

Grau en Dret
Treball de fi de Grau (21067/22747)
Curs acadèmic 2023-2024

LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR EN PERSONAS CON ENFERMEDADES Y TRASTORNOS MENTALES

Análisis de la regulación española y perspectivas de derecho comparado

Marina Faja Miró
NIA: 239922

Tutor del treball:
Joan Carles Seuba Torreblanca

DECLARACIÓ D'AUTORIA I ORIGINALITAT

Yo, *Marina Faja Miró*, certifico que el presente trabajo no ha sido presentado para la evaluación de ninguna otra asignatura, ya sea en parte o en su totalidad. Certifico también que su contenido es original y que soy la única autora, no incluyendo ningún material anteriormente publicado o escrito por otras personas salvo de aquellos casos indicados a lo largo del texto.

Como autora de la memoria original de este Trabajo de Fin de Grado autorizo a la UPF a depositarla y publicarla a l'e-Repository: Repositori Digital de la UPF, <http://repositori.upf.edu>, o en cualquier otra plataforma digital creada por o participada por la Universidad, de acceso abierto por Internet. Esta autorización tiene carácter indefinido, gratuito y no exclusivo, es decir, soy libre de publicarla en cualquier otro sitio.

Marina Faja Miró

Barcelona, 3 de juny de 2024

RESUMEN

La muerte médicamente asistida ha sido objeto de regulación en varios países durante los últimos años, no sin escapar el debate generado a su alrededor. Particularmente surgen desencajes cuando estas prácticas son solicitadas por pacientes psiquiátricos, habiendo incluso incrementado el número de solicitudes de personas con trastornos de la personalidad y otras enfermedades psiquiátricas graves, como la depresión o la esquizofrenia, en los países que las han legalizado. De esta forma, la aplicación de estas prestaciones en pacientes que la solicitan por motivos psiquiátricos —quienes padecen también un sufrimiento insoportable— acarrea importantes desafíos jurídico-éticos, referentes a los requisitos que establecen para su concesión las distintas legislaciones que han accedido a regular la materia y a la posible afectación a la capacidad de estos pacientes para decidir de forma libre.

Con la entrada en vigor de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la Eutanasia, se ha legislado en España sobre esta cuestión sin dejar claro el enfoque que debe tomarse en el caso específico de estos solicitantes, pues la naturaleza y características del sufrimiento en estas circunstancias plantea cuestiones más complejas. En este sentido, no todas las legislaciones son tan laxas como las de los países del Benelux. Es por ello que, en el presente trabajo, se pretende hacer un análisis de todas estas cuestiones desde una perspectiva jurídica —en relación con el derecho español y el derecho comparado—, tanto respecto a la legitimidad de dichas solicitudes en pacientes psiquiátricos como a su encuadre legal.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. LA DESPENALIZACIÓN DE LA EUTANASIA, SU LEGALIZACIÓN Y LA REGULACIÓN A PARTIR DE LA LORE 3/2021	7
3. EL CONCEPTO DE «EUTANASIA PSIQUIÁTRICA»	11
3.1. La distinción entre trastornos y enfermedades mentales	14
3.2. El Tribunal Constitucional y la jurisprudencia española	16
4. EUTANASIA PSIQUIÁTRICA: SOBRE LA CAPACIDAD DEL SOLICITANTE Y SOBRE EL CONTEXTO EUTANÁSICO	18
4.1. El problema jurídico respecto al consentimiento y su validez: la capacidad para consentir	19
4.2. Cuestiones terminológicas: el problema respecto de los requisitos de sufrir “padecimiento grave, crónico e incapacitante” o “enfermedad grave e incurable”	25
4.3. Intervención médica	28
4.4. Petición de ayuda para morir en Documento de Voluntades Anticipadas	29
5. PERSPECTIVAS EN EL DERECHO COMPARADO	31
5.1. Países Bajos y Bélgica	31
5.2. Canadá	33
6. CONCLUSIONES	35
7. BIBLIOGRAFÍA	37

1. INTRODUCCIÓN

La *muerte médicamente asistida* ha sido —y sigue siendo— en nuestro país una cuestión que plantea fuertes debates médico-éticos y genera dilemas importantes respecto a la necesidad de su regulación. Sin ir más lejos, en junio de 2021, tanto el grupo parlamentario Vox (16 de junio) como el Partido Popular (24 de junio) presentaron recursos de inconstitucionalidad contra la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia¹ (en adelante, LORE 3/2021) ante el Tribunal Constitucional (TC) sobre la base de una colisión con el derecho fundamental a la vida. Sin embargo, el TC avaló² la ley de la eutanasia reconociendo la autodeterminación para decidir de forma libre, informada y consciente el modo y el momento para morir en situaciones médicamente contrastadas de enfermedad terminal o gravemente incapacitante. Así, esta inquietud social, que venía reclamando una respuesta normativa que hasta ahora no se había dado, se lleva arrastrando en España desde hace al menos treinta años con casos como el de Ramón Sampredo³ (que puso dicha cuestión en órbita por primera vez) o más recientemente el de María José Carrasco⁴, los cuales sientan las bases del debate alrededor del derecho a una muerte digna en España. Notoriamente, a partir de la proposición de Ley de 2020⁵ y después con la LORE 3/2021 —como ya venía ocurriendo en algunos países de nuestro entorno⁶—, se ha suscitado en este país un debate tanto político como ético alrededor de los procesos del final de la vida, sobre todo respecto a enfermedades terminales, degenerativas o incurables (e incluso intratables).

¹ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. BOE Núm. 72 (25 de marzo de 2021)

² El recurso presentado por Vox fue desestimado por la sentencia TC 19/2023, de 22 de marzo de 2023. Seis meses después, en la sentencia TC 94/2023, de 12 de septiembre de 2023, el TC desestimó también el recurso interpuesto por el Partido Popular contra la misma ley, parcialmente coincidente con el planteado por Vox.

³ Este caso es el que más repercusión mediática ha tenido en España. En 1963, a consecuencia de un accidente, Ramón Sampredo sufrió una sección medular que le dejó todo el cuerpo absolutamente inmovilizado, a excepción de la cabeza. En estas condiciones, y sin ninguna perspectiva de mejora, decidió poner fin a una vida llena de sufrimiento y dolor, considerando que una “buena muerte” le auguraba más dignidad que la penosidad a la que se veía sometido día tras día, siendo totalmente dependiente de los demás. Impedido por su condición para suicidarse, solicitó a los jueces que autorizaran a su médico para poderle asistir en el suicidio, sin que ello supusiera un delito. Su caso fue desestimado en todas las instancias y Ramón Sampredo finalmente murió en enero de 1998, después de ingerir cianuro con la ayuda de un grupo de amigos que no pudieron ser identificados.

⁴ En 1989, María José Carrasco fue diagnosticada, a sus 32 años, con esclerosis múltiple (ELA). Perdió la movilidad progresivamente, llegando incluso a perder capacidad de visión y de oído; lo que la convirtió en una persona totalmente dependiente. Su marido, Ángel Hernández, intentó darle toda la comodidad posible durante el transcurso de la enfermedad, sabiendo que lo único que le esperaba a su mujer era más dolor. Por lo que con 61 años, ella y su marido planificaron su muerte: esperando una ley que permitiera la eutanasia en España que nunca llegó y viendo que lo único que conseguían los cuidados paliativos y la morfina era prolongar su sufrimiento insoportable, en abril de 2019 Ángel Hernández le suministró la sustancia acabaría con su vida.

⁵ Presentada el 31 de enero de 2020 por el Grupo Socialista en el Congreso (122/000020)

⁶ En Países Bajos se reguló por primera vez la eutanasia en 2002, con la entrada en vigor de la ley por la que se despenalizaban tanto la eutanasia como el suicidio asistido, ambos previstos para determinados supuestos. Esta regulación derivó del estudio de la problemática a partir de una comisión de expertos que analizaba la eutanasia encubierta. Poco después siguieron sus pasos países como Bélgica (2002) y Luxemburgo (2009).

Esto es porque las personas que sufren este tipo de enfermedades ven como el final de su vida —marcado por efectos irreversibles y un sufrimiento que les acaba sometiendo a condiciones extremadamente penosas—, se degrada hasta el punto de que se plantea si esta vida deja de ser digna. Sobre esta base, se suele relacionar la eutanasia con el derecho a una muerte digna y, con ello, con la posibilidad de que sea el propio paciente quien pueda elegir en qué momento finaliza su sufrimiento, pudiendo decidir el «cómo» y el «cuándo» de su propia muerte mientras se encuentre en un contexto que en cualquier caso debe poder considerarse *eutanásico*⁷, esto es, *una situación de sufrimiento intolerable que no puede ser aliviado en condiciones aceptables y provocado por un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable*. Además, la solicitud del paciente ha de hacerse en unas condiciones en las que el deseo de acabar con su vida de forma digna sea manifiestamente claro e inequívoco, sin tener que verse obligado a recurrir al suicidio por sus propios medios (lo cual suele ser clandestino, en soledad y agónico); teniendo en cuenta que, por las circunstancias específicas que rodean estas enfermedades, muchas veces la persona se ve impedida para llevar a cabo por sí misma el acto que pondrá fin a su vida.

De esta forma, el debate en torno a la legalización de la eutanasia se plantea respecto de la necesidad de respetar, por un lado, los principios de autonomía de la voluntad, dignidad y autodeterminación de la persona; y, por el otro, la consideración de las posibilidades de tratamiento que ofrece la medicina actual. Ello requiere de una solución jurídica suficiente y eficiente, que tenga en cuenta todos los bienes jurídicos en juego. La LORE 3/2021 pretende responder a esta necesidad de la sociedad actual entrando a regular la cuestión de forma “sistemática, equilibrada y garantista”, según su propio preámbulo. Así, la muerte médicamente asistida ha encontrado la regulación que se venía pidiendo desde hacía ya mucho tiempo, legalizándose en España la prestación de ayuda para morir⁸ e incluyéndose en los servicios del Sistema Nacional de Salud. Esta prestación alcanza tanto la modalidad en la que es la persona que desea morir quien se autoadministra por sí misma el fármaco letal

⁷ La ley hace, en su artículo tercero, una definición de los términos que entran en consideración cuando se habla del «contexto eutanásico» en el cual una persona puede optar a la prestación de ayuda para morir. A grandes rasgos, dicho contexto se delimitará conforme a condiciones relacionadas con la situación física y sufrimiento de la persona, las posibilidades de alivio y las convicciones morales de la persona respecto a la preservación de su vida; y en cualquier caso tendrá que referirse necesariamente a una situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurable, que provocan un sufrimiento intolerable y que no puede ser aliviado en condiciones razonablemente aceptables. Además, se deben establecer garantías para asegurar que la decisión de poner fin a la vida sea tomada con total libertad, autonomía y conocimiento, protegida de posibles presiones de entornos desfavorables. A estos efectos, el análisis del contexto eutanásico requerirá, además, la evaluación externa tanto antes como después del acto eutanásico.

⁸ Este tipo de prestaciones se refieren al acto compasivo por el que se termina con la vida de un enfermo que no cuenta con esperanzas de recuperación o curación, que se encuentra en un estado de grandes sufrimientos por su padecimiento y que, ulteriormente, se relaciona con el respeto por la autonomía de los individuos.

prescrito por el médico para terminar con su vida (suicidio asistido), como la administración de dichos medicamentos por un profesional con el mismo objetivo (eutanasia⁹); recibiendo ambas el mismo amparo normativo. Y aunque esta regulación llega tarde para Ramón Sampredo o María José Carrasco, se ha conseguido por fin la despenalización de las conductas eutanásicas llevadas a cabo por un tercero que, por requisito de la ley, debe ser *el médico responsable*, ahora facultado para intervenir en la realización de tales prestaciones. En los casos, pues, en los que esta prestación de ayuda para morir se prevé legalmente, la muerte médicamente asistida se presenta como una elección (en todo caso voluntaria) al final de la vida para los pacientes que reúnen los requisitos establecidos legalmente.

Sin embargo, pese al claro objetivo de la ley, en realidad la regulación proporcionada por la actual LORE 3/2021 presenta, respecto del reconocimiento de este tipo de prestaciones de ayuda para morir, problemas de insuficiencia en relación con ciertos colectivos vulnerables (pues excluye expresamente a menores y a los sujetos que carecen de capacidad suficiente¹⁰); lo que, como consecuencia, se acentúa especialmente en los casos de pacientes psiquiátricos. Específicamente, respecto del debate que se alza en torno de la eutanasia en pacientes con enfermedades y trastornos mentales, hay que considerar no solo la dimensión de este posible «derecho a morir dignamente» —construido legalmente como un derecho muy estrechamente relacionado con el derecho fundamental a la dignidad y su problemático encaje respecto de otros derechos fundamentales y constitucionales (tales como el derecho a la vida, la integridad física y moral, la libertad y la autodeterminación)—, sino que hay que considerar también el conflicto bioético inherente al requisito de prestación de consentimiento para conceder la ayuda para morir en pacientes con afectación a su capacidad debido a las enfermedades que padecen, por tratarse de enfermedades y trastornos mentales. Así pues, además de preguntarse en qué momento el sufrimiento que acarrea una enfermedad psiquiátrica es una justificación suficiente y legítima para la muerte médicamente asistida y cuándo es solo un síntoma tratable, hay que focalizar más concretamente el problema en el consentimiento otorgado por estos pacientes, cuya voluntad y capacidad para consentir libremente pueden verse comprometidas. Todo esto, en relación con las nociones de “capacidad plena para obrar”;

⁹ Con esto, el término específico eutanasia —etimológicamente “buena muerte” (del griego, “eu” y “thanatos”)— es un concepto que por sí solo se refiere al hecho de que una persona cause la muerte de otra persona a petición de la última y en su beneficio, en un contexto eutanásico; de forma que a grandes rasgos se caracteriza por la intervención de una persona distinta al paciente —y que en las legislaciones que la han aprobado se exige que sea un profesional sanitario, aunque, como se verá, el grado de especialidad y titulación del médico puede variar según el país— que pretende su propia muerte; con un propósito que lejos de asimilarse al del homicidio o asesinato, responde al cumplimiento de un deseo que debe ser manifestado expresamente por el solicitante y que, en último término, se relaciona con la dignidad en la muerte de las personas.

