año hubo 576 solicitudes de eutanasia. Por lo tanto, hay 48 solicitantes de los cuales no se tiene ninguna información. Con los datos aportados por el Ministerio de Sanidad, es imposible obtener más información, como si a estos 48 se les aprobó o denegó la solicitud, o a qué Comunidad Autónoma pertenecen, por ejemplo.

	2021	2022	2023
< 30 años	1	4	7
30-39 años	0	13	19
40-49 años	10	36	57
50-59 años	15	68	106
60-69 años	16	121	181
70-79 años	20	122	215
> 80 años	13	97	181
No consta	0	67	0
Total	75	528	766

Tabla 2: Elaboración propia. Grupos de edad de los solicitantes de la eutanasia en España. Fuente: Ministerio de Sanidad: Informe anual de la prestación de ayuda para morir de 2021, 2022 y 2023.

Estos datos nos permiten conocer la media y mediana de edad de los solicitantes de la eutanasia, disponible en los Gráficos 4, 5 y 6 del Anexo. Otro detalle sobre la forma de agrupar los datos es que en 2021 y 2022 separan la media y mediana de edad de los hombres y de las mujeres, mientras que en 2023 se presentan las de todos los solicitantes sin distinción por sexo, lo cual impide comparar los datos de los diferentes años o comprobar que los cálculos sean correctos.

Por otro lado, si queremos conocer si hay predominio de un sexo u otro a la hora de solicitar la eutanasia, los datos de la Tabla 3 nos dicen que hay un leve predominio de hombres que solicitan la eutanasia, aunque la proporción es casi 1:1. Además, en esta Tabla 3, podemos observar que sucede lo mismo que en los datos de las edades de los solicitantes: cambia la forma de recogida de datos entre 2021 y 2022, y en 2022 nos encontramos nuevamente con que faltan los datos de 48 solicitantes.

	2021	%	2022	%	2023	%
Hombre	38	50,67%	281	53,22%	389	50,78%
Mujer	37	49,33%	245	46,40%	377	49,22%
No consta	0	0,00%	2	0,38%	0	0,00%
Total	75		528		766	

Tabla 3: Elaboración propia. Sexo de los solicitantes de la eutanasia en España. Fuente: Ministerio de Sanidad: Informe anual de la prestación de ayuda para morir de 2021, 2022 y 2023.

En cuanto a la forma de cómo se llevó a cabo el proceso en cada caso, resulta interesante conocer si el proceso de solicitud de la prestación se inició mediante la vía detallada por el artículo 5.1 de la LORE (solicitud autónoma del paciente) o por el artículo 5.2 (mediante un documento de Instrucciones Previas). También es de interés conocer cuántos casos de las prestaciones realizadas se han llevado a cabo mediante la administración de la medicación por parte de un profesional sanitario (eutanasia propiamente dicha) o mediante la autoadministración de dicha medicación (suicidio asistido). Estos datos los encontramos en el Tabla 4 del Anexo, donde podemos ver un claro predominio del acceso a la prestación mediante la vía descrita en el artículo 5.1 como de la administración de la medicación por parte del personal sanitario, siendo las otras dos alternativas realizadas en un número de casos significativamente menor.

En esta tabla también se encuentra el dato de cuántos solicitantes fallecieron antes de poder llevarse a cabo la prestación, siendo un 18'5% en 2021, un 26'39% en 2022 y un 24'8% en 2023. Estos datos se corresponden con un 32'65% en 2021, 52'78% en 2022 y un 43'98% en 2023 de las eutanasias que se solicitaron, pero no se llegaron a realizar en cada respectivo año. Estas cifras plantean las cuestiones de por qué motivo fallecieron estas personas antes de poder recibir la ayuda para morir: si por la gravedad de su enfermedad o bien por un retraso en los protocolos de aplicación de la ley, y por qué al resto de solicitantes que no fallecieron no se les llegó a realizar la prestación. La cuestión de los plazos de tiempo la podemos analizar con los datos de la Tabla 5. Si bien es cierto que la LORE no establece un plazo fijo para la realización de la prestación, se pueden estimar entre 30 y 40 días desde la presentación de la 1ª solicitud hasta la resolución favorable de la CGyE (siendo 40 días el máximo calculado por la Gerencia de Sanidad de la Junta de Castilla y León[6]). Desde esta resolución hasta la realización de la prestación, el tiempo se acuerda entre el paciente y el médico responsable. Viendo en los datos que la media de días de esta fase del proceso es de

unos 20-25 días, podría estimarse un tiempo de entre 50 y 65 días desde la 1ª solicitud hasta la prestación, que realmente deberían ser menores, ya que la LORE permite acortar el proceso en casos de sufrimiento insoportable. La realidad es muy distinta, ya que la media de duración del proceso fue de 60 días en 2021 (sí entra en el rango calculado), 75 en 2022 y 67 en 2023.

PLAZOS ESTABLECIDOS POR LA LEY A LO LARGO DEL PROCEDIMIENTO DE AYUDA PARA MORIR						
Días según LORE		2021	2022		2023	
		Media	Media	Mediana	Media	Mediana
Entre la 1ª solicitud y la prestación	No establecido*	60	75	55,5	67	54,2
Entre la 1ª y 2ª solicitud	Al menos 15 días	21	26	16,5	22	17,35
Entre la 2ª solicitud hasta el informe del MC	Máximos 10 días naturales	13	13	8	12,26	9,26
Entre el informe del MC hasta la resolución de la CGyE	14 días	13	12	11	14,7	11,64
Entre la resolución favorable de la CGyE y la prestación	Acordado por MR y paciente	25	23	13	20,26	12,82
Desde la reclamación hasta resolución de la CGyE	20 días naturales	19	23	19,5	24,25	20,88

Tabla 5: Plazos de tiempo durante la prestación de ayuda para morir. Fuente: Ministerio de Sanidad: Informe anual de la prestación de ayuda para morir de 2023. Elaboración: Ministerio de Sanidad.

Desde la presentación de la 1ª solicitud hasta la resolución favorable de la CGyE nos encontramos con que transcurrieron una media de 47 días en 2021, 51 en 2022 y 48'96 en 2023. Esto se corresponde con tiempos más largos de lo establecido por la ley, principalmente a expensas del tiempo entre la 1ª y la 2ª solicitud (aunque es cierto que la ley establece el plazo mínimo de tiempo y no el máximo) y entre la 2ª solicitud y el informe del médico consultor, donde la media sobrepasa los 10 días de plazo máximo que establece la ley. Sin embargo, la mediana de días transcurridos en cada fase del proceso es menor. No solo sucede en estas dos fases, sino en todas, incluso en el periodo de tiempo de reclamaciones ante la CGyE. Esta discrepancia entre los valores de la media y la mediana indica que, en la mayoría de los casos, el procedimiento tiende a resolverse en un periodo de tiempo razonable, pero que algunos tienen un tiempo de tramitación extremadamente largo, afectando a la media. Sin embargo, solamente con los datos disponibles no es posible saberlo. En este caso, la utilización de otros estadísticos, como la varianza o la desviación típica, sería de gran utilidad.

Otro dato que resulta interesante analizar es la donación de órganos. Los pacientes que reciben la prestación de ayuda para morir tienen derecho a donar sus órganos, como cualquier paciente en España. A los mismos, se les informa de esta posibilidad y firman el consentimiento informado después de la aprobación definitiva de la CGyE. Desde la entrada en vigor de la LORE hasta el 31 de diciembre de 2023, 91 pacientes que han recibido la ayuda para morir han sido donantes de órganos. Esta información la podemos ver más detallada en la Tabla 6.

	2021	2022	2023	Total
Nº donantes	7	42	42	91
Nº órganos extraídos	28	164	172	364
Nº órganos trasplantados	27	137	141	305
Nº pacientes trasplantados	22	113	115	250

Tabla 6: Elaboración propia. Donaciones, extracciones y trasplantes de órganos en pacientes que han solicitado la prestación de ayuda para morir. Fuente: Ministerio de Sanidad: Informe anual de la prestación de ayuda para morir de 2023.

Por último, es importante conocer el dato de la tasa de mortalidad por eutanasia en España desde la entrada en vigor de la LORE. Esta tasa corresponde a un 0'0166% en 2021, un 0'0622% en 2022 y a un 0'0767% en 2023.[16] Este aumento, además del aumento en el número de solicitantes y, consecuentemente, de eutanasias practicadas que se puede apreciar en los datos expuestos previamente puede deberse a varias causas.

En primer lugar, el aumento de las cifras entre 2021 y 2022 se debe a que la LORE entró en vigor el 25 de junio de 2021.[2] Por lo tanto, en 2021 las cifras corresponden solamente a un periodo de tiempo poco mayor de 6 meses, mientras que las cifras de 2022 y 2023 corresponden al año completo.

En segundo lugar, el aumento que se puede apreciar entre 2022 y 2023 podría explicarse por un aumento de la aceptación social del procedimiento de la eutanasia, un mayor conocimiento por parte de la población al acceso a este servicio o una mayor experiencia del personal sanitario a la hora de gestionar el proceso y de explicarles esta opción a sus pacientes. Serían necesarios más estudios para conocer la causa exacta.

IV. DATOS DE LOS MÉDICOS INVOLUCRADOS EN LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

Dado que los médicos son una parte fundamental en todo el proceso de la eutanasia, y los que acompañan al paciente durante todo el proceso, es interesante conocer qué especialidades médicas son las que más trabajan en este proceso. En la Tabla 7 del Anexo, podemos ver la especialidad de cada médico responsable que ha participado en los procesos de eutanasia. La mayor parte de médicos responsables ejercen la especialidad de Medicina de Familia (65'44%), lo cual indica que, en más de la mitad de los casos, los pacientes que desean solicitar la eutanasia lo hacen a través de Atención Primaria. También destacan las especialidades de Neurología (8'35%) y Oncología (6'13%) que, como se ha visto previamente, se corresponden con las patologías más frecuentes que padecen los pacientes que solicitan la eutanasia.

En la Tabla 8 del Anexo, podemos ver la especialidad de cada médico consultor que ha participado en los procesos de eutanasia. Aquí podemos ver que muchos menos médicos de familia ejercen como médicos consultores (11'91%), aun siendo la segunda especialidad que más desempeña este papel en el proceso. La especialidad en la que un mayor número de profesionales ejercen como médicos consultores es Neurología (24'32%). Destaca también la mayor participación de los profesionales en Geriátrica en este proceso en 2023: 174 geriatras ejercieron como médicos consultores este año, lo cual destaca respecto a los datos previos: un geriatra en 2021 y ninguno en 2022. Si analizamos los datos previos, podemos ver que la mediana de edad de los solicitantes de la eutanasia en 2023 es más elevada que los años anteriores, es decir, este año una población más envejecida tendió a solicitar la eutanasia, lo cual puede ser una posible explicación.

Un dato que destaca en ambas tablas vuelve a ser que en 2021 solamente se llevó registro de las eutanasias realizadas, mientras que en 2022 y 2023 de todas las solicitadas. Además, en ninguno de estos dos años el número de médicos coincide con el de eutanasias solicitadas en cada año. De hecho, en 2023 ni siquiera coincide el número de médicos responsables con el de médicos consultores. Esto puede deberse a varios motivos, como que hubiese casos en los que un mismo médico trabajase en varios procesos eutanásicos y solo se le contabilizase una vez, o bien por errores en la recogida de los datos. Solamente con los datos ofrecidos por el Ministerio de Sanidad no es posible explicar de forma segura por qué sucede esto, pero el hecho de que en 2022 vuelvan a faltar los datos de 48 solicitudes, exactamente el mismo número que faltan en otros apartados del informe, y de que tanto ese año como en 2021 haya

varios registrados como “No consta” orientan a fallos en la recogida de datos o en el tratamiento de los mismos.

Sin embargo, ¿trabajar en las especialidades anteriormente mencionadas implica la obligación de ejercer como médico responsable o consultor cuando un paciente solicite la eutanasia? Actualmente, existen médicos que están en contra de la eutanasia o, por diferentes motivos, se niegan a participar en el procedimiento eutanásico. La LORE contempla esta posibilidad en el artículo 16, mediante el cual permite el derecho a la objeción de conciencia.[5] La negativa a participar en la prestación de los profesionales sanitarios se garantiza como un derecho de forma individual, es decir, no se solicita conjuntamente con todo el servicio del hospital donde trabaje. El médico deberá anunciarlo anticipadamente y por escrito. Una vez hecho esto, se inscribirá en un registro de objetores de conciencia sujeto al principio de confidencialidad y a la protección de datos. Este registro queda regulado por la Administración Pública de cada Comunidad Autónoma. La objeción de conciencia puede ser revocada en cualquier momento a petición del profesional sanitario. Estos registros no tienen carácter público. Por lo tanto, no es posible tomar los datos y analizar cómo ha evolucionado el número de objetores de conciencia desde la entrada en vigor de la LORE.[17]

V. OTROS DATOS DE INTERÉS RELACIONADOS CON LA EUTANASIA

Otros datos que conviene analizar son en qué lugar se ha realizado la prestación, y si dicha prestación se ha realizado a través de servicios de carácter público o privado. Estos datos los podemos encontrar en las Tablas 9 y 10 del Anexo, respectivamente.

En 2021 y 2022, el lugar en el que se realizó el mayor número de prestaciones fue en el propio domicilio del paciente, estando los hospitales en segundo lugar. En 2023, esta tendencia se invierte, pasando a ser ocupar el hospital el primer puesto, y el domicilio del paciente el segundo, aunque en ninguno de los 3 años la diferencia está muy marcada. En estos 3 años, la suma de las eutanasias realizadas entre ambos lugares supone más del 90% del total de eutanasias realizadas, siendo menos común la realización de la prestación en el resto de sitios.