¹⁰ Según el artículo 5.1a)“(…) tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud”

“padecimiento grave, crónico e imposibilitante”; “enfermedad grave e incurable”; o “dolor físico o psíquico intolerable” (Alacreu-Crespo et al., 2021), que entre otras configuran el marco legal de este tipo de prestaciones en la actual legislación.

Respecto a esto, la eutanasia o suicidio asistido por razones de sufrimiento mental insoportable causado por una enfermedad o trastorno psiquiátricos (lo que se denomina «eutanasia psiquiátrica») queda restringida en muchos países que, sin embargo, sí permiten la eutanasia por enfermedades somáticas, con lo que esta práctica sigue siendo aún limitada. Esto se debe, por todo lo que se ha dicho, a la dificultad de concretar con exactitud los criterios para determinar la naturaleza de los sufrimientos mentales y psiquiátricos en relación con las especificidades con las que la ley define el dolor o sufrimiento «insoportables» (Calati et al., 2021). Yendo aún más lejos, estos casos requerirán, por su complejidad, de una evaluación que debería ser más específica, pero que tampoco resulta suficientemente detallada en la ley respecto a una posible situación de incapacidad de hecho —artículo 3.h)—. En este sentido, se plantea si la nueva regulación de la eutanasia a partir de la LORE 3/2021 resulta suficiente en estas situaciones, teniendo en cuenta que la normativa nacional (Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica) e internacional, relativa a los derechos humanos ratificada por España, protege —desde la aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)— los derechos de las personas con discapacidad o con diagnóstico de trastorno mental en igualdad de condiciones que para el resto; por lo que debe garantizarse a estos pacientes el mismo derecho a la eutanasia y al suicidio asistido (Hernán María Sampietro, 2023).

Un caso reciente que ilustra las complejidades y controversias en torno a la eutanasia psiquiátrica en España es el de Emilio Suárez Trashorras¹¹, un ex minero condenado por su participación en los atentados del 11 de marzo de 2004 en Madrid, dejando 193 víctimas mortales y alrededor de 2.000 heridos. En estos momentos, Trashorras está cumpliendo una condena de más de 34.000 años de prisión por facilitar los explosivos utilizados en el ataque (de los cuales tendrá que cumplir 40) y en marzo de 2024 solicitó acogerse a la LORE 3/2021, alegando un "sufrimiento insoportable" ante la falta de adecuada atención tanto médica como psicológica en relación con su enfermedad mental diagnosticada (dado que su psiquiatra privado le prescribió un tratamiento que no le ha sido suministrado en el centro penitenciario donde cumple condena) y a su situación de encarcelamiento, además de la imposibilidad de

¹¹ El Mundo. (2024, 2 marzo). Trashorras, el minero que facilitó los explosivos del 11M a los terroristas, pide la eutanasia en prisión. El Mundo. <https://www.elmundo.es/espana/2024/03/02/65e2f502e85ece963b8b4580.html>

acceder a beneficios penitenciarios. Sin embargo, la Comisión de Garantía y Evaluación del Principado de Asturias ha denegado su petición de eutanasia, por entender que en su caso no se cumplen los requisitos que le permitirían acceder a la prestación de ayuda para morir, pues “existe posibilidad de intervención para aliviar la situación crítica actual”.

En cualquier caso, es relevante destacar que el número de solicitudes de prestaciones de ayuda para morir ha incrementado en los países en los que este tipo de prestaciones son legales, y lo mismo ha ocurrido paralelamente en el caso de pacientes que las solicitan por motivos psiquiátricos: en el caso de Países Bajos, el porcentaje de solicitudes de prestaciones de asistencia médica para morir incrementó en un 1.1% entre los años 2009 y 2019; y en el caso de Bélgica, lo hizo hasta el 2.2% entre 2002 y 2013. (Calati et al., 2021). En Cataluña¹², en el año 2022, se presentaron 8 solicitudes de asistencia médica para la muerte, solo una de las cuales fue finalmente realizada (el paciente presentaba un diagnóstico de depresión mayor, recurrente y refractaria al tratamiento). En el mismo informe del año anterior, se registraron dos solicitudes por depresión mayor.

2. LA DESPENALIZACIÓN DE LA EUTANASIA, SU LEGALIZACIÓN Y LA REGULACIÓN A PARTIR DE LA LORE 3/2021

El objetivo de la regulación de la prestación de ayuda para morir es amparar a los pacientes que toman la decisión libre, informada y responsable de rechazar un cierto tratamiento terapéutico aunque ello pueda conducir a su muerte (Díaz, 2024), y garantizar el acceso a dichas prestaciones a todas las personas que se encuentren en una situación que lo justifique. Esto requiere —según el artículo 5.d)— de un contexto eutanásico, bien por sufrir una *enfermedad grave e incurable*, o bien por sufrir un *padecimiento grave, crónico e imposibilitante*. Por esta razón, según el legislador, no basta solo con despenalizar¹³ las conductas eutanásicas, sino que es necesario regular la cuestión para no dejar a los ciudadanos desprotegidos (Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya, 2006), de forma que en el proceso de final de la vida se respeten sus deseos en relación con su propia autonomía de la voluntad;

¹² Según el Informe anual sobre la aplicación de la Ley orgánica de regulación de la eutanasia durante el año 2022 en Cataluña, de mayo de 2023 elaborado por la CGAC.

¹³ Como ejemplo, la sentencia 329/2021 del Juzgado de lo Penal nº 34 de Madrid, relativa al caso anteriormente mencionado de Ángel Hernández, quien ayudó a su mujer a morir cuando no existía aún ninguna regulación para el suicidio asistido en España, acción por la cual fue inicialmente procesado penalmente. Con la entrada en vigor de la LORE 3/2021 Ángel Hernández fue finalmente absuelto, en aplicación retroactiva de la norma penal favorable: la LORE 3/2021 impulsa la modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal para despenalizar la eutanasia, modificando la redacción del artículo 143.4 (que tipificaba penalmente el suicidio asistido como delito) para añadir un quinto apartado al artículo en el que se establece que “no obstante lo dispuesto en el apartado anterior, no incurrirá en responsabilidad penal quien causare o cooperare activamente a la muerte de otra persona cumpliendo lo establecido en la ley orgánica reguladora de la eutanasia.”

y en todo caso en el marco de los límites que la misma ley establece para ello, tanto respecto de los requisitos para solicitar la prestación (artículo 5), como para recibirla (artículo 6). La evaluación sobre el cumplimiento de dichos requisitos y sobre el contexto en el que se acepta o se rechaza la solicitud de prestación de ayuda para morir la llevan a cabo primero los médicos intervinientes (el médico responsable y el médico consultor) y después la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE)¹⁴ de la Comunidad Autónoma correspondiente.

Desde el punto de vista de la bioética, el problema recae en la prolongación de la vida humana (y, con ella, el retraso en la muerte de las personas) debida a la evolución de la tecnología y la medicina en las sociedades actuales. Y, más específicamente, en la extensión de la vida (incluso artificialmente), en circunstancias que suelen conllevar un gran deterioro tanto físico como psíquico. En muchas de estas situaciones, aun sin ser posible la cura de la enfermedad, sí existe un tratamiento para mediar de forma suficiente con el dolor; lo que se acaba traduciendo en situaciones en las que la vida se sostiene a través de mecanismos que generan unas condiciones de vida pésimas con un sufrimiento sin expectativas de curación o de una mejoría significativa en la calidad de vida del paciente (Ortiz Fernández, 2022). Así las cosas, la regulación de la asistencia médica en la muerte se entiende como una prestación compasiva que respeta la autonomía del paciente sin interferir en ella. Con todo, otras opiniones concluyen que la eutanasia es contraria a la ética médica y a los valores en los que debe fundamentarse la sociedad, por atentar contra «vida» y afectando con ello a la confianza en la medicina; pudiéndose incluso llegar a ver como una forma de discriminación hacia los colectivos vulnerables: se suele utilizar para argumentar el rechazo a la regulación de este tipo de prestaciones¹⁵ la falacia de la «*pendiente resbaladiza*»¹⁶, asumiendo que su permisión y

¹⁴ Existen en cada Comunidad Autónoma (también en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla) y tienen naturaleza multidisciplinaria (incluyen médicos, juristas y otros profesionales). El Ministerio de Sanidad las define como “órgano colegiado que tiene la competencia para el reconocimiento legal del derecho a la prestación de ayuda para morir, y que realiza un control de legalidad sobre todo el procedimiento seguido; e igualmente es el órgano ante el que los pacientes pueden presentar reclamaciones contra las denegaciones de su solicitud”.

¹⁵ En el Reino Unido, el Royal College of Physicians se ha opuesto en 2006 y 2014 a cualquier cambio en la legislación vigente sobre la eutanasia y el suicidio asistido. En 2019, la World Medical Association afirmó que la eutanasia y el suicidio asistido no son éticos, y recordó que la prohibición de participar en estos actos en el juramento hipocrático. En España, ya en septiembre de 2020, el Comité de Bioética de España se manifestó en contra de la eutanasia y el auxilio al suicidio. También la Asociación Española de Bioética y Ética Médica y la Sociedad Española de Psiquiatría han expresado su desacuerdo con la LORE 3/2021.

¹⁶ En el caso *Pretty v. Reino Unido*, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) aborda esta cuestión en relación con la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido. Diane Pretty, una mujer británica que sufría de una enfermedad terminal (“ELA”), solicitó a la corte que se permitiera a su esposo ayudarla a suicidarse y que se le garantizara que no sería procesado penalmente por ello. El TEDH consideró las implicaciones de permitir la eutanasia y el suicidio asistido, con el riesgo de que ello conllevara una gradual expansión de la práctica, pudiendo influir a personas vulnerables (que podrían sentirse presionadas a acudir a ella). Reiterando el derecho y la obligación de los Estados de proteger la vida, concluyó que mantener la prohibición general sobre el suicidio asistido era la manera legítima de proteger a los individuos vulnerables y de prevenir abusos: “(…) in order to effectively protect life and those who are vulnerable in society, a prohibition without exception on the giving of

regulación acabaría conduciendo a abusos y muertes involuntarias, pues no hay forma de tener una constancia ni una seguridad ciertamente absolutas de que todas las personas que solicitan la prestación de ayuda para morir han llegado a tomar la decisión de forma consciente y libre (relevantemente, respecto a los casos de personas con enfermedades psíquicas y en pacientes con alteraciones graves y crónicas de la conciencia, en relación con su capacidad mental para decidir sobre su vida y su muerte, teniendo además en cuenta que esta es una decisión irreversible). Por esta razón, al dudar de la capacidad de razonamiento de ciertos enfermos terminales y de los pacientes que padecen un sufrimiento psicológico muy grave, se aboga por la medicina paliativa como una alternativa a la eutanasia, dada la irreparabilidad de esta solución (Navarro, 2022).

Por todo ello, aunque en el sector sanitario parece que hay consenso sobre la necesidad de regular esta prestación, ello no obsta para que se plantee en este punto si los profesionales sanitarios deben asumir tal labor. Esto es porque atendiendo a la tradición hipocrática en relación con el esfuerzo terapéutico y a la *lex artis*¹⁷, este tipo de prestaciones eutanásicas llegan a suponer un cambio en la actividad médica, transformando incluso los fines de la medicina. La propia LORE 3/2021, además de despenalizar la eutanasia, desarrolla un nuevo derecho individual exigible, lo que, a su vez, no solo permite la posibilidad de solicitar este tipo de prácticas a los usuarios de los centros médicos, sino que implica además que pueda exigirse que la sustancia para llevarlas a cabo sea administrada directamente por un sanitario (Navarro, 2022). Esto es, en definitiva, que como *nuevo derecho* acarrea un *nuevo deber* de actuación respecto al médico, lo que afecta directamente a la relación médico-paciente¹⁸.

La controversia emerge en torno al reconocimiento jurídico de la posibilidad de acceder a una muerte voluntaria respecto de la colisión entre ciertos derechos que esto supone

assistance to commit suicide is the best approach. Attempts to fine-tune this approach by creating exceptions have been unsatisfactory and have tended to support the theory of the ‘slippery slope’. The formulation of safeguards to prevent excesses has been unsatisfactory and has failed to allay fears that a relaxation of the clear standard set by the law will undermine the protection of life and will lead to abuse of the exception.”

¹⁷ Se establece la obligación de los profesionales de llevar a cabo todos los actos tendentes a mejorar la salud de los pacientes. En este sentido, la Comisión de Deontología de la Organización Médica Colegial ha entrado en el debate oponiéndose a esta práctica médica porque el propio Código de Deontología, en sus artículos 5.1 (la medicina y su profesión están al servicio del ser humano, y deben respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo), 36.1 (el médico tiene el deber de intentar la curación del paciente siempre que sea posible, y cuando no lo sea, aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar) y, muy relevantemente, el artículo 36.3, que establece que “el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de este”.

¹⁸ Del mismo modo, el Comité de Bioética de España, en su *Informe sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir; en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación* (de 30 de septiembre de 2020), entiende que “legalizar la eutanasia y/o auxilio al suicidio supone iniciar un camino de desvalor de la protección de la vida humana” y, en relación con la actuación del personal médico respecto al apoyo a la enfermedad mental y la discapacidad, aboga por los cuidados paliativos en lugar de la proclamación de un derecho a acabar con la propia vida a través de una prestación pública.

en relación con la disponibilidad sobre la propia vida¹⁹ (González-Moreno, 2021). Se plantea en este punto la posible existencia de un *derecho a la muerte* positivizado legalmente. La apreciación del TC —en su sentencia 120/1990, de 27 de junio²⁰— sobre esta posibilidad es negativa. Así, sin que pueda hablarse de la positivización de un derecho a morir, la tendencia más reciente es entender que el derecho a la vida no puede implicar el deber de vivir en contra de la propia voluntad, y que los derechos a la integridad física y moral deben proteger al paciente que no quiera someterse a un determinado tratamiento, de ser obligado a someterse a intervenciones médicas invasivas en contra de su voluntad. A ello, se le suma el derecho del paciente a poder poner fin a un sufrimiento innecesario que pueda atentar contra la dignidad de su vida. Y es más, se infiere de la propia LORE 3/2021 que el valor de la vida puede decaer a favor de los demás bienes y derechos con los que se pondera en cuanto la persona —plenamente capaz y libre— decida que su situación vital no reúne las condiciones de dignidad que pueda considerar aceptables (y, específicamente, se pueda apreciar un contexto eutanásico), en vulneración de su derecho a la intimidad, a la dignidad y a la integridad física y moral; pues no existe un deber constitucional de imponer el deber de *vivir* o tutelar la vida en contra de la voluntad del titular de dicho derecho (Freeland, 2022). En este sentido, desde algunas perspectivas, la eutanasia no es más que una expresión de la garantía a la dignidad humana en términos de la libertad de los individuos a su autodeterminación (Navarro, 2022).²¹

De esta forma, la despenalización de la eutanasia contribuye al reconocimiento jurídico de la dignidad de la persona vinculada a su autonomía, entendida como la forma de autogobernarse (Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya, 2006). Del mismo modo lo

¹⁹ Al efecto, es interesante el caso conocido como “El pistolero de Tarragona”, en el que se presenta una posible colisión entre dos derechos fundamentales: por un lado, el «derecho a morir con dignidad» (y con este, los derechos a la libertad, a la dignidad, a la integridad moral y física y a la autonomía personal) del imputado, que se encontraba en prisión provisional; y, por el otro lado, el «derecho a la tutela judicial efectiva» de las víctimas del delito, como el derecho a un juicio justo (en el sentido de un procedimiento con todas sus garantías y en cumplimiento de las normas procesales). La dificultad está en la apreciación de esta colisión de derechos: si se entiende (como hace la jueza de instrucción) que el primero debe prevalecer por encima el segundo (por tratarse de un derecho más estrechamente vinculado al núcleo de la vida, ligado a la dignidad y a la autonomía personal como valores jurídicos fundamentales de los cuales se desprenden otros derechos que les son inherentes, y que, en último término, se relacionan con el libre desarrollo de la personalidad en el sentido del artículo 10.1 de la Constitución), se percibe la dignidad humana (y el derecho a la autodeterminación) como un valor invulnerable.

²⁰ En el Fundamento jurídico n°7 concluye que “la privación de la vida propia o la aceptación de la propia muerte es un acto que la ley no prohíbe y no, en ningún modo, un derecho subjetivo que implique la posibilidad de movilizar el apoyo del poder público (···) ni, mucho menos, un derecho subjetivo de carácter fundamental (···)”.

²¹ De la misma forma lo ha entendido el TEDH en el caso *Pretty contra Reino Unido* (Sentencia de 29 de abril de 2002), que aun sin reconocer un derecho positivo a la muerte (pues rechaza que el artículo 2 del CEDH incluya un derecho a morir) reconoce sin embargo que el artículo 8 (derecho a la vida privada) comprende el derecho a la autodeterminación de la persona respecto al «cómo» y al «cuándo» poner fin a su vida, en consideración a la dignidad, la libertad y la calidad de vida de las personas al final de la vida; en el sentido de que una persona puede elegir morir rechazando un tratamiento que pudiera prolongar su vida, pues la imposición de un tratamiento médico sin el consentimiento del paciente adulto y mentalmente capaz significaría una injerencia inadmisibles en los derechos protegidos por el artículo 8.

entiende el TC, reconociendo la facultad de autodeterminación sobre la propia vida —y, por extensión, sobre la propia muerte respecto al *cómo* y al *cuándo*— en relación con el derecho fundamental a la integridad física y moral (artículo 15.2 de la Constitución) y entendiendo que esta autodeterminación debe ejercerse de forma consciente y responsable, por un sujeto con capacidad de decisión libre y voluntaria²². Sin embargo, deja claro el TC que esta prestación solo podrá ser aceptada si concurren las circunstancias legales que permitan reconocer un contexto eutanásico médicamente contrastado, como límites a la libre autodeterminación de las personas. En este sentido y a efectos ilustrativos, en la sentencia 11/2024, de 12 de enero de 2024, del TSJ de Les Illes Balears deniega la prestación de ayuda para morir por entender que la solicitante no padece una enfermedad grave e incurable, sino que se encuentra en realidad sumida en una situación de "cansancio vital". Y que, aunque manifestara conductas potencialmente suicidas, su caso no cumplía con los requisitos que integran el contexto eutanásico. Así, de nuevo, estas exigencias pasan por la necesaria constatación de una situación de sufrimiento insoportable; o bien derivada de una enfermedad grave e incurable (lo que se refiere a una enfermedad que por su naturaleza genera “sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable, sin opciones de alivio que el individuo considere tolerables, caracterizada por un pronóstico de vida limitado y una progresiva fragilidad”), o bien a causa de un padecimiento grave, crónico e imposibilitante (lo que entiende el tribunal que debe ser una condición que afecta directamente a “la autonomía física y las actividades cotidianas, impidiendo la autosuficiencia, y que conlleva un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para el individuo, con la certeza o alta probabilidad de que estas limitaciones persistan sin posibilidad de cura o mejoría significativa a lo largo del tiempo”). Sufrimiento que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables según los términos en qué se expresa la propia ley (Díaz, 2024).

3. EL CONCEPTO DE «EUTANASIA PSIQUIÁTRICA»

No todos los países que han legalizado la eutanasia en alguna de sus modalidades —o aquellos que la han despenalizado— aceptan su aplicación motivada por una enfermedad psiquiátrica como su causa primaria. Así, «eutanasia psiquiátrica» es el término utilizado en la literatura y en varios estudios sobre esta cuestión para referirse a la eutanasia solicitada sobre la base de un sufrimiento mental insoportable, causado por una enfermedad psiquiátrica. Entre los países que sí la permiten, destacan los países de la región del Benelux: las leyes luxemburguesa, belga y holandesa permiten la muerte médicamente asistida por motivos

²² Sentencia TC 19/2023, de 22 de marzo de 2023.

psiquiátricos. Así, desde la experiencia holandesa²³ —en el año 2002—, en algunos países se permite la muerte médicamente asistida a pacientes que no padecen una enfermedad somática, sino que son afectados por enfermedades no terminales e incluso enfermedades psiquiátricas (depresión, esquizofrenia, trastornos de la personalidad) o trastornos neurocognitivos mayores (demencia). Las legislaciones en estos países comparten criterios: la causación de un sufrimiento insoportable, baja calidad de vida sin perspectivas de mejora ni alternativas razonables e intratabilidad (Grassi et al., 2022). Con ellos, también permiten la eutanasia psiquiátrica Suiza (en su caso, a través del suicidio asistido, pues la eutanasia activa y directa sigue sin ser legal) y recientemente también Canadá (que prevé la posibilidad de solicitar asistencia médica para morir para las personas que padecen enfermedades mentales a partir de marzo de 2024²⁴); pero no lo hacen Colombia, Australia y Nueva Zelanda.

En la siguiente tabla se muestra el panorama de las legislaciones que actualmente permiten la asistencia médica para morir en condiciones no terminales en el caso de personas con trastornos psiquiátricos, y bajo qué circunstancias (no se incluye España).

País	Año	Criterios
<i>Bélgica</i>	2002	<ul style="list-style-type: none"> ● Adultos capaces y menores emancipados (legalización de la eutanasia para niños en 2014) ● Solicitud voluntaria, reflexiva y reiterada, sin que resulte de ninguna presión externa ● Situación médica de constante sufrimiento insoportable que causa un dolor físico o mental que no puede ser aliviado como resultado de un padecimiento grave e incurable causado por enfermedad o accidente
<i>Países Bajos</i>	2001	<ul style="list-style-type: none"> ● 12 años (se requiere consentimiento de los padres para pacientes entre 12 y 16 años) ● Sufrimiento insoportable, sin perspectivas de mejora y sin alternativas razonables ● Solicitud voluntaria y persistente en el tiempo ● Consciencia sobre la propia condición médica, perspectivas y alternativas ● consulta a médico independiente para la solicitud ● método médica y técnicamente adecuado
<i>Luxemburgo</i>	2009	<ul style="list-style-type: none"> ● Adultos capaces (se requiere consentimiento de los padres o

²³ En el documental holandés "Mag ik dood" (Por favor, déjenme morir) de 2008, la periodista Eveline van Dijk plantea e indaga en la posibilidad de que las personas que sufren de enfermedades psicológicas crónicas puedan escoger morir con dignidad como alternativa al suicidio, a partir de una experiencia personal (la autora perdió a una hermana que desarrolló psicosis en su vejez, quien tras múltiples tratamientos padeció una depresión severa durante muchos años y que culminó en su suicidio).

²⁴ En enero de 2024, Canadá aplazó de nuevo la ampliación de la actual ley de eutanasia que preveía incluir en la prestación de la asistencia médica para morir a los enfermos mentales, alegando que los médicos aún no han recibido la formación adecuada.

		tutores legales para pacientes de entre 16 y 18 años) <ul style="list-style-type: none"> ● Dolor insoportable causado por una condición médica física o psíquica, que no puede ser aliviada y sin alternativas razonables ● Solicitud voluntaria, reiterada y por escrito
<i>Canadá</i>	2016 (2023 ²⁵)	<ul style="list-style-type: none"> ● Adultos capaces con seguro médico canadiense ● Condición médica grave e incurable (enfermedad, dolencia, discapacidad o estado de deterioro que no puede aliviarse en condiciones que los pacientes consideren aceptables) sin alternativas razonables (incluidos los cuidados paliativos) ● Solicitud voluntaria que no resulte de presión o influencia externa
<i>Suiza (solo suicidio asistido)</i>	1942	<ul style="list-style-type: none"> ● Adultos capaces ● Acto personalísimo (suicidio asistido, pero no eutanasia) ● No por motivos egoístas (tipificado penalmente)

Tabla extraída de (Grassi et al., 2022) Debating Euthanasia and Physician-Assisted Death in People with Psychiatric Disorders. Current Psychiatry Reports, 24(6), 325-335. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01339-y>

En este punto interesa la posición adoptada tanto por la ley como por la jurisprudencia españolas al respecto, en relación con la actual regulación. Como se ha detallado, la LORE 3/2021 establece que las personas que pueden acogerse a la ley son en todo caso los mayores de edad con plena capacidad de obrar y que sufran un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable; causantes de un sufrimiento físico o psíquico intolerables, permitiéndoles optar por la muerte asistida.

Sin embargo, la ley no hace ninguna referencia al término “eutanasia psiquiátrica”, con el que en otras legislaciones se define la prestación de ayuda para morir en los casos en los que la causa que justifica la solicitud de eutanasia es una enfermedad o trastorno mental, problemas psicológicos u otras condiciones psiquiatrizadas. A pesar de ello, tampoco la excluye. Es por esta razón que ha de entenderse que la aplicación de este tipo de prestaciones en la legislación española por tales motivos habrá de inferirse, en cualquier caso, de los argumentos presentados en el Preámbulo de la ley y de la voluntad de proteger la igualdad constitucional entre las personas; así como del contenido de las definiciones del artículo 3 y de los requisitos establecidos en el artículo 5, como se verá más adelante.

De esta forma, la ley abre también la puerta a que pacientes psiquiátricos con un trastorno o enfermedad mental, por poderse considerar muchos de ellos crónicos, imposibilitantes y causantes de un dolor psíquico, puedan solicitar este tipo de prestaciones (Hernán María Sampietro, 2023). Y si bien es cierto que en ocasiones las enfermedades mentales han de interpretarse como causas de denegación de la prestación de ayuda para morir, no podrá negarse el derecho a dicha prestación cuando el paciente tenga plena

²⁵ Permitirá como causa primaria la enfermedad psiquiátrica

capacidad a pesar de su enfermedad o trastorno (Ruiz, 2023). De hecho, en los países que legalizan estas prestaciones ha aumentado el número de pacientes con este tipo de enfermedades y trastornos que las solicitan, coincidiendo además con que las características de los pacientes que lo hacen son similares a los enfermos que realizan actos de suicidio consumado: historial de intentos de suicidio, aislamiento, trastornos depresivos o de la personalidad, etc. (Alacreu-Crespo et al., 2021).

En el caso específico de las prestaciones de asistencia médica para la muerte en pacientes psiquiátricos, puede hacerse una distinción entre dos situaciones distintas: en la primera, el paciente padece un trastorno mental junto a una enfermedad somática grave (por ejemplo, un cáncer terminal o ELA, que haya provocado en el paciente una depresión o un trastorno de ansiedad) siendo el motivo para solicitar la prestación de ayuda para morir el diagnóstico principal y no la enfermedad mental que ello ha desarrollado, aunque la última sea la razón que impulsa al paciente a solicitarlo. Es una situación distinta aquella en la que el diagnóstico principal es una psicopatología, esto es, cuando el paciente psiquiátrico (por sufrir una enfermedad o trastorno mental que le provoca un sufrimiento intolerable) pide la prestación de ayuda para morir por la afectación que tiene su patología psiquiátrica en su día a día, sin que cuente con perspectivas de curación o ni siquiera de mejoría. (Ramos-Pozón et al., 2023). El problema en estos casos, de nuevo, gira alrededor de la misma cuestión: este tipo de pacientes suelen acarrear, por la naturaleza de su enfermedad, problemas psiquiátricos, emocionales e incluso cognitivos. Con lo que, para poder extender el amparo de la regulación ofrecida por la LORE 3/2021 a este tipo de casuística específica, es necesaria una reflexión acerca de consideraciones como “padecimiento grave, crónico e incapacitante” o “enfermedad incurable”; y “causante de un dolor físico o psíquico intolerable”; que se desarrollará en los apartados siguientes; así como la “plena capacidad de obrar” (Ramos-Pozón et al., 2023).

3.1. La distinción entre trastornos y enfermedades mentales

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo puede afrontar su día a día y las tensiones normales de su vida con plena consciencia de sus propias capacidades. A este respecto, tanto los trastornos como las enfermedades mentales suponen una ausencia de esta salud mental. Y aunque la distinción entre ambos conceptos no deja de ser controvertida, es interesante en este punto si ello puede tener relevancia respecto a las posibilidades de tratamiento y curación, a los efectos de las prestaciones de ayuda para morir.

Generalmente, se utiliza el término «enfermedad mental» para referirse a los procesos patológicos en los que la pérdida o afectación a la salud tiene una causa orgánica conocida en las estructuras cerebrales y el equilibrio bioquímico del cuerpo, lo que viene ocasionando un rendimiento disfuncional del sistema nervioso y que puede venir determinada por razones genéticas, lesiones cerebrales, alteraciones en el funcionamiento metabólico cerebral etc., (así por ejemplo la esquizofrenia, los trastornos delirantes o el trastorno bipolar). Por su naturaleza orgánica, las enfermedades mentales requieren el tratamiento farmacológico. Por otro lado, se utiliza el término de «trastorno mental» para encajar las alteraciones genéricas de la salud, tengan o no su origen directo en una causa orgánica (es decir, aunque pueda tenerla, no presenta de por sí una causa orgánica determinante). Así, aunque el trastorno mental es un conjunto de síntomas que provocan riesgo o malestar mental con significancia clínica porque implican una alteración de la cognición, la regulación de las emociones y el comportamiento del individuo; su origen está en la forma de actuar del individuo ante distintos contextos emocionales sin que por ello exista ninguna disfunción en el sistema nervioso (por ejemplo depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, fobias o varios tipos de ansiedad) (García, 2022).