En cuanto al ámbito del servicio que ofrece la prestación, hay un claro predominio de la realización de la misma por servicios públicos (95'27%), aunque en 2023 hubo un ligero aumento de la prestación en el ámbito de la sanidad privada, pasando de un 1'33% en 2021 y 1'39% en 2022 a un 8'38% en 2023.

Otro dato de gran relevancia es que, como se ha indicado previamente, en España solo se han llevado a cabo el 46% de las prestaciones que se han solicitado. ¿Por qué

motivo no se ha realizado el otro 54%? Esto lo podemos ver con los datos de la Tabla 11:

	2021	2022	2023	Total
Finalizadas/Realizadas	75	288	334	697
Revocadas	6	1	21	28
Aplazadas	Datos no disponibles	22	33	55
Fallecidos durante la tramitación	32	152	190	374
Denegadas	Datos no disponibles	16	188	204
Total	113	479	766	1358

Tabla 11: Elaboración propia. Prestaciones realizadas, revocadas, aplazadas, denegadas y fallecimientos durante la tramitación del procedimiento en España. Fuente: Ministerio de Sanidad: Informe anual de la prestación de ayuda para morir de 2021, 2022 y 2023.

En esta tabla, podemos ver que el Ministerio de Sanidad únicamente ha tomado de forma correcta los datos de 2023. En 2021, no constan datos de 60 de las solicitudes que no se llegaron a realizar. En el informe de la CGyE de dicho año no están disponibles los datos de cuántas eutanasias fueron denegadas ni aplazadas, así que podemos asumir que esas 60 solicitudes se dividen en esas categorías, pero no podemos saber en qué proporción se dividen. En 2022, no constan datos de 97 solicitudes que no se llegaron a realizar. En este informe, la CGyE expone los datos dividiéndolas en todas las categorías que se han utilizado, pero no aparece ninguna mención a estas 97 solicitudes, ni siquiera en una categoría “sin datos disponibles” como sucede en 2021. Esto puede deberse a errores en la recogida de datos o en la gestión de los mismos, lo cual supone un problema importante.

En 2023, podemos ver que 21 solicitantes (3%) revocaron su solicitud, 33 solicitaron un aplazamiento de la prestación (4%), el cual puede prolongarse hasta 6 meses, y 190 fallecieron durante la tramitación del proceso (25%). Esto deja 188 solicitudes que fueron denegadas, es decir, el 24% de todas las solicitudes que hubo ese año. En total, esto supone que un 49% de las solicitudes de 2023 no llegaron a finalizar por motivos ajenos a la voluntad de los pacientes, es decir, porque fallecieron o porque se les denegó la ayuda para morir.

En cuanto a las solicitudes denegadas, en la Tabla 12 del Anexo podemos ver en qué parte del proceso fue denegada cada solicitud, siendo más de la mitad denegadas por el médico responsable. Sin embargo, no hay datos recogidos que permitan conocer la

causa de dicha denegación ni otros datos que podrían ser de interés estadístico y epidemiológico: en qué Comunidad Autónoma se denegó cada caso, qué patología tenía el paciente, etcétera. De estas 188 denegaciones, 78 solicitantes presentaron una reclamación ante la CGyE. Esta reclamación fue resuelta como favorable en 32 casos. Los otros 46 fueron nuevamente denegados. De estos 46 solicitantes, 21 presentaron un recurso ante la jurisdicción contencioso-administrativa. En ninguno de estos casos la resolución fue considerada favorable.[16]

De los años previos, se disponen de los siguientes datos:

En 2021, se presentaron 15 reclamaciones ante la CGyE, 3 de las cuales fueron resueltas como favorables. De los otros 12, ningún solicitante recurrió a la jurisdicción contencioso-administrativa.[14]

En 2022, se presentaron 61 reclamaciones ante la CGyE, 23 de las cuales fueron resueltas como favorables. De los otros 38, 2 solicitantes recurrieron a la jurisdicción contencioso-administrativa, siendo la resolución favorable en uno de los casos.[15]

En cuanto a los casos de las personas que fallecieron durante la tramitación del proceso, los datos sobre cuántos días antes de la realización de la prestación fallecieron se encuentran en el Gráfico 7 (ver a continuación). Viendo estos datos, y conociendo que la duración del proceso se estima en unos 40 días aproximadamente, surge la pregunta de si estas personas fallecieron por solicitar la eutanasia en un momento en el que su enfermedad estaba muy avanzada, o si fue por la demora en la tramitación del proceso. Serían necesarios más datos para poder responder a esta pregunta.

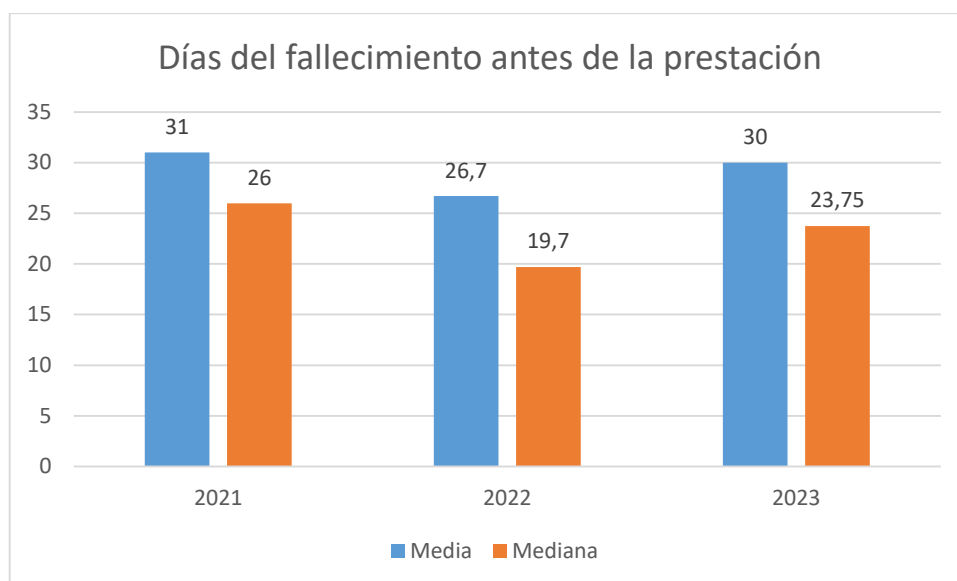


Gráfico 7: Elaboración propia. Fallecimientos antes de la finalización del procedimiento. Fuente: Ministerio de Sanidad: Informe anual de la prestación de ayuda para morir de 2021, 2022 y 2023.

El informe de 2023 incluye una novedad respecto a los previos, y es la patología de base de estos solicitantes fallecidos. Estos datos se encuentran en la Tabla 13 del Anexo.

VI. EVOLUCIÓN DEL REGISTRO DEL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

Las Instrucciones Previas son, como define el Decreto que las regula, la manifestación anticipada de voluntad que hace por escrito cualquier persona mayor de edad, capaz y libre, acerca de los cuidados y el tratamiento de su salud o sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos una vez llegado el fallecimiento, para que sea tenida en cuenta, por el médico o por el equipo sanitario responsable de su asistencia, en el momento en que se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurren le impidan expresarla por sí misma.[18]

En la Tabla 14 del Anexo y en el Gráfico 8 podemos ver la evolución del número de inscritos en este registro desde 2013 hasta la actualidad.[19] La línea roja en el Gráfico 8 indica la entrada en vigor de la LORE.

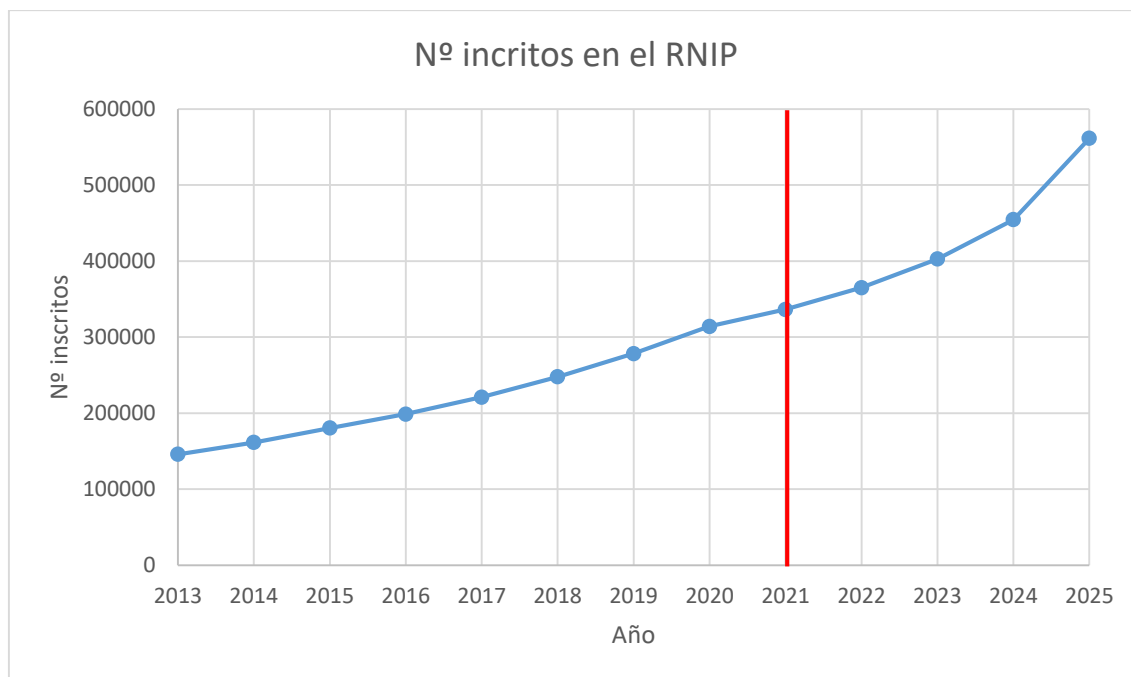


Gráfico 8: Elaboración propia. Número de inscripciones en el Registro Nacional de Instrucciones Previas en España desde la sincronización completa de los registros autonómicos hasta enero de 2025. Fuente: Registro Nacional de Instrucciones Previas.

Como podemos ver, cada año aumentaba el número de personas con Instrucciones Previas en España de un modo semejante a una función lineal. Sin embargo, el aumento a partir de la entrada en vigor de la LORE simula una función exponencial: el número de inscritos en este registro aumentó en un valor de 190.553 inscritos entre 2013 y 2021 (7 años), y en un valor de 225.189 inscritos entre 2021 y 2025 (4 años). Aunque con los datos disponibles no se puede afirmar cuál es la causa de este cambio de tendencia, es posible que la posibilidad de solicitar la eutanasia mediante el documento de Instrucciones Previas haya supuesto una influencia en este aumento, ya que da a las personas con problemas de salud la posibilidad de solicitar la eutanasia si su salud empeora y pierden la capacidad de solicitarla posteriormente, a pesar de que realmente sean muy pocos los procesos eutanásicos iniciados mediante un documento de Instrucciones Previas hasta el momento.

7. CONCLUSIONES

1. La Ley de Eutanasia española es una de las más garantistas que existen en el momento actual, y que evita la temida “pendiente resbaladiza” al estudiar varios profesionales minuciosamente cada caso. La prestación de ayuda para morir en España es un proceso que actualmente está altamente regulado que asegura su aplicación con criterios médicos y legales.
2. El aumento del número de eutanasias ha aumentado progresivamente desde la entrada en vigor de la ley en junio del año 2021. Hasta diciembre del año 2023, se han realizado 697 prestaciones (46%): 75 en 2021 (43'35%), 288 en 2022 (50%) y 334 en 2023 (43'6%), lo cual refleja un aumento de la aceptación social de este procedimiento y de su accesibilidad.
3. El número de eutanasias solicitadas y realizadas, así como el porcentaje de realizadas respecto a las solicitadas, no es homogéneo en todo el país, sino que las cifras son muy distintas entre las diferentes Comunidades Autónomas. La Comunidad Autónoma donde mayor número de solicitudes hay es Cataluña, seguida de Madrid, País Vasco, la Comunidad Valenciana, Andalucía y las Islas Canarias. Sin embargo, en cuanto a porcentajes de prestaciones realizadas respecto a las solicitadas destaca el País Vasco, con un 81% en 2023 y un 60% en 2022.
4. La mayor parte de los solicitantes de la eutanasia desde la entrada en vigor de la ley es población con una edad superior a los 60 años, siendo la media en estos años de entre 66 y 68 años.
5. La forma mayoritaria de realización de la eutanasia es mediante el procedimiento descrito en el artículo 5.1 de la LORE y siendo la medicación administrada por un profesional sanitario. El procedimiento también tiende a realizarse en el hospital o en el domicilio del paciente, y principalmente en el ámbito de la salud pública.
6. Los profesionales médicos que más se ven implicados en el proceso de la eutanasia son los especialistas en Medicina de Familia, lo que muestra la importancia de la Atención Primaria. También se lleva a cabo en una proporción importante por especialistas en Neurología y Oncología, ya que son los tipos de patologías más frecuentes en los pacientes que solicitan la eutanasia.
7. La toma de datos y su gestión por parte de las Comunidades Autónomas presenta varios errores que impiden un correcto análisis de los casos de eutanasia practicados en el país. Además de publicarse los informes con retraso, existen datos que faltan, no se utilizan estadísticos básicos como la varianza, lo cual, junto con la forma en que se agrupan los datos en los informes, imposibilita un análisis más exhaustivo de estos datos y la comprobación de si los mismos son correctos.