De este modo, el segundo es un término más amplio que el primero, dado que se aplica a cualquier alteración genérica de salud mental, sea o no sea consecuencia de una alteración somática conocida²⁶ (Martínez, 2007). Asimismo, el trastorno es una situación temporal y susceptible de cambios (salud psicológica), mientras que una enfermedad mental es persistente (salud psiquiátrica) y consecuentemente, mientras que el trastorno permite al paciente seguir funcionando normalmente con su vida cotidiana, la enfermedad mental acaba acarreando alteraciones graves en la conducta de la persona (que pueden incluso impedirle funcionar normalmente). Del mismo modo, dado su distinto origen (orgánico en el primer caso, y mayoritariamente derivado de factores emocionales y conductuales en el segundo), las consecuencias para su posible tratamiento también son distintas: los trastornos mentales no son procesos *anormales* e *incontrolables* que generan una reacción inevitable en el paciente (como sí puede ocurrir en el caso de las enfermedades mentales), y sus efectos pueden ser mediados. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre con los trastornos mentales (que al ser adquiridos pueden ser superados) por su naturaleza, las enfermedades mentales no tienen cura definitiva, pese a que pueden ser tratadas con fármacos que permiten controlar sus síntomas.

²⁶ Las dos nosotaxias psiquiátricas más utilizadas en la actualidad son la CIE-10 y CIE-11 de la Organización Mundial de la Salud y el DSM-IV-TR de la American Psychiatric Association. Se refieren a la presencia de un trastorno psiquiátrico que, por sí mismo, puede ser el motivo de solicitud de la asistencia médica para morir.

Con esto, una persona que pueda padecer esquizofrenia deberá convivir con sus síntomas toda su vida y deberá medicarse y acudir al psiquiatra regularmente (Top Doctors, 1970).

En este punto, la cuestión recae en la posibilidad de tratamiento de ciertos padecimientos psicológicos. En la práctica esto sigue planteando serios problemas para las personas psiquiatrizadas en relación con la aprobación de su solicitud de prestación de ayuda para morir. La Sentencia 217/2023, de 12 de junio, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria deniega la eutanasia a una solicitante con depresión grave, por entender —confirmando la resolución negativa de la CGE del Derecho a la Prestación de Ayuda a Morir y el informe del médico responsable— que no se cumplen los requisitos legales exigibles para acogerse a la prestación de ayuda para morir, pues aun tratándose de una situación en la que se padece una enfermedad grave, es necesario un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, y en un contexto de fragilidad progresiva. La solicitante es una paciente autónoma, con pronóstico de vida no limitado, y su enfermedad (depresión grave) tiene posibilidades terapéuticas para mejorar, señalándose que “la paciente no ha agotado sus alternativas terapéuticas que ofrecen la posibilidad de una mejora real” y “el deseo de muerte de la recurrente es una sintomatología de su enfermedad”.

3.2. El Tribunal Constitucional y la jurisprudencia española

En España no existe todavía suficiente jurisprudencia al respecto de la cuestión de la eutanasia psiquiátrica como para inferir de los tribunales una opinión totalmente inequívoca. No deja de ser verdad, no obstante, que hasta el momento de entre la jurisprudencia al respecto ha habido solo dos resoluciones —ya comentadas— relativas a esta cuestión, ambas resolviendo en contra de la concesión de asistencia médica para la muerte en casos de depresión²⁷ y de cansancio vital²⁸. La legislación española, en este sentido, es garantista y opera de forma distinta a como lo hacen por ejemplo la ley belga o la ley holandesa: el control psiquiátrico de las garantías que envuelven el procedimiento se hace a priori, y no a posteriori. La CGE va a controlar que se cumplan todos los requisitos para proceder a la prestación de ayuda para morir.

A esto ha de añadirse que la tendencia del TC a este respecto es entender que el “padecimiento” al que se refiere la LORE 3/2021 equivale a enfermedad. Es más, en la sentencia 19/2023, de 22 de marzo de 2023, entiende que el sufrimiento grave sobre el que se

²⁷ ver Sentencia TSJ de Cantabria 217/2023, de 12 de junio de 2023

²⁸ ver Sentencia TSJ de les Illes Balears 11/2024, de 12 de enero de 2024

construye el contexto eutanásico ha de tener su origen en todo caso en una enfermedad somática —aunque los sufrimientos constantes e intolerables a los que hace referencia la ley puedan ser psíquicos— y, de esta forma, rechaza los padecimientos que no afecten a la situación *física* del paciente en relación con el contexto eutanásico (así, las enfermedades psicológicas o la depresión como motivos únicos para la fundamentación de la solicitud de ayuda para morir). Sin embargo, la consideración de «situación física» a la que se aferra el TC para no amparar la eutanasia psiquiátrica se encuentra solo en el preámbulo²⁹ de la LORE 3/2021, el cual sin tener valor normativo (como ha recordado el propio TC), efectivamente delimita el contexto eutanásico a partir de condicionantes sobre la situación física del paciente. A pesar de ello, no significa esto que haya que concluir necesariamente que la eutanasia por motivos psiquiátricos queda sistemáticamente prohibida en la ley, pues en su articulado no existe ninguna exclusión expresa del término. Así las cosas, el posicionamiento del TC respecto de esta cuestión es, al menos, discutible (Diario Médico, 2023).

En primer lugar, porque la referencia a la afectación de la ‘situación física’ que se hace en el preámbulo de la LORE 3/2021 tanto puede comprender la enfermedad mental de origen (causa orgánica) como el trastorno mental (esto es, la consecuencia del sufrimiento psicológico) (Diario Médico, 2023). Asimismo, aunque la ley no haga una mención expresa de la enfermedad mental como causa primaria para la solicitud de la prestación de ayuda para morir, se ha entendido que debe ser aceptable la aplicación de la LORE también a estos supuestos, cuando se produce un sufrimiento psíquico grave (así, la sentencia 363/2022, de 16 de diciembre del Tribunal Superior de Justicia de Navarra), entendiendo que el padecimiento originado por este tipo de enfermedades psíquicas no puede excluirse de la categoría definida como ‘padecimiento grave, crónico e imposibilitante’. Tomando este enfoque, el sufrimiento psicológico debería poder entrar en consideración respecto del alcance del contexto eutanásico si se da el caso de que ocasiona, como cualquier otra enfermedad somática, padecimientos insoportables, constantes, con pronóstico de vida limitado y en contexto de fragilidad progresiva (Diario Médico, 2023).

Por otro lado, podría añadirse que, aunque parece evidente que en la mayoría de trastornos psiquiátricos existen síntomas mentales (pensamientos y comportamientos o estados de ánimo inquietantes), también es cierto que en ciertos trastornos —trastornos

²⁹ “El contexto eutanásico, en el cual se acepta legalmente prestar ayuda para morir a otra persona, debe delimitarse con arreglo a determinadas condiciones que afectan a la situación física de la persona con el consiguiente sufrimiento físico o mental en que se encuentra, a las posibilidades de intervención para aliviar su sufrimiento, y a las convicciones morales de la persona sobre la preservación de su vida en unas condiciones que considere incompatibles con su dignidad personal. (···)”

somatomorfos— estos factores mentales se expresan, además, a través de síntomas físicos (proceso de somatización³⁰), por lo que la preocupación principal de la persona pasa a ser sus síntomas físicos o somáticos (dolor, debilidad, fatiga, náuseas, etc.). Así, el trastorno somatomorfo presenta “uno o más síntomas orgánicos crónicos, acompañados de niveles significativos y desproporcionados de angustia, preocupaciones y dificultades en el funcionamiento diario relacionadas con dichos síntomas” (Diario Médico, 2023). Esto es relevante dado que ciertos trastornos mentales pueden agravar otros trastornos orgánicos e incluso contribuir a generar, empeorar o prolongar síntomas físicos. Y los trastornos orgánicos generales pueden conducir también a un trastorno de salud mental (así, por ejemplo, las personas con trastorno orgánico crónico, recurrente o potencialmente mortal, pueden desarrollar trastornos como la depresión, lo que, a su vez, empeora el trastorno orgánico).

Hay que tener en cuenta, además, que tanto el dolor psicológico como el dolor físico tienen estructuras biológicas comunes y, por lo tanto, uno y otro se relacionan entre sí (afectando incluso a sus respectivos pronósticos); y que el dolor —psicológico— *insoportable* (en los términos requeridos legalmente que justifican el contexto eutanásico) es una característica común de las enfermedades y trastornos de origen psiquiátrico, además de ser un motivo de suicidio sobre todo entre los pacientes depresivos (Alacreu-Crespo et al., 2021).

4. EUTANASIA PSIQUIÁTRICA: SOBRE LA CAPACIDAD DEL SOLICITANTE Y SOBRE EL CONTEXTO EUTANÁSICO

Una de las cuestiones más importantes —si no la que más— en las cuales se centra este trabajo es la posibilidad de entender si las enfermedades y trastornos mentales cumplen los requisitos que se hacen necesarios para poder solicitar la prestación de ayuda para morir. A este respecto, a la hora de valorar la conveniencia de la aplicación de la prestación de ayuda para morir en casos de enfermedades psiquiátricas hay que tener presente que los trastornos y enfermedades mentales pueden tener una gran afectación a la calidad de vida de las personas

³⁰ Este es el caso —en el reportaje publicado por *BBC Stories* en 2017— de Adam Maier-Clayton, canadiense de 27 que convivía con un dolor constante, causado por la ansiedad, un trastorno del estado de ánimo y un trastorno obsesivo-compulsivo desde niño. Este dolor, en su caso, se agravaba con cualquier actividad cognitiva (como la lectura y el habla); lo que hacía que las actividades diarias más básicas le provocaran un sufrimiento completamente agotador. Por todo esto, acabó siendo una persona totalmente dependiente de sus padres. Estos padecimientos psíquicos le suponían —además del sufrimiento mental propio de estas patologías— un dolor también físico, agónico e intolerable que los médicos atribuyeron a su padecimiento psíquico. Adam se suicidó en Abril de 2017, después de muchos años de tratamiento y medicación; sin ninguna mejora y sabiendo que su condición solo empeoraría con el tiempo. Sabiendo que bajo la ley en vigor en aquel momento (la Ley C-14) nunca podría acceder a la muerte médicamente asistida (pues en su redacción no era aplicable a personas con enfermedades mentales), Adam tenía claro que su única opción era recurrir al suicidio, lo que hizo que muriera solo en una habitación de hotel para que sus familiares y amigos no enfrentaran consecuencias penales.

que los padecen y que muchas veces no se solucionan con tratamiento; lo que en conjunto incrementa la vulnerabilidad en la que se encuentran las personas con este tipo de enfermedades y trastornos, pues constantemente afrontan situaciones de desigualdad respecto al resto de la sociedad por cuestiones de estigmatización social (acceso a vivienda, empleo y atención sanitaria especializada, situaciones de marginación y exclusión social, etc.), factores que también contribuyen a su deseo de morir (Hernán María Sampietro, 2023). Así pues, hay que tener en cuenta que, respecto al proceso de toma de decisiones y aplicación de la eutanasia en personas con enfermedades y trastornos mentales, afloran diversos problemas tanto médicos como éticos, teniendo en cuenta que no en todos los casos los padecimientos psíquicos y mentales son causas de una falta de capacidad para decidir.

La CGE de Catalunya (CGAC), en su Informe “*Peticions de PRAM Per Persones Amb Problemes de Salut Mental, 2022*” aborda la problemática que presenta la evaluación del solicitante de la prestación cuando la solicitud se basa en una enfermedad psiquiátrica como origen del sufrimiento grave, crónico e incapacitante, respecto de la dificultad para evaluar los trastornos mentales. Por ello, entiende que es necesario un refuerzo en los requisitos para llevar a cabo dicha evaluación y a efectos de ayudar a los médicos responsables, médicos consultores y a la propia CGAC a la hora de valorar y resolver las solicitudes de personas con este tipo de patologías mentales, para que puedan solicitar y acceder las prestaciones de ayuda para morir en las mismas condiciones que los pacientes con patologías somáticas. Así, en los casos graves (por ejemplo, por depresión mayor o en situaciones de trastornos de la personalidad) habrá que explorar las alternativas y posibilidades de tratamiento existentes, y el médico consultor que hará el seguimiento de la solicitud debería ser un especialista psiquiátrico, además de la necesidad de comprobar que haya habido un cierto recorrido terapéutico respecto a la patología, que el proceso deliberativo sea más complejo, etc.

4.1. El problema jurídico respecto al consentimiento y su validez: la capacidad para consentir

Uno de los problemas que se suscitan, respecto de este tipo de pacientes, es la cuestión relativa a la posible afectación que puede tener este sufrimiento sobre su capacidad de entender las implicaciones de su decisión y, por ende, respecto de la libre formación de su consentimiento informado. A estos efectos, debe tenerse en cuenta que en el caso de los pacientes psiquiátricos existe una tendencia elevada a retirar estas solicitudes antes de que sean aceptadas, lo que puede indicar que en ocasiones el deseo de morir en este tipo de

pacientes no es suficientemente estable en el tiempo³¹. En este contexto, la valoración del dolor irremediable o irreversible debe considerarse también en relación con el alto porcentaje de pacientes que retiran³² su solicitud de prestación de muerte médicamente asistida, lo que sugiere la posible naturaleza transitoria (o tratable) de dicho sufrimiento mental insoportable. (Calati et al., 2021). Es decir, se plantea la problemática que acarrea la determinación del grado de influencia que pueden tener este tipo de padecimientos —por su naturaleza psicológica— en la prestación de consentimiento, sobre todo en relación con la capacidad de estas personas para tomar decisiones relativas a su salud y a la propia vida, lo que en definitiva se entiende como la «competencia mental». En el ámbito sanitario, esta capacidad debe traducirse necesariamente en la comprensión racional de la información sobre la propia situación clínica, la información sobre las distintas opciones de tratamiento y de las consecuencias de su elección. Está claro, pues, que respecto de personas en quienes la capacidad de comprender un determinado resultado puede verse afectada por influencia de sus dolencias psíquicas, y como se verá sobre todo en los casos más graves, los criterios para la admisión de su solicitud pueden requerir un refuerzo extra.

En el caso de los pacientes psiquiátricos resulta especialmente importante la determinación de esta cuestión, pues en la sintomatología de sus padecimientos suelen ser frecuentes los deseos de morir. Esto plantea aún más interrogantes sobre la dignidad en la vida de estas personas respecto al sufrimiento indisoluble de la enfermedad que padecen y sus consecuencias (aunque los mismos argumentos pueden utilizarse en contra de permitir la eutanasia en estos casos respecto de la contribución que pueden tener estos factores en la formación del deseo de morir del paciente³³): las personas con enfermedades y trastornos mentales graves, por ejemplo, tienen una esperanza de vida diez años más corta que la del

³¹ En el documental para The Economist “24 & ready to die” (de 2015), se explora el caso de Emily, una joven belga que padecía una depresión severa y persistente —y que ya había tenido varios intentos de suicidio—, solicitó la eutanasia por el sufrimiento constante que le provocaba su trastorno mental. En su momento la solicitud fue aceptada y se le concedió la eutanasia, pero poco antes de la fecha en la que estaba programada su muerte se echó atrás alegando que en las últimas semanas su sufrimiento había sido lo suficientemente tolerable (“These last two weeks have been relatively tolerable. There weren’t any episodes. It’s not very clear to me. Did something change in me or did something happen to make this tolerable? I tried not to think about the truth any more [i.e. that it would be better if I no longer existed]. I’ll look towards the future”). Dos años más tarde, sin embargo, lo volvió a solicitar, esta vez manteniendo su decisión hasta morir.

³² En el estudio “*A systematic review of the literature. Journal Of Psychiatric Research, 135, 153-173*” (Calati et al., 2021), cuyo objetivo principal era “identificar y describir los datos disponibles relacionados con los pacientes que han recibido o solicitado pEAS en cada país donde está permitido” se observa que la tasa de retiros de solicitudes de prestación de ayuda para morir en pacientes psiquiátricos es del 37%, y se concluye que ello puede ser consecuencia del carácter transitorio del deseo de morir.

³³ Así lo ve la Sociedad Española de Psiquiatría (2021), haciendo hincapié en la vulnerabilidad que en ocasiones envuelve a los trastornos mentales. A este respecto queda más que resaltado en la legislación que el deseo de morir ha de ser libre y conscientemente manifestado, sin que sea posible que en la solicitud de prestación de ayuda para morir existan injerencias y presiones externas que hubieran podido motivarla.

resto de población sana, suelen estar más expuestas a problemas médicos y efectos secundarios de los medicamentos con los que deben tratarse (presentando también más tendencia al consumo abusivo de sustancias), sufren una alta tasa de desempleo (lo que los convierte mayoritariamente en personas económicamente dependientes) y sufren estigmatización y discriminación; todo lo cual contribuye a que este tipo de pacientes presente una mayor tendencia e incidencia de muerte por suicidio. (Espinosa-López & Valiente-Ots, 2019). En este sentido, y a efectos ilustrativos, es destacable que del 85% al 95% de los suicidios son cometidos por personas que sufren una enfermedad mental diagnosticable en el momento de su muerte. Relevantemente, constituyen causas de suicidio frecuente trastornos como la depresión, el trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, del sueño y por el consumo de sustancias o de alcohol, las experiencias traumáticas durante la infancia (particularmente abusos) o el aislamiento. Asimismo, casi todas las demás enfermedades de salud mental también se asocian a un mayor riesgo del suicidio, particularmente la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, y especialmente los trastornos de la personalidad. (Moutier, 2023). Así las cosas, estando el deseo de morir presente en muchos pacientes psiquiátricos, brotan problemas al respecto de la legitimidad de la solicitud de prestación de ayuda para morir cuando la única causa para hacerlo es una enfermedad psiquiátrica.

El artículo 5.1.a) de la LORE 3/2021 requiere como elemento esencial la capacidad del paciente al realizar la solicitud, y que sea consciente en el momento de hacerla. Con todo, no existe ninguna fórmula clara para discernir quién tiene capacidad suficiente y quién no para solicitar la prestación de eutanasia o suicidio asistido. A este respecto, la ley solo hace referencia a la necesidad de “ser capaz y consciente en el momento de la solicitud”, con lo que además de no encontrarse en una situación de «incapacidad jurídica³⁴», el paciente deberá tener «capacidad de hecho³⁵» para realizar la solicitud (según el “Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho” del Ministerio de Sanidad, revisado anualmente). Esto, en definitiva, significa que el paciente debe tener competencia³⁶ para poder tomar la decisión de terminar con su vida, y que esta decisión ha de ser constante y coherente. Es por ello, que a los efectos de evaluar dicha capacidad en los pacientes psiquiátricos, resulta

³⁴ La Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, suprime la incapacitación judicial para personas con discapacidad; estableciendo la igualdad jurídica respecto a las demás personas, sin perjuicio de que puedan adoptarse las medidas oportunas para proporcionar a las personas con discapacidad el apoyo necesario en el ejercicio de su capacidad jurídica.

³⁵ En la LORE 3/2021, la situación de «incapacidad de hecho» es aquella en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica.

³⁶ Esta competencia para tomar decisiones sobre el propio tratamiento se refiere a que el paciente cuente con las aptitudes psicológicas suficientes para poder justificar que la decisión ha sido meditada y es razonable.

esencial que se tomen medidas para asegurar que el paciente tiene acceso a toda la información disponible sobre su condición, los posibles tratamientos, los inconvenientes y las alternativas o recursos de apoyo disponibles para tratar su padecimiento (Ramos-Pozón et al., 2023). Consecuentemente, pues, la ley exige en su artículo 5.1 e) como uno de los requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir “prestar consentimiento informado³⁷ previamente a recibir la prestación de ayuda para morir”.

De ello se desprende que son esenciales para llevar a cabo la eutanasia la voluntad expresa del paciente —que en cualquier caso debe ser capaz y consciente; debiendo realizar, según el artículo 5.1.c), dos solicitudes separadas en el tiempo y de forma voluntaria y por escrito— y la autonomía de voluntad, mediante consentimiento informado. Esto implica que esta decisión debe tomarse en un contexto de libertad y en el que no exista una injerencia de factores o presiones externas que puedan alterar la voluntad real del paciente (artículo 4). Es por esto último que es especialmente relevante, en relación con el consentimiento informado, que se lleve a cabo una evaluación detallada de la capacidad del paciente para tomar dichas decisiones. Esta evaluación toma en consideración tanto criterios cognitivos (así, la comprensión, el razonamiento y la toma de decisiones, verificando que el paciente comprende su patología y los riesgos y beneficios de los tratamientos que se le ofrecen y que, en su caso, es capaz de razonar el rechazo) como los valores personales del solicitante respecto a su situación personal y proyecto de vida (Ramos-Pozón et al., 2023). Todo esto es porque aunque sin dejar de ser verdad que la capacidad de tomar decisiones en este tipo de pacientes puede verse deteriorada por su patología, en la mayoría de casos, los pacientes con enfermedades psiquiátricas graves (así como la esquizofrenia o el trastorno bipolar) pueden tomar decisiones racionales sobre su propia salud (Calcedo-Barba et al., 2020).

Esta capacidad de participación de las personas en la toma de decisiones sobre su salud y la propia vida constituyen lo que en derecho sanitario se conoce como la “*competencia mental*”, que se describe como la capacidad de recibir, comprender y retener la información relevante sobre la propia situación clínica, de forma que el paciente sea capaz de escoger entre las distintas opciones y alternativas de tratamiento de una forma racional e informada. Y será esta competencia mental la que determinará la capacidad del paciente para consentir o rechazar los tratamientos terapéuticos propuestos por los expertos y la validez de su consentimiento (Ramos, J. 2007). En este sentido, hay que tener en cuenta que no todas las

³⁷ Según la ley, en el artículo 3.a) el consentimiento informado se describe como “la conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar una de las actuaciones descritas en la letra g)”.

decisiones en el ámbito sanitario tienen la misma relevancia. Con esto, una intervención que pueda conllevar riesgos graves y pocos beneficios para el paciente requerirá de una capacidad plena del paciente para consentir; con lo cual, la competencia (y, por lo tanto, la capacidad) del paciente se debe verificar para cada tratamiento y para cada intervención. Es por esta razón que muy relevantemente la LORE 3/2021 requiere en su exposición de motivos que la persona mayor de edad tenga “plena capacidad de obrar” para solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir, y “siempre que lo haga de forma autónoma, consciente e informada, y que se encuentre en los supuestos de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurable; causantes de un sufrimiento físico o psíquico intolerables”.

Sin embargo, por la propia naturaleza de muchas enfermedades —y también en el caso de ciertos trastornos mentales— que deben considerarse graves (como la esquizofrenia, la depresión mayor, trastornos psicóticos, trastornos delirantes, o trastornos bipolares, entre otros) pueden afectar a dicha competencia mental (esto es, la capacidad para consentir o rechazar tratamientos). No obstante, esta afectación puede manifestarse erráticamente (o por episodios), de forma que a diferencia de un paciente con demencia o una persona con discapacidad intelectual, quien padece un trastorno mental no siempre se encuentra en un estado de falta o de afectación de la capacidad mental (es decir, tiene episodios de lucidez). Esto se da sobre todo en los casos de los trastornos mentales, dado que presentan una evolución que muchas veces es irregular y cambiante, en los cuales intervienen además factores como la personalidad, el entorno, el tipo de tratamiento y el nivel de adaptación del sujeto. Y todos estos factores pueden influir tanto en la evaluación como en el pronóstico de dichos trastornos mentales graves y, por ende, en las capacidades del paciente respecto de su propia autodeterminación. (Ramos, J. 2007).

Por todo ello, la premisa debe ser la presuposición de la competencia mental respecto de cualquier paciente adulto y será, en su caso, la incompetencia lo que deberá ser probado. Esto es porque el diagnóstico psiquiátrico no presupone en sí mismo un grado o nivel de competencia mental, sino que requiere una exploración detallada de la capacidad de cada paciente respecto de cada decisión, evaluación que deberá ser llevada a cabo por el médico responsable sin perjuicio de que este pueda consultar a otro tipo de profesionales (psiquiatras, psicólogos, internistas, etc.). (Bernal Martí, X., Salàs Darrocha, J. T., & Contreras Fernández, F., 2020). De esta forma, independientemente de la gravedad y del grado de discapacidad, siempre que el paciente tenga la capacidad para decidir de forma responsable deberá poder hacerlo, entrando a considerar continuamente la afectación de capacidad en el caso concreto, la reversibilidad de los tratamientos y los efectos y reversibilidad del propio trastorno. Y

cuando esto no sea posible por afectación de un estado psicológico gravemente afectado, la actuación clínica se registrará entonces por el valor fundamental del beneficio para su salud, con los problemas que todo ello conlleva.

Por otro lado, el problema respecto del consentimiento hace referencia, inevitablemente, a su validez jurídica. En este punto, el debate que se suscita respecto de esta cuestión recae, sin duda, en el reconocimiento jurídico que debe o que puede tener el consentimiento (como manifestación de la voluntad de solicitar y que se lleve a cabo una “muerte digna”) prestado por aquellos pacientes en un estado terminal, bajo enfermedades invalidantes o con enfermedades psiquiátricas. Sobre todo respecto de aquellos trastornos y dolencias que, por su naturaleza, muchas veces pueden afectar a la capacidad de estos pacientes para ser conscientes de sus decisiones. Este consentimiento se vuelve aún más imprescindible cuando es la vida del paciente lo que se encuentra en juego. Esto es porque, como en cualquier intervención médica, se requiere también aquí la prestación del consentimiento de la persona afectada después de haber sido esta efectiva y suficientemente informada, a los efectos de que este consentimiento pueda considerarse libre, informado y específico en relación con la intervención en cuestión (y, por ende, válidamente otorgado). Esto esconde, sin lugar a dudas, problemas respecto a la validez de un consentimiento que, por las características de la enfermedad o trastorno mental concretos, puede haber sido otorgado de forma no totalmente libre, sino condicionada por las propias afectaciones de la enfermedad en la psique del paciente.

Se constata así el problema que surge en relación con esta voluntad libre para tomar decisiones médicas relevantes —que en este caso implican una actuación irreversible— en un contexto de enfermedad o trastorno mental, en el cual las capacidades psíquicas pueden verse afectadas, pudiendo en algunos casos llegar a estar limitada la capacidad para decidir. Deviene esencial, entonces, que se reconozca —a efectos de que se conceda la prestación de muerte médicamente asistida— que la decisión esté libremente tomada y se ajuste a la verdadera voluntad de la persona; y que esta voluntad no responda a la influencia de la patología por lo que al deseo de morir se refiere, sino que se deba a las circunstancias que hacen que el padecimiento de tal enfermedad convierta su vida en insoportable. Con esto, la valoración de la capacidad para decidir de las personas que sufren patologías y trastornos mentales se convierte en el eje principal, habiendo de tener en cuenta, sin embargo, que no todos los trastornos mentales afectan la capacidad y libertad de consentir del mismo modo.

El conflicto radica, específicamente, en la interpretación de la *voluntad de morir* en presencia de enfermedades y trastornos mentales, pues es frecuente que en estos contextos

exista el deseo de morir (especialmente respecto de los trastornos depresivos, aunque también de la esquizofrenia, las adicciones y los trastornos graves de personalidad, entre otros), y por ello hay que intentar verificar que este deseo de morir es estable en el tiempo y que no se relaciona con variables que pueden ser tratadas (Alacreu-Crespo et al., 2021). Alrededor de esta cuestión, según la Sociedad Española de Psiquiatría (2021) existen dos puntos de vista: la primera perspectiva se refiere a la existencia de trastornos psiquiátricos que pueden influir o contribuir a llegar a la decisión de solicitar ayuda para morir (por ejemplo, la depresión es una preocupación especial en estas solicitudes, ya que puede afectar la competencia de los pacientes y en ocasiones la respuesta preferible puede ser el tratamiento y no la asistencia en la muerte³⁸); y a estos efectos, algunos países sugieren la conveniencia de consultar con un psiquiatra en caso de dudas sobre la capacidad de tomar decisiones relacionadas con la ayuda para morir. La segunda perspectiva se enfoca en la presencia de un trastorno psiquiátrico que causa sufrimiento insoportable y que constituye, en sí mismo, el motivo para solicitar la ayuda para morir. En estos casos, idealmente habría que poder distinguir los supuestos en los que el deseo de morir del paciente es independiente de las propias manifestaciones de su concreta patología —lo que en muchos casos resulta extremadamente difícil—, y que responde en realidad a sus efectos, impidiéndole soportar el padecimiento al que se ve sometido por su enfermedad o trastorno de los casos en los que no lo es.