8. A pesar de toda la información recogida, se carece de datos sobre el nivel socio-económico de las personas solicitantes, o respecto al lugar de residencia, si viven en zonas rurales o urbanas, lo que limita la comprensión de los determinantes biopsicosociales que puedan influir en estas decisiones. De la misma manera, no se tienen datos desagregados por edad y sexo en la mayoría de las variables.
9. Sería necesaria una recogida de información más precisa para conocer más datos sobre las prestaciones que no llegan a realizarse y los motivos por los cuales o bien se deniegan, o bien el paciente fallece antes de la prestación, ya que el porcentaje de prestaciones que no se llevan a cabo es muy alto, y con la información recogida por el Ministerio no se puede evaluar cuáles son las posibles causas.
10. Hasta 2023, solo se han llevado a cabo en España el 46% de las eutanasias solicitadas. De las 818 que no se han realizado, en 374 casos se debe al fallecimiento del paciente antes de poder realizar la prestación. Con la información disponible actualmente, no puede afirmarse si esto sucede porque han realizado la solicitud en un estado muy avanzado de su enfermedad, o por demora en la tramitación del proceso.
11. La duración del proceso tarda de media más de los 40 días que se estiman, aunque en 2022 y 2023 sí hubo medianas de tiempo aceptables, lo cual parece indicar que en general el procedimiento no se prolonga más de lo que debe, existiendo casos extremos.
12. Desde la entrada en vigor de la LORE, ha aumentado el número de personas con un documento de Instrucciones Previas de una forma mucho más marcada que en los años anteriores, siendo mayor número de nuevos inscritos entre la entrada en vigor de la ley y la actualidad que en los 7 años anteriores, desde la sincronización del registro. Esto puede reflejar un mayor conocimiento por parte de la población del proceso de solicitud de la eutanasia.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín oficial del estado, 24 de noviembre de 1995, núm 281.
2. Sanz Martín L. Estudio sobre el desarrollo de la aplicación de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia en Castilla y León. 2022 [citado 2024 nov 2];Available from: <https://uva-doc.uva.es/handle/10324/55174>
3. Serrano Ruiz-Calderón JM. Eutanasia y vida dependiente: inconvenientes jurídicos y consecuencias sociales de la despenalización de la eutanasia. 1. ed. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias; 2001.
4. Keown J. Euthanasia examined: ethical, clinical and legal perspectives. Cambridge: Cambridge university press; 1998.

5. Ley Orgánica 3/2021, del 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado, 25 de marzo de 2021, núm. 72.
6. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Guía del proceso general y plazos de la prestación de ayuda para morir. [Internet]. Available from: https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/eutanasia.ficheros/2679280-Guia%20proceso%20prestacion%20ayuda%20para%20morir%20_31%20mayo%202023.pdf
7. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín oficial del estado, de 15 de noviembre de 2002, núm. 274.
8. Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho. [Internet]. Available from: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/eutanasia.ficheros/1913431Protocolo%20de%20valoracion%20de%20la%20situacion%20de%20la%20incapacidad%20de%20hecho%20.pdf>
9. Ministerio de Sanidad. Manual de buenas prácticas en eutanasia. [Internet]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf
10. Martínez-León M, Feijoo Velaz J, Queipo Burón D, Martínez-León C, Martínez León MM. Estudio médico legal de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia en España en comparación con el resto de los países que regulan la eutanasia y/o el suicidio asistido. Rev. Esp. Med. Leg. 2022;48:166-74.
11. Voluntary Assisted Dying [Internet]. QUT [citado 2024 dic 5]; Available from: <https://end-of-life.qut.edu.au/assisteddying>
12. Eutanasia y suicidio asistido en el mundo [Internet]. Derecho Morir Dign. [citado 2024 dic 5]; Available from: <https://derechoamorir.org/eutanasia-mundo/>
13. Ministerio de Salud Pública emite reglamento para la aplicación de la Eutanasia Activa Voluntaria y Avoluntaria en Ecuador – Ministerio de Salud Pública [Internet]. [citado 2024 dic 5]; Available from: <https://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-publica-emite-reglamento-para-la-aplicacion-de-la-eutanasia-activa-voluntaria-y-avoluntaria-en-ecuador/>
14. Ministerio de Sanidad. Informe anual 2021 de la prestación de ayuda para morir [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022. Available from: https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/InformeAnualEutanasia_2021.pdf
15. Ministerio de Sanidad. Informe anual 2022 de la prestación de ayuda para morir [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023. Available from: https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/InformeAnualEutanasia_2022.pdf
16. Ministerio de Sanidad. Informe anual 2023 de la prestación de ayuda para morir [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024. Available from: https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/InformeAnualEutanasia_2023.pdf
17. Decreto 5/2022, de 11 de marzo, por el que se crea el registro de profesionales sanitarios objetos de conciencia para la prestación de ayuda para morir. BOCyL Núm. 51.
18. Decreto 30/2007, de 22 de marzo, por el que se regula el documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León. BOCyL, de 28 de marzo de 2007, 62/2007.
19. Nº INSCRIPCIONES EN EL RNIP DESDE SINCRONIZACION COMPLETA DE LOS REGISTROS AUTONOMICOS. Registro Nacional de Instrucciones Previas, enero 2025. Ministerio de Sanidad. [Internet]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionalesSanitarias/rnip/docs/Enero-2025/N_inscripciones_en_el_RNIP_desde_sincronizacion_completa_de_los_Registros_Autonomicos_Enero-2025.pdf