4.2. Cuestiones terminológicas: el problema respecto de los requisitos de sufrir “padecimiento grave, crónico e imposibilitante” o “enfermedad grave e incurable”

Por otro lado, afloran también problemas respecto de los requisitos establecidos en el artículo 5.1.d) de sufrir una *enfermedad grave e incurable*³⁹, o un *padecimiento grave, crónico e imposibilitante*⁴⁰, certificados por el médico responsable respecto a la prestación de ayuda

³⁸ La depresión, por ser una enfermedad (o trastorno) que según las circunstancias puede ser potencialmente reversible y tratable, puede afectar a la competencia de los pacientes que solicitan la eutanasia respecto a la valoración que hacen previamente a realizar la solicitud (respecto a lo positivo, lo negativo y los resultados que puedan obtener respecto de su condición), y por ello algunas opiniones (como la propia Sociedad Española de Psiquiatría) entienden que las personas con depresión pueden ser más vulnerables en este contexto dado que su solicitud de muerte asistida médicamente puede deberse a la presencia de ésta y no a su voluntad real de morir; por lo que sería preferible un tratamiento a, en cualquier caso, una solución con efectos irreversibles como la eutanasia o suicidio asistido.

³⁹ Según el artículo 3.c) LORE 3/2021: “la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva”.

⁴⁰ Según el artículo 3.b) LORE 3/2021: “situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico”

para morir en personas con trastornos y enfermedades mentales. Estos problemas se refieren, principalmente, a ciertos aspectos terminológicos que resultan fundamentales.

Así pues, aparecen en primer lugar problemas relativos a las definiciones que efectúa la ley respecto de las dificultades que presenta la determinación del alcance de estos términos en situaciones en las que este sufrimiento no es físico, sino psíquico. De la definición de «grave» e «incurable» en la LORE 3/2021 se deduce la posibilidad de sufrimientos tanto físicos como psíquicos, requiriendo, no obstante, que este sufrimiento sea *intolerable* y sin perspectivas de mejora. Por ello, la exigencia de una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, ha sido objeto de controversia en relación con los trastornos y enfermedades psiquiátricas, pues aunque puede concurrir extrema gravedad, el acuerdo general considera que estos padecimientos, en comparación con otras enfermedades, no conducen por sí mismos a la muerte, sin perjuicio de que, en el caso de los trastornos mentales graves (esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de base orgánica y algunas formas graves de depresión y de trastorno de la personalidad) se requieran apoyos significativos, por ser especialmente graves y crónicos. Aun así, es difícil calificar a priori a estos trastornos mentales (no enfermedades) como “incurables” o “crónicos e invalidantes”, pues esto dependerá en gran medida del tratamiento recibido. A esto mismo se refiere la mencionada Sentencia TSJ de Cantabria 217/2023, de 12 de junio de 2023, en cuanto el padecimiento de la solicitante tenía posibilidades de mejora con tratamiento.

Sin embargo, en muchas ocasiones —aunque no hay consenso para apreciar en qué situaciones— se entiende que el dolor mental ocasionado por un trastorno o enfermedad psiquiátrica puede llegar a resultar también intolerable, igual o incluso más que el dolor físico y debe poder encuadrarse en el término «sufrimiento insoportable» requerido por la ley para la concesión de la prestación de asistencia médica para morir. La clave está en determinar si dicho sufrimiento puede ser tratado. La LORE 3/2021 solo requiere que los pacientes sean debidamente informados sobre los tratamientos disponibles y sus beneficios e inconvenientes, pero no requiere agotar todas las vías de tratamiento, pues los pacientes tienen derecho tanto a aceptar como a rechazar un tratamiento, siempre que tengan la capacidad de tomar esa decisión. Asimismo, desde la perspectiva de la autonomía del paciente, es el propio enfermo quien ha de declarar si el tratamiento es suficiente. En los pacientes psiquiátricos, esto desemboca en una gran dificultad, pues la mejoría del tratamiento puede depender de factores que no siempre son clínicos. (Ramos-Pozón et al., 2023).

Por otro lado, no existen estándares universales que definan la incurabilidad de los trastornos mentales, lo que hace difícil entenderlos como irremediables; aunque para llegar a

considerarlos como tal puede atenderse al análisis de las causas psíquicas, neurológicas y somáticas del sufrimiento, e incluso a ciertos factores socioeconómicos (falta de estructuras familiares de apoyo, aislamiento, etc.) (Ramos-Pozón et al., 2023). Así, aunque se reconoce que los trastornos mentales pueden constituir un sufrimiento grave —lo cual queda reflejado en las estadísticas sobre suicidio asociadas a este tipo de patologías—, es crucial establecer una diferenciación clara entre el deseo de morir de los pacientes con estas dolencias en el contexto de la eutanasia y los síntomas derivados de trastornos psiquiátricos que también pueden llevar a manifestar esta misma voluntad. En esta línea, entiende la CGAC que podría darse un escenario en el cual coexistan una enfermedad somática y un trastorno mental (caso en el cual habría que verificar que incluso con el diagnóstico de enfermedad mental, sigue habiendo plena capacidad de la persona para tomar la decisión, y que concurren los requisitos —en relación con la enfermedad somática— para solicitar la prestación, evitando así que el diagnóstico mental pueda impedir no valorar el padecimiento grave global —tanto físico como psicológico— del paciente), o que se diera el caso de un trastorno mental crónico (lo que implica un gran sufrimiento y evidentes limitaciones para el paciente) y que hayan podido conducir a realizar intentos de suicidio; de forma que en estos casos la muerte deseada sea una realidad.

Es por todo ello, que los profesionales sanitarios (y relevantemente las CGE) deben revisar caso por caso el cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 3.b) atendiendo a las limitaciones que pueda generar el padecimiento de dicha enfermedad o trastorno sobre la autonomía física del paciente, o su capacidad de expresión y relación; el padecimiento físico o psíquico constante e intolerable del enfermo; y la certeza (o gran probabilidad) de que la situación no mejore, imposibilitando la curación o mejoría. En esta línea, la CGAC ha definido, en su documento de “*Peticions de PRAM per persones amb problemes de salut mental*” distintas situaciones de sufrimiento insoportable por enfermedad mental que podrían facilitar la solicitud de la prestación de ayuda para morir. Por ejemplo, cuando se trata de un trastorno mental secundario a una enfermedad física (dado que el malestar emocional y trastornos psicopatológicos son parte de los síntomas del sufrimiento y la nula probabilidad de mejora de estos síntomas puede avalar la solicitud, valorando como siempre la capacidad de decisión de la persona), o cuando es la propia enfermedad psiquiátrica la ocasiona un sufrimiento grave, crónico e imposibilitante (como ejemplos, la depresión mayor; aunque también habrá que valorar la capacidad de decisión del paciente y su enfermedad mental tiene influencia sobre ella). Esto no obsta para que siga habiendo problemas prácticos en la aceptación de dichas solicitudes en tales casos.

Y, en segundo lugar, porque en su artículo 3, apartados d) y e) la ley no detalla tan inequívocamente como debería qué es lo que se ha de entenderse por «médico responsable⁴¹» y por «médico consultor⁴²»; con lo que, partiendo de estas categorías generales, los pacientes con enfermedades y trastornos mentales pueden verse más vulnerables respecto a la admisión de sus solicitudes. Esto es, por un lado, porque de estas definiciones se desprende que cualquier médico que tenga “formación” en el ámbito de la patología de que se trate, aun sin ser un especialista titulado, podrá entenderse capacitado, según la exigencia marcada más adelante en el artículo 12 b), punto noveno. Y, por otro lado, porque la ley no establece tampoco protocolos específicos para determinar la «incapacidad de hecho» del peticionario, recayendo esta sobre el médico responsable incluso si no es psiquiatra ni ha consultado a uno neutral; lo que indudablemente puede llevar a errores en la evaluación de las capacidades del paciente. Es más, la participación de un psiquiatra imparcial como médico consultor se exige en legislaciones como la belga, lo que cobra especial relevancia cuando el solicitante tiene un trastorno o enfermedad mental. (Bertolín-Guillén, 2021).

4.3. Intervención médica

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) requiere que, en cualquiera de sus formas, la eutanasia —y, asimismo, el suicidio asistido y la sedación paliativa— cuenten con algún tipo de intervención médica. En este sentido, en España, tanto en la eutanasia activa como en el suicidio asistido deberá intervenir un médico responsable, sin perjuicio, además, de la intervención de los médicos consultores. Sin embargo, la LORE 3/2021 no requiere especialidad titulada respecto del médico responsable y del médico consultor, aunque sí deben tener cierta formación. A este respecto, lo más razonable parecería ser que la intervención y dictamen provinieran de médicos especialistas en la rama de la patología y rango de edad que se trate (Bertolín-Guillén, 2021). No obstante, esto no se especifica así en la ley (art. 3d. y e. de la LORE 3/2021), bastando con que médico consultor tenga “formación” en el ámbito de la patología en cuestión —sin que tenga que ser especialista titulado— y que, en cualquier caso, no forme parte del mismo equipo que el médico responsable. Así las cosas, se ha entendido que el médico consultor debería ser experto en la patología subyacente presentada por el paciente que le lleva a solicitar la

⁴¹ Según el artículo 3.d) LORE 3/2021: “facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.”

⁴² Según el artículo 3.e) LORE 3/2021: “facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable”.

prestación de ayuda para morir. Con esto, en el caso de que dicha enfermedad subyacente sea somática (por ejemplo, una enfermedad neurológica u oncológica entre otras), el médico debería ser un especialista en este campo (aunque la enfermedad presente síntomas de psicopatología). Y si la causa del dolor intolerable es una enfermedad psicológica, el médico consultor también debería ser experto en salud mental, para garantizar una comprensión completa de la psicopatología del paciente, y como la enfermedad subyacente le afecta en su voluntad de morir a efectos de evaluar si la capacidad del paciente para decidir de forma libre, consciente y autónoma está afectada por su sintomatología (Ramos-Pozón et al., 2023).

Con esto, sin embargo, se constata que en la práctica no hay un criterio objetivo para asegurar la capacitación que este facultativo tiene que declarar (artículo 12b, 9º) y, por esta razón, los pacientes con trastornos mentales podrían ser más vulnerables⁴³. Ello es relevante porque, del mismo modo, la ley establece que el médico que acepte o rechace la solicitud de ayuda para morir será responsable de determinar la «incapacidad real» del solicitante, aun sin ser psiquiatra y sin consultar a uno neutral. Esto ha llevado a algunos países (como Bélgica) a requerir que los médicos consultados en la evaluación de la capacidad del paciente sean psiquiatras ajenos al caso y afiliados a centros de reconocido prestigio, de forma que la eutanasia solo se puede realizar en caso de unanimidad entre ambos en la evaluación. Hay opiniones, además, que entienden que la evaluación psiquiátrica debe ser obligatoria —también en España— en todo momento si el solicitante sufre específicamente algún trastorno mental para poder determinar con certeza la verdadera naturaleza del sufrimiento insoportable, y garantizar que el consentimiento a la prestación de ayuda para morir se realiza libremente. En este sentido, se manifiesta la CGAC, entendiéndose que aunque la LORE 3/2021 solo requiere que el médico consultor sea un facultativo con formación en el ámbito de la patología que padece el paciente, este debería ser preferiblemente un médico psiquiatra (*Peticions de PRAM Per Persones Amb Problemes de Salut Mental*, 2022).

4.4. Petición de ayuda para morir en Documento de Voluntades Anticipadas

Respecto de los pacientes psiquiátricos, es relevante tener en cuenta la situación en la que, pudiendo tener la capacidad alterada por su padecimiento, hayan elaborado un

⁴³ En este sentido, en Catalunya en el año 2022 los médicos de familia fueron los que atendieron más solicitudes de ayuda para morir (67%) siendo también los que más prestaciones realizaron (70%). Asimismo, en su caso, también es frecuente que varias solicitudes correspondan al mismo médico responsable cuando se trata de especialidades de medicina de familia y comunitaria y cuidados paliativos, repitiendo también su función cuando ejercen de médicos consultores. Por otro lado, no obstante, los médicos profesionales en neurología recibieron el 9% de solicitudes, realizando el 19% de prestaciones y participando como médicos consultores en el 37% de los casos. (Departamento de Salud, solicitud de la PRAM., 2023).

documento de voluntades anticipadas (DVA) o similar, en un momento en el que eran plenamente capaces para solicitar la prestación de ayuda para morir. En este sentido, a las personas a quienes se les haya apreciado *incapacidad de hecho* solo podrán solicitar la prestación de ayuda para morir existiendo un DVA que contenga dicha voluntad. Así, según el artículo 9 de la LORE 3/2021, en los casos en que el médico responsable aprecie que el paciente se encuentra en una situación en la que no tiene suficiente entendimiento o voluntad para tomar decisiones de forma plena y autónoma (lo que, en definitiva, significa que se encuentra en una situación de incapacidad de hecho⁴⁴ —en los términos del artículo 5.2: por no encontrarse “en el pleno uso de sus facultades” ni poder “prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes” y cumpliendo lo previsto en el apartado 1.d), o lo que es lo mismo, encontrándose en un contexto eutanásico—) el médico responsable tendrá que aplicar lo que se haya previsto, en su caso, en las instrucciones previas, testamento vital o documento de voluntades anticipadas⁴⁵, sin perjuicio de que se hayan podido adoptar medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica⁴⁶.

En su caso, la valoración de la posible situación de incapacidad de hecho corresponde al médico responsable, tanto por mandato del propio artículo 5.2 como por atribución de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP); y se hará conforme a los protocolos de actuación determinados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (recomendaciones que se revisan anualmente).

⁴⁴ Según el artículo 3.h), la incapacidad de hecho se da en aquella “situación en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica.”

⁴⁵ Según el Informe anual sobre la aplicación de la Ley orgánica de regulación de la eutanasia durante el año 2022 en Cataluña, elaborado por la CGAC en mayo de 2023, durante el año 2022, 6 representantes (designados por DVA) solicitaron que se aplicara la prestación de asistencia médica en la muerte a las personas que representaban y que habían perdido la capacidad para poder tomar decisiones. Se consideró que todas cumplían los requisitos para recibir la prestación.

⁴⁶ A efectos ilustrativos, la Sentencia 146/2023 del TSJ de Valencia, de 25 de abril desestimó la petición de un paciente con Alzheimer que había solicitado la PAM en su documento de voluntades anticipadas, aunque reconoció que la paciente sufre una enfermedad neurodegenerativa grave e irreversible —Alzheimer avanzado— según el artículo 5.2, pues consideró que no padece un sufrimiento físico o psíquico insoportable según el artículo 3.d). Esta valoración se basó en la exploración del médico responsable (MR), quien describió que durante la evaluación la paciente se mantuvo tranquila y no mostró signos de dolor o sufrimiento, ni siquiera de tristeza. Casas y Riu (2024) considera, sin embargo, que la paciente —por el estado avanzado de su enfermedad—, no comprende ni puede responder debidamente a las preguntas del médico responsable, teniendo en cuenta además que el sufrimiento psíquico puede no reflejarse externamente. Esto cobra más relevancia cuando el sufrimiento ya se ha manifestado en el DVA, por lo que negar la prestación de ayuda para morir vaciaría de sentido el documento, desproveyendo de su derecho a quien lo usó antes de perder su capacidad.

5. PERSPECTIVAS EN EL DERECHO COMPARADO

En los Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo y Suiza, la asistencia médica para morir no queda restringida solo a los pacientes que se encuentran en los estadios finales de su vida (esto es, enfermos terminales). En estas legislaciones, el paciente que cumpla con el requerimiento de padecer un “sufrimiento insoportable” derivado de una enfermedad (somática o mental) sin posibilidad de cura o mejora y en ausencia de alternativas razonables podrá optar por la muerte médicamente asistida. (Calati et al., 2021). Lo mismo ocurre con la nueva legislación en España.

Son ejemplos los casos de Shanti de Corte (una joven belga de 23 años que murió por eutanasia en 2022 después de haber presenciado el ataque terrorista en el aeropuerto de Bruselas del 22 de marzo de 2016, y haber intentado suicidarse en 2018 —a lo que se sumaron los abusos sexuales que sufrió durante su estancia en el hospital psiquiátrico en el que fue internada— por las consecuencias psicológicas derivadas del suceso que presenció. Shanti de Corte padecía constantes ataques de pánico, trastorno de estrés postraumático y depresión, y tomaba 11 medicamentos distintos, entre antidepresivos, antipsicóticos y estimulantes). Otro ejemplo es el caso de Aurelia Brouwers (una joven holandesa de 29 años, quien solicitó la eutanasia por ansiedad, depresión y psicosis y después de una veintena de intentos de suicidio) o el más reciente caso de la también holandesa Zoraya ter Beek (una joven autista de 28 años que padece depresión severa y trastorno límite de la personalidad, después de que su psiquiatra le confirmara que no contaba con perspectivas de mejoría).

Esto ha sido motivo para convertir estos países en lugares que sufren el llamado “turismo de la muerte”, dado que reciben solicitudes de suicidio asistido y eutanasia de pacientes que no pueden solicitarlo en sus países, por ser ilegales. Bélgica, por su flexible regulación sobre la eutanasia que permite a los residentes extranjeros presentar una solicitud a este tratamiento para *morir dignamente*, es uno de los países junto a Suiza que más experimentan el fenómeno.

5.1. Países Bajos y Bélgica

Tanto en los Países Bajos como en Bélgica, la eutanasia está permitida en pacientes con enfermedades mentales, aunque existen ciertas restricciones y salvaguardias para garantizar que se respeten los derechos de los pacientes. En ambos países, la eutanasia solo está permitida en pacientes que sufran de una enfermedad grave e incurable que les cause un sufrimiento insoportable, y que hayan dado su consentimiento voluntario, informado y

consciente. De esta forma, los pacientes psiquiátricos también pueden solicitar la muerte médicamente asistida. En Bélgica, los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes entre los pacientes que la solicitan son la depresión y el trastorno de la personalidad. En Países Bajos, las solicitudes más frecuentes son de pacientes que presentan un trastorno del estado de ánimo, demencia, autismo, anorexia y psicosis (Ramos-Pozón et al., 2023)

En su caso, Países Bajos fue el primer país del mundo en legalizar la eutanasia en 2001⁴⁷ después de un largo proceso de despenalización progresiva de ciertas conductas eutanásicas. A partir del caso Postma (1973)⁴⁸, los tribunales neerlandeses establecieron ciertas condiciones, entre las cuales destacan que el paciente debe ser médicamente incurable; estar sufriendo de forma grave e insoportable tanto física como psicológicamente y con perspectivas nulas de mejora, por lo que no exista otra alternativa razonable; y haber pedido explícitamente la terminación de su vida previamente, de manera oral o escrita mientras sea consciente de sus decisiones. Además, el facultativo que lleve a cabo la prestación de ayuda para morir deberá también cumplir ciertos requisitos establecidos por la misma ley.

Específicamente, para el caso de pacientes con enfermedades mentales, la ley solo permite que se lleven a cabo las prestaciones de eutanasia y suicidio asistido si se puede demostrar que el paciente tiene capacidad de tomar decisiones de forma libre y que su sufrimiento es insoportable e irreversible. Además, se requiere la opinión de al menos dos médicos, uno de los cuales debe ser un psiquiatra o un especialista en el trastorno mental del paciente. A efectos ilustrativos, es destacable en este punto el caso de Aurelia Browsers, una mujer de 29 años diagnosticada con trastorno límite de la personalidad y a quien, en 2018, se le aplicó la eutanasia en Países Bajos pese a no padecer ninguna enfermedad física.

En Bélgica, el debate sobre la eutanasia se inició en 1973 después de la sentencia holandesa del caso Postma (referida anteriormente). Después de varios años de deliberación, se aprobó la Ley relativa a la eutanasia (2002⁴⁹) y la Ley relativa a los cuidados paliativos en 2002. La Ley relativa a la eutanasia permite la práctica con ciertas condiciones que deben cumplirse, incluyendo la capacidad del paciente, que requiere además que la solicitud por escrito sea voluntaria, reiterada y reflexionada, sin que la decisión pueda ser fruto de ninguna

⁴⁷ Mediante la Ley de Verificación de la terminación de la vida a petición propia y auxilio al suicidio, aprobada el 28 de noviembre de 2001 y en vigor desde 2001.

⁴⁸ En el año 1971, la doctora Geertruida Postma administró una dosis letal de morfina a su madre, una anciana que sufría una hemorragia cerebral, presentaba sordera, dificultades en el habla y se desplazaba en silla de ruedas. La madre de la doctora Postma había expresado en repetidas ocasiones su deseo de morir. A raíz de estos hechos, un tribunal de Leeuwarden, en el norte de Holanda, condenó a la doctora a una semana de prisión, aunque la sentencia quedó en suspenso. Este caso fue el detonante del debate en los Países Bajos sobre la eutanasia.

⁴⁹ Ley relativa a la Eutanasia, de 28 de mayo de 2002

presión externa. Además, el paciente tendrá que haber recibido información médica detallada y atendiendo a que no exista una alternativa más razonable. Asimismo, se requiere un pronóstico de enfermedad grave e irreversible, sufrimiento físico o psíquico insoportable, y la convicción del médico y del paciente de que la eutanasia es la única solución razonable.

La ley belga contempla asimismo la posibilidad de aplicar la eutanasia a pacientes afectados por enfermedades mentales, siempre que se considere que pueden expresar su libre voluntad y en cuanto el sufrimiento insoportable e intratable derive de un trastorno grave e incurable causado por un accidente o una enfermedad. Además, establece una serie de garantías adicionales. Concretamente, se estipula que el facultativo ha de requerir la evaluación de un psiquiatra ajeno al caso, con el fin de valorar la capacidad del paciente para tomar decisiones, y se exige que el enfermo haya sido tratado durante un período de tiempo considerable en el ámbito psiquiátrico. Por otro lado, la eutanasia únicamente podrá efectuarse en caso de que el médico responsable considere que no existen otras opciones razonables para aliviar el sufrimiento. Según los datos del Comité Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia en Bélgica, aproximadamente el 3% de los casos de asistencia médica para la muerte están vinculados a trastornos mentales (Mehlum et al., 2020).

5.2. Canadá

Canadá es el país que más recientemente ha legalizado la muerte asistida (MAID) para personas con enfermedades psiquiátricas. Ya despenalizó la muerte asistida en 2015, mediante una sentencia del Tribunal Supremo en la cual se declaró inconstitucional la prohibición del suicidio; y ello cristalizó en 2016, con la aprobación del proyecto de ley C-14. Esta ley permite tanto la eutanasia como el suicidio asistido, en ambos casos con intervención de un médico, en términos similares a los que exigen otras legislaciones que la permiten: “adultos que consientan y sean capaces, estén bien informados y estén grave e irremediamente enfermos, de acuerdo con los deseos del paciente y en su mejor interés, y con el fin de aliviar el sufrimiento”. Además, han de preverse “cauteladas bien pensadas y aplicadas capaces de proteger de abusos y errores a las personas vulnerables”. Así, se pretende asegurar que el deseo de morir de los pacientes con este tipo de enfermedades no venga motivado solo por su dolencia, estableciéndose normas para evaluar a los pacientes cuyo suicidio asistido o prestación de ayuda médica para la muerte debe proporcionarse.

No obstante, la formulación de la ley de 2016 excluía aquellas muertes que se considera que no fueran susceptibles de ocurrir de forma “natural”. A este respecto, la «muerte natural» causada por un trastorno o enfermedad mental no podía ser anticipada en

este marco (asociada más directamente con el suicidio). De esta forma se limitaba la eutanasia psiquiátrica. Es por esta razón que en 2019 el Tribunal Superior de Quebec impugnó la constitucionalidad de dicha ley, y como consecuencia se presentó un nuevo proyecto de ley federal que pretendía extender los criterios de elegibilidad para este tipo de prestaciones, sin limitarla al proceso del final de la vida (o, en los términos anteriores, dejaba de restringir el derecho a MAID a los casos en los que la muerte fuera razonablemente previsible).

Esta nueva iniciativa —el Proyecto de Ley C-7— elimina la exclusión de aquellos pacientes que padecen enfermedades crónicas no terminales, permitiendo así la eutanasia para quienes solicitan ayuda para morir debido a un sufrimiento físico o psicológico considerado intolerable e intratable. La eliminación del requisito de enfermedad terminal implica, por lo tanto, admitir la eutanasia para personas con discapacidades. Y es relevante señalar, sin embargo, que aunque inicialmente este proyecto de ley excluía de manera explícita los trastornos psiquiátricos, lo hacía de forma ambigua: el dolor psicológico como causa de sufrimiento intolerable seguía siendo un criterio de elegibilidad. Así las cosas, la ley generaba una discriminación hacia las personas con enfermedades mentales, y la propia Asociación Canadiense de Psiquiatría manifestó que los pacientes con trastornos psiquiátricos no deben ser discriminados por su discapacidad, por lo que deben contar con los mismos derechos respecto a la MAID que el resto de los pacientes. Como resultado, y a raíz de la enmienda al Proyecto de Ley C-7 presentada en febrero de 2021 por un senador —psiquiatra—, el 17 de marzo de 2021 se promulgó en Canadá la ampliación de la eutanasia bajo el Proyecto de Ley C-7 con la enmienda referente a la exclusión por enfermedad mental. (Komrad, 2023).

Con esto, el Parlamento está considerando una la reforma de la ley para incluir las enfermedades y trastornos psíquicos entre los motivos legales de eutanasia, que está prevista que entre en vigor en marzo de 2023⁵⁰. Así, la muerte asistida también estaría disponible para personas cuya única aflicción sea una enfermedad mental, lo que sitúa a Canadá entre los pocos países en el mundo que permiten este procedimiento para este tipo de pacientes. Esto ha conllevado, como era esperable, división social, pues para algunas opiniones el sistema público de salud del país no atiende de forma suficiente a los pacientes psiquiátricos.

No obstante las preocupaciones, las previsiones de la ley pretenden garantizar el acceso seguro a este tipo de prestaciones, y a este efecto prevé una serie de garantías para la salvaguarda de la libertad y la seguridad del paciente. Incluso los propios profesionales manifiestan cierta preocupación por la posibilidad de no ser terminantemente capaces de determinar el pronóstico de mejora de algunos pacientes que desean acceder a la muerte

⁵⁰ Actualización: el 1 de febrero de 2024, el gobierno decidió posponer la reforma hasta 2027

asistida. Por estas razones, tanto un panel de expertos como un comité parlamentario especial han colaborado en la atención de las preocupaciones tanto del público como de la comunidad médica, estableciendo estándares de práctica y asesorando a médicos y reguladores, y existe un programa de capacitación para formar a los médicos y enfermeras que deberán evaluar a los pacientes; a efectos de que los profesionales sanitarios reciban una orientación especializada para evaluar las tendencias suicidas agudas o capacidad para tomar decisiones racionales sobre poner fin a sus vidas. Así, los pacientes elegibles para recibir las prestaciones de ayuda médica para la muerte deben esperar durante un período de 90 días antes de acceder, efectivamente, a la muerte asistida. Además, deberán ser evaluados y posteriormente aprobados por dos médicos independientes, uno de los cuales debe ser especialista en la enfermedad del paciente o haber consultado con un especialista. Así pues, cualquier persona que desee acceder a la muerte asistida en Canadá debe ser evaluada para asegurar que su decisión no sea impulsiva ni suicida. Y, en el caso de los pacientes psiquiátricos, habrá de demostrarse que su sufrimiento no tiene cura alguna (Isai, 2024).