ANEXOS

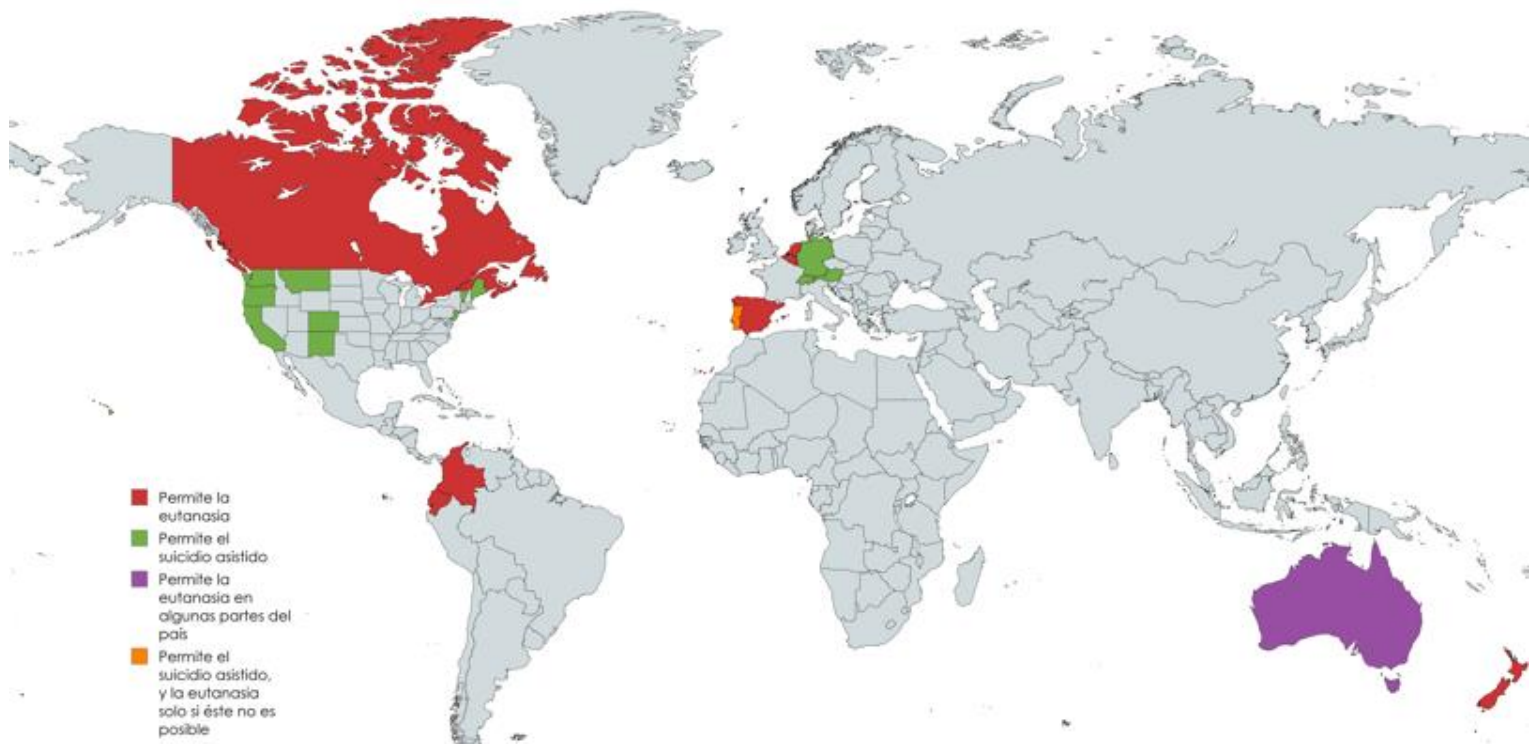


Imagen 1: Elaboración propia. Países en los que está legalizada la eutanasia o el suicidio asistido actualmente.

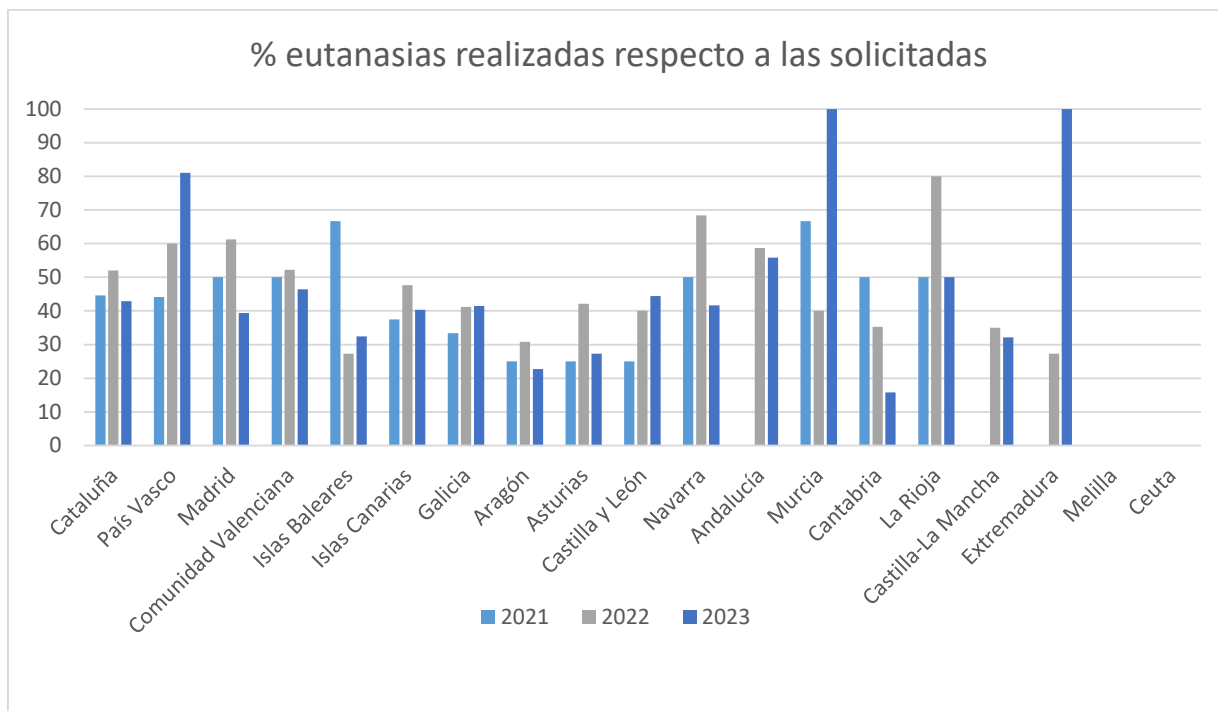


Gráfico 3: Elaboración propia. Porcentaje de eutanasias realizadas respecto a las solicitadas en España por Comunidad Autónoma. Fuente: Ministerio de Sanidad: Informe anual de la prestación de ayuda para morir de 2021, 2022 y 2023.

<i>Enfermedad</i>	<i>2021</i>		<i>2022</i>		<i>2023</i>		<i>Total</i>
Neurológica	40	53%	205	36%	266	35%	511
Oncológica	22	29%	192	33%	271	35%	485
Pluripatología	4	5%	40	7%	49	6%	93
Respiratoria	3	4%	16	3%	24	3%	43
Cardiovascular	0	0%	7	1%	13	2%	20
Otras	3	4%	68	12%	105	14%	176
No consta	3	4%	48	8%	38	5%	89
TOTAL	75		576		766		

Tabla 1: Patologías de los solicitantes de la eutanasia en España. Fuente: Ministerio de Sanidad: Informe anual de la prestación de ayuda para morir de 2023. Elaboración: Ministerio de Sanidad.

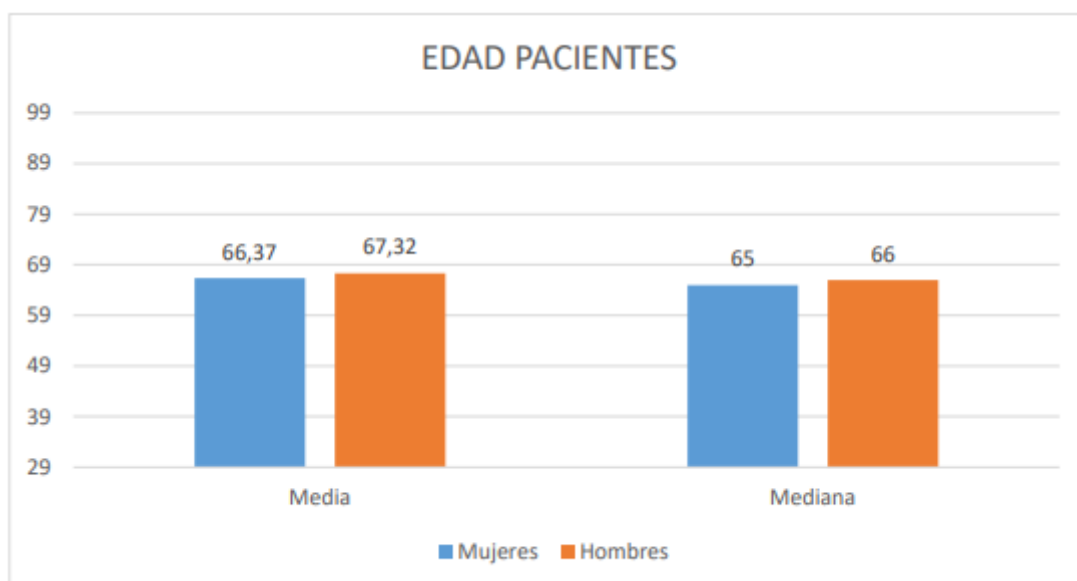


Gráfico 4: Media y mediana de edad de los pacientes que recibieron la prestación de ayuda para morir en España en 2021. Fuente: Ministerio de Sanidad: Informe anual de la prestación de ayuda para morir de 2021. Elaboración: Ministerio de Sanidad.

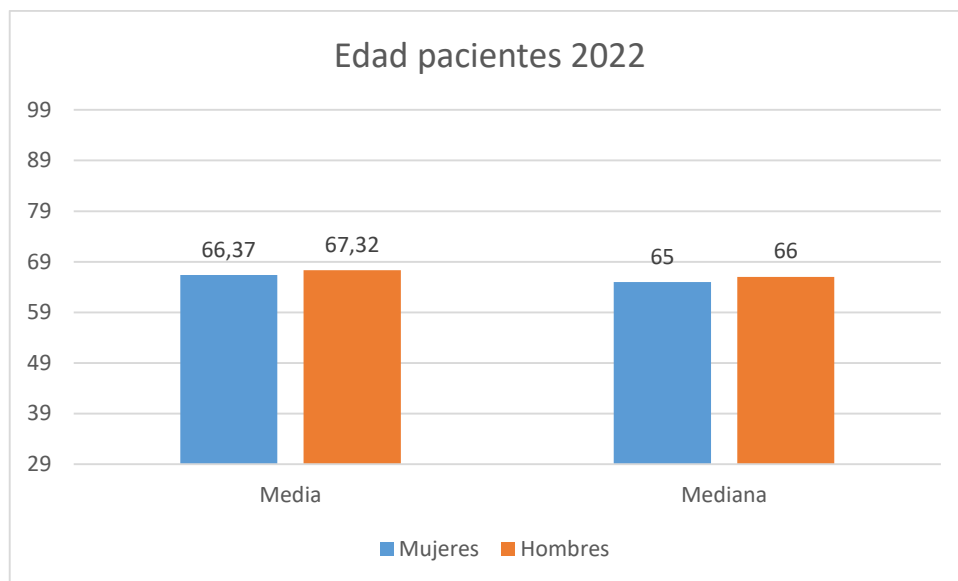


Gráfico 5: Elaboración propia. Media y mediana de edad de los pacientes que recibieron la prestación de ayuda para morir en España en 2022. Fuente: Ministerio de Sanidad: Informe anual de la prestación de ayuda para morir de 2022.

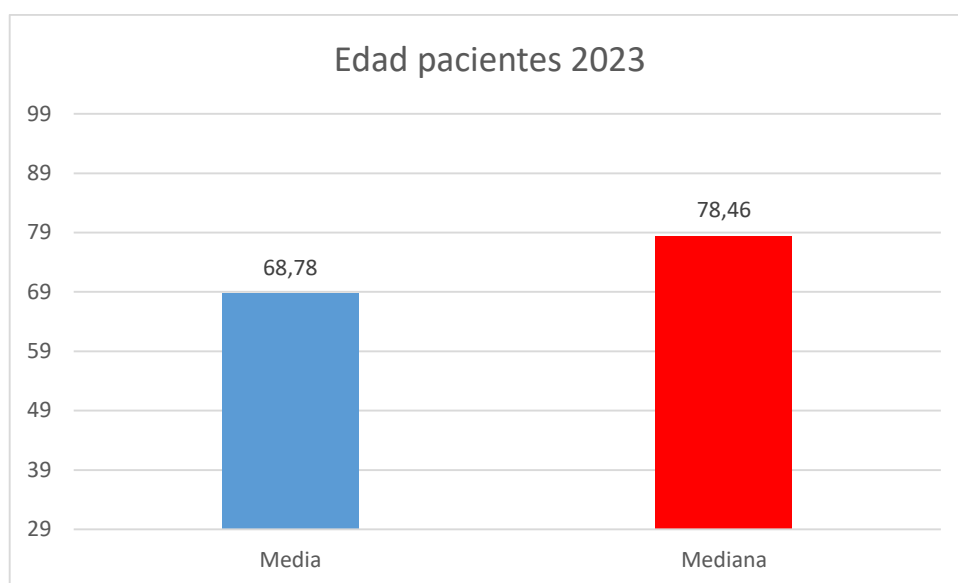


Gráfico 6: Elaboración propia. Media y mediana de edad de los pacientes que recibieron la prestación de ayuda para morir en España en 2023. Fuente: Ministerio de Sanidad: Informe anual de la prestación de ayuda para morir de 2023.

	2021*	2022	2023	TOTAL
Solicitudes recibidas	173	576	766	1515
Iniciadas con la primera solicitud	72	347	459	878
Iniciadas mediante un documento de instrucciones previas	3	14	22	39
Prestaciones realizadas	75	288	334	697
Modalidad 1 (administración por profesional sanitario)	Datos no disponibles	236	316	552
Modalidad 2 (autoadministración)		11	18	29
Fallecimiento del solicitante durante la tramitación del procedimiento	32	152	190	374

Tabla 4: Solicitudes de ayuda para morir, prestaciones realizadas y fallecimientos de las personas solicitantes en el transcurso de la tramitación del procedimiento durante los años 2021, 2022 y 2023. Fuente: Ministerio de Sanidad: Informe anual de la prestación de ayuda para morir de 2023. Elaboración: Ministerio de Sanidad.

	2021	2022	2023	Total
Medicina de Familia	43	354	457	854
Neurología	17	40	52	109
Oncología	6	28	46	80
Medicina Interna	9	13	25	47
Geriatría	0	17	29	46
No consta	0	76	90	166
Total	75	528	699	1302

Tabla 7: Elaboración propia. Especialidad de los médicos que han ejercido como médico responsable en la prestación de ayuda para morir. Fuente: Ministerio de Sanidad: Informe anual de la prestación de ayuda para morir de 2021, 2022 y 2023.

	2021	2022	2023	Total
Medicina de Familia	10	57	74	141
Neurología	22	123	143	288
Oncología	12	58	64	134
Medicina Interna	5	34	33	72
Geriatría	1	0	174	175
Otra	2	0	93	95
No consta	23	256	0	279
Total	75	528	581	1184

Tabla 8: Elaboración propia. Especialidad de los médicos que han ejercido como médico consultor en la prestación de ayuda para morir. Fuente: Ministerio de Sanidad: Informe anual de la prestación de ayuda para morir de 2021, 2022 y 2023.

	2021	2022	2023	Total
Domicilio del paciente	34	148	147	329
Hospital	30	112	159	301
Centro sociosanitario	5	9	19	33
Centro no hospitalario	0	1	9	10
No consta	6	18	0	24
Total	75	288	334	697

Tabla 9: Elaboración propia. Lugar de realización de la prestación de la ayuda para morir en España. Fuente: Ministerio de Sanidad: Informe anual de la prestación de ayuda para morir de 2021, 2022 y 2023.

	2021	2022	2023	Total
Público	74	284	306	664
Privado	1	4	28	33
Total	75	288	334	697

Tabla 10: Elaboración propia. Ámbito del servicio de la prestación de la ayuda para morir en España. Fuente: Ministerio de Sanidad: Informe anual de la prestación de ayuda para morir de 2021, 2022 y 2023.

<i>Denegaciones</i>		
Total	188	100%
Por MR	119	63%
Por MC	27	15%
Por CGyE	19	10%
Desconocido/sin datos	23	12%

Tabla 12: Denegaciones de la prestación de ayuda para morir del año 2023. Fuente: Ministerio de Sanidad: Informe anual de la prestación de ayuda para morir de 2023. Elaboración: Ministerio de Sanidad.

<i>Patología causante</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Neurológica	37	19,47
Oncológica	121	63,68
Pluripatología	8	4,21
Respiratoria	11	5,78
Otra	13	6,84
TOTAL	190	100

Tabla 13: Patología causante de la muerte de los solicitantes de la prestación de ayuda para morir fallecidos durante la tramitación del procedimiento en España en el año 2023. Fuente: Ministerio de Sanidad: Informe anual de la prestación de ayuda para morir de 2023. Elaboración: Ministerio de Sanidad.

Nº INSCRIPCIONES EN EL RNIP DESDE SINCRONIZACIÓN COMPLETA DE LOS REGISTROS AUTONÓMICOS

REGISTRO AUTONÓMICO	Enero 2013	Enero 2014	Enero 2015	Enero 2016	Enero 2017	Enero 2018	Enero 2019	Enero 2020	Enero 2021	Enero 2022	Enero 2023	Enero 2024	Enero 2025
ANDALUCÍA	23.397	25.329	27.407	29.949	32.825	35.686	38.531	42.001	43.667	45.907	49.072	50.980	55.991
ARAGÓN	5.012	5.494	6.007	6.660	7.384	8.172	9.042	10.189	10.841	11.733	13.040	14.424	16.738
ASTURIAS	3.805	4.261	4.718	5.161	5.687	6.200	6.644	7.337	7.857	8.490	9.567	11.160	16.271
BALEARES	3.121	3.740	4.544	5.312	6.197	7.258	8.328	9.670	10.305	11.245	12.383	13.988	16.935
CANARIAS	6.001	6.757	7.602	8.404	9.290	10.319	10.600	11.786	12.754	14.200	15.825	1782	21.757
CANTABRIA	1.413	1.598	1.850	2.078	2.366	2.626	2.928	3.454	3.723	4.206	4.855	5.390	7.942
CASTILLA-LA MANCHA	4.047	4.474	4.960	5.481	6.049	6.656	7.188	8.154	8.602	9.006	9.284	10.407	12.451
CASTILLA Y LEÓN	4.380	5.171	5.923	6.805	7.958	9.291	10.330	11.951	12.979	14.137	15.840	17.404	21.413
CATALUÑA	47.773	50.957	56.167	59.606	63.959	72.515	83.179	90.953	95.656	103.682	110.294	127.823	157.989
C. VALENCIANA	14.474	15.776	17.478	19.343	21.310	23.554	25.558	28.425	30.402	33.337	36.940	41.170	47.988
EXTREMADURA	1.039	1.160	1.264	1.429	1.579	1.761	1.873	2.092	2.196	2.407	2.645	2.886	3.424
GALICIA	2.537	3.545	4.105	4.646	5.795	6.895	8.178	9.367	11.613	13.026	14.532	15.944	19.159
MADRID	12.307	14.205	16.363	18.724	21.273	23.445	26.900	31.665	34.602	36.302	41.698	48.002	64.932
MURCIA	2.889	3.132	3.399	3.648	3.940	4.409	4.405	4.847	5.204	5.629	6.245	6.486	7.800
NAVARRA	1.755	2.200	2.722	3.327	4.174	5.402	7.434	9.439	10.510	12.042	14.849	17.523	22.047
PAÍS VASCO	10.506	11.970	13.975	16.033	18.697	20.780	24.163	29.033	31.552	35.511	40.877	47.616	61.827
LA RIOJA	1.317	1.555	1.773	2.052	2.353	2.675	2.947	3.471	3.684	4.118	4.625	5.342	6.598
MSND(*)	2	4	70	93	107	132	140	177	181	186	190	206	255
TOTAL	145.775	161.328	180.327	198.751	220.943	247.776	278.368	314.011	336.328	365.164	402.761	454.533	561.517

(*) Para inscripciones provisionales referidas a Ceuta y Melilla.

Se inicia la serie en 2013 ya que la sincronización completa de los registros autonómicos con el nacional no se concluyó hasta diciembre 2012.

Tabla 14: Número de inscripciones en el Registro Nacional de Instrucciones Previas por Comunidad Autónoma en España desde la sincronización completa de los registros autonómicos hasta enero de 2025. Fuente: Registro Nacional de Instrucciones Previas. Elaboración: Ministerio de Sanidad.

AGRADECIMIENTOS

Quiero darle las gracias a mi tutora, la Dra. Martínez León, por ayudarme con este trabajo, por todo el material que me ha prestado y toda la información que me ha ofrecido para realizar este trabajo, por resolver todas mis dudas, y sobre todo por descubrirme este tema, que me ha resultado tan importante como apasionante.

Gracias a Alejandro Coomonte Iglesias, porque de no ser por ti, nunca habría estudiado Medicina, y no habría podido llegar donde estoy ahora mismo.

Gracias también a mis compañeros del Colegio Mayor Santa Cruz, por haber estado ahí siempre, apoyarme en todo, enseñarme tanto, convertiros en mi nueva familia, y hacer que mis años universitarios hayan sido inolvidables.