6. CONCLUSIONES

El debate en torno a la muerte médicamente asistida ha sido y sigue siendo un tema controvertido a nivel global, habiendo impulsado la necesidad de una regulación específica, enmarcada en la necesidad de conciliar el derecho a morir dignamente y la protección de la vida y la autonomía de los pacientes, que permita a las personas puedan poner fin a su vida y cuando se encuentren en un contexto eutanásico —esto es, la existencia de padecimientos graves, crónicos e incapacitantes o enfermedades graves e incurables que les causan un sufrimiento insoportable— que les provoca un sufrimiento intolerable que no puede ser aliviado en condiciones que respeten lo que para los mismos solicitantes constituye una vida digna. Lo que, en otras palabras, significa regular la posibilidad de que puedan decidir cuándo y cómo van a morir con las garantías suficientes que permitan proteger la libertad de decisión de los pacientes evitando cualquier tipo de presión externa; y determinando, asimismo, los deberes y obligaciones del personal sanitario, administraciones e instituciones concernidas. Con esto, la LORE 3/2021 regula en España la prestación de ayuda para morir como un nuevo derecho individual vinculado al derecho fundamental a la dignidad y al libre desarrollo de la persona, en relación con el derecho a la libre autodeterminación.

Más problemas plantea la posibilidad de aplicar dichas prestaciones cuando la causa principal para solicitarlas se fundamenta en una enfermedad psiquiátrica. La controversia sobre la legitimidad de su administración en pacientes con problemas de salud mental se

centra, entre otros, en la evaluación de la voluntariedad y la autenticidad de la decisión, el principio de autodeterminación, la capacidad de los pacientes para decidir sobre su propia muerte, los niveles de sufrimiento, el carácter incurable o crónico e invalidante del padecimiento o la irremediabilidad de la enfermedad, la exigencia de un sufrimiento sin expectativas de mejora y la inexistencia de tratamientos u otras alternativas. Asimismo, hay que tener en cuenta la influencia que pueden tener ciertos factores vitales sobre la conformación del deseo real de morir de los pacientes, pues la naturaleza de los trastornos y enfermedades mentales en algunos casos puede afectar la capacidad del individuo para tomar una decisión libre de presiones sin que haya sido dictada por su enfermedad.

Por otro lado, en la determinación de la capacidad de los pacientes psiquiátricos para poder consentir a los efectos de la prestación de ayuda para morir, es relevante tanto la distinción entre aquellos trastornos y enfermedades psiquiátricas que tienen origen orgánico (“enfermedades mentales”) de las que pueden no tenerlo (“trastornos mentales”); como la distinción entre los casos donde la enfermedad mental es secundaria a una enfermedad somática grave y los casos donde la psicopatología es el diagnóstico principal. En ambos escenarios, la evaluación de los anteriores factores podría llegar a tener resultados distintos.

Así, los argumentos para rechazar la prestación de asistencia médica en la muerte en estos casos se basan en la vulnerabilidad que los rodea: a menudo resulta muy difícil —si no imposible— medir la intolerabilidad de su sufrimiento y evaluar la competencia del paciente para distinguir los síntomas psiquiátricos de una decisión autónoma. La tendencia, pues, es que las solicitudes de eutanasia sean más fácilmente aceptadas en pacientes con enfermedades somáticas que en aquellos con patologías mentales. Pese a ello, la propia LORE 3/2021 deja la puerta abierta a la posibilidad de la “eutanasia psiquiátrica” —como han hecho otras legislaciones— en cuanto se cumplan los criterios establecidos.

Todo lo expuesto evidencia los obstáculos que surgen al considerar la aplicación de la eutanasia y el suicidio asistido por motivos exclusivamente psiquiátricos. Esto es porque, además de los dilemas éticos que surgen al respaldar prácticas eutanásicas fuera del contexto de una enfermedad terminal, se deben tener en cuenta las dificultades para aplicar ciertos criterios requeridos por las regulaciones actuales tanto en España como en el derecho comparado debido a las particularidades de los trastornos psiquiátricos. Específicamente, y en última instancia, cualquier análisis sobre la legitimidad de las solicitudes de los pacientes psiquiátricos bajo la legislación española requiere de una revisión rigurosa, detallada y exhaustiva caso por caso para asegurar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la LORE 3/2021.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Alacreu-Crespo, A., Giner, L., & Courtet, P. (2021). ¿Los pacientes psiquiátricos son más vulnerables ante la ley de la eutanasia española? *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 14(4), 231-233. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-los-pacientes-psiquiatricos-son-mas-S1888989121000203>
- Ausín, F. J., & Peña, L. (1998). Derecho a la vida y eutanasia: ¿acortar la vida o acortar la muerte? *Anuario de Filosofía del Derecho*, 15, 13-30. ISSN 0518-0872. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/142393.pdf>
- Bernal Martí, X., Salàs Darrocha, J. T., & Contreras Fernández, F. (2020, 1 octubre). Consentimiento informado del paciente: capacidad, competencia, suficiencia y otros problemas. *Revista Medico Juridica*. <https://revistamedicoyjuridica.com/blog/2020/10/01/consentimiento-informado-del-paciente-capacidad-competencia-suficiencia-y-otros-problemas/>
- Bertolín-Guillén, J. M. (2021). Eutanasia, suicidio asistido y psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría/Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(140), 51-67. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352021000200003>
- Calati, R., Olié, É., Dassa, D., Gramaglia, C., Guillaume, S., Madeddu, F., & Courtet, P. (2021). Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients: A systematic review of the literature. *Journal Of Psychiatric Research*, 135, 153-173. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.006>
- Calcedo, A. (2021, 20 diciembre) Eutanasia por enfermedad mental ¿petición justificada o sólo ideación de suicidio tratable? <https://www.alfredocalcedo.net/post/eutanasia-por-enfermedad-mental>
- Calcedo-Barba, A., Fructuoso, A., Martínez-Raga, J., Paz, S., De Carmona, M. S., & Vicens, E. (2020). A meta-review of literature reviews assessing the capacity of patients with severe mental disorders to make decisions about their healthcare. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02756-0>
- Casas, E., & Riu, R. (2024, 26 febrero). Comentario crítico a tres sentencias que han denegado solicitudes de eutanasia. *Derecho A Morir Dignamente*. <https://derechoamorrir.org/2023/12/12/comentario-critico-a-tres-sentencias-que-han-denegado-solicitudes-de-eutanasia/>
- Comisión de Garantía y Evaluación de Catalunya (2022, julio). Informe sobre la aplicación de la Ley orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia en Cataluña. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/Professionals/Consells_comissions/comissio-garantia-i-avaluacio-catalunya/informes/memoria-pram-ES.pdf](https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/Professionals/Consells_comissions/comissio-garantia-i-avaluacio-catalunya/informes/memoria-pram-ES.pdf)
- Comisión de Garantía y Evaluación de Catalunya (2023, mayo). Informe anual sobre la aplicación de la Ley orgánica de regulación de la eutanasia durante el año 2022 en Cataluña. https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/Professionals/Consells_comissions/comissio-garantia-i-avaluacio-catalunya/informes/memoria-pram-es-22.pdf
- Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya (2006), Informe sobre l'eutanàsia i l'ajuda al suïcidi. https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/repositori_eutasui.pdf

- Comité de Bioética de España (2020, 30 de septiembre), Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación. <https://cope-cdnmed.agilecontent.com/resources/pdf/9/9/1602226331599.pdf>.
- Díaz, M. C. T. (2024). Contexto eutanásico versus cansancio vital: a colación de los requisitos para solicitar la prestación de ayuda para morir: Comentarios a la Sentencia 36/2024, de 12 de enero, del Tribunal Superior de Justicia de Les Illes Balears (Sala de lo Contencioso-administrativo). Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9333239>
- Espinosa-López, R., & Valiente-Ots, C. (2019). ¿Qué es el Trastorno Mental Grave y Duradero? EduPsykhé, 16(1), 4-14. <https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v16i1.4079>
- Freeland, A. (2022, abril). El tirador de Tarragona ha muerto (un caso de eutanasia en prisión preventiva): Comentario al auto de la Audiencia Provincial de Tarragona 641/2022, de 4 de agosto de 2022. InDret, Revista Crítica de Jurisprudencia Penal. <https://raco.cat/index.php/InDret/article/view/406132/500368>
- García, C. M. (2022, 17 enero). ¿Trastorno o enfermedad? CMG Psicólogos. <https://www.cmgpsicologosmadrid.com/trastorno-o-enfermedad/>
- González-Moreno, Juana-María. (2021). El derecho a la vida privada en la jurisprudencia del tribunal europeo de Derechos Humanos: ¿Un “caballo de troya” para legitimar/legalizar la eutanasia? Anales de la Cátedra Francisco Suárez. 55. 409-432. 10.30827/ACFS.v55i0.15518. https://www.researchgate.net/publication/348550267_EL_DERECHO_A_LA_VIDA_PRIVADA_EN_LA_JURISPRUDENCIA_DEL_TRIBUNAL_EUROPEO_DE_DERECHOS_HUMANOS_UN_CABALLO_DE_TROYA_PARA_LEGITIMARLEGALIZAR_LA_EUTANASIA
- Grassi, L., Folesani, F., Marella, M., Tiberto, E., Riba, M. B., Bortolotti, L., Toffanin, T., Palagini, L., Murri, M. B., Biancosino, B., Ferrara, M., & Caruso, R. (2022). Debating Euthanasia and Physician-Assisted Death in People with Psychiatric Disorders. Current Psychiatry Reports/ Current Psychiatry Reports, 24(6), 325-335. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01339-y>
- María Sampietro, Hernán. Capacidad Jurídica Y Excepcionalidad Jurídica En La Ley 3/2021, De Regulación De La Eutanasia. Una Lectura En Primera Persona, 2023. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352023000100013
- Martínez, L. C. (2007). Conceptos de enfermedad y trastorno mental. Clasificación. Trastornos clínicos y de la personalidad. Problemas psicosociales. Bases etiopatogénicas de los trastornos mentales. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2347662>
- Mehlum, L., Schmahl, C., Berens, A., Doering, S., Hutsebaut, J., Kaera, A., Kramer, U., Moran, P. A., Renneberg, B., Ribaudi, J. S., Simonsen, S., Swales, M., Taubner, S., & Di Giacomo, E. (2020). Euthanasia and assisted suicide in patients with personality disorders: a review of current practice and challenges. Borderline Personality Disorder And Emotion Dysregulation, 7(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00131-9>
- Ministerio de Sanidad, Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (2023). Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho. https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Protocolo_de_valoracion_de_la_situacion_de_la_incapacidad_de_hecho.pdf

- Moutier, C. & American Foundation For Suicide Prevention. (2023, julio). Conducta suicida. Manual MSD Versión Para Público General. <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/conducta-suicida>
- Navarro, J. A. M. (2022). El derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir. Revista de Bioética y Derecho, 233-250. <https://doi.org/10.1344/rbd2021.54.35349>
- Ortiz Fernández, M. (2022). Problemática actual de la eutanasia y el suicidio asistido: Incidencias de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo. Tirant lo Blanc.
- Peticions de PRAM per persones amb problemes de salut mental. (2022, noviembre). Canal Salut. <https://canalsalut.gencat.cat/ca/professionals/consells-comissions/comissio-garantia-avaluacio-catalunya/parers-posicionament/peticions-pram-persones-problemes-salut-mental/index.html>
- Ramos, J. (2007). Límites del consentimiento en las personas con trastorno mental grave. Bioética & debat: tribuna abierta del Institut Borja de Bioètica, 13(49), 6-10. https://raco.cat/index.php/BioeticaDebat_es/article/view/259488.
- Ramos-Pozón, S., Terribas-Sala, N., Falcó-Pegueroles, A., & Román-Maestre, B. (2023). Persons with mental disorders and assisted dying practices in Spain: An overview. International Journal Of Law And Psychiatry, 87, 101871. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2023.101871>
- Ruiz, C. R. (2023). El derecho fundamental a eutanasia y su problemática constitucional en España. Revista de Bioética y Derecho, 129-146. <https://doi.org/10.1344/rbd2023.58.39850>
- Salinas, N., & Gallardo, C. (2024, 10 abril). ¿Puede darse en España un caso de eutanasia como el de la joven holandesa con depresión? «No», dicen los juristas sanitarios. www.epe.es. <https://www.epe.es/es/sanidad/20240410/eutanasia-depresion-espana-caso-joven-holandesa-enfermedad-irreversible-juristas-psiquiatras-100818937>
- Sociedad Española de Psiquiatría. (2021). Eutanasia y enfermedad mental. Posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre la Proposición de Ley Orgánica sobre la regulación de la eutanasia. Observatorio de Bioética. <https://sepsm.org/wp-content/uploads/2023/03/SEP-Posicionamiento-Eutanasia-y-enfermedad-mental-2021-02-03.pdf>
- Trastornos y enfermedades mentales: ¿hay diferencias? | Top Doctors. (1970). Top Doctors. <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/descubre-las-diferencias-clave-entre-trastornos-y-enfermedades-mentales>

Artículos y noticias

- BBC News Mundo. (2018, 9 agosto). Aurelia Brouwers, la atormentada joven de 29 años a quien médicos de Holanda ayudaron a morir. BBC News Mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-45128517>
- Diario Médico. (2023, 25 abril). El Constitucional excluye de la eutanasia a los pacientes con trastornos mentales. Psiquiatria.com. <https://psiquiatria.com/psicologia-general/el-constitucional-excluye-de-la-eutanasia-a-los-pacientes-con-trastornos-mentales>

El Mundo. (2024, 2 marzo). Trashorras, el minero que facilitó los explosivos del 11M a los terroristas, pide la eutanasia en prisión. El Mundo. <https://www.elmundo.es/espana/2024/03/02/65e2f502e85ece963b8b4580.html>

Institut Européen de Bioéthique. (2015, 13 noviembre). In Belgium, ultimately, Laura will not undergo euthanasia. Genethique. <https://www.genethique.org/in-belgium-ultimately-laura-will-not-undergo-euthanasia/?lang=en>

Institut Européen de Bioéthique. (2023, 8 septiembre). Shanti, murió por eutanasia pero es considerada víctima de un «asesinato terrorista» | BioeticaBlog. <https://www.bioeticablog.com/shanti-murio-por-eutanasia-pero-es-considerada-victima-de-un-asesinato-terrorista/>

Isai, V. (2024, 2 enero). La muerte asistida podría ser una realidad para personas con trastornos mentales en Canadá. The New York Times. <https://www.nytimes.com/es/2024/01/02/espanol/muerte-asistida-canada.html>

Izquierdo, R. (2024, 29 marzo). Deniegan la eutanasia a José Emilio Suárez Trashorras, el exminero que facilitó los explosivos del 11M. Diario AS. <https://as.com/actualidad/sociedad/deniegan-la-eutanasia-a-trashorras-el-exminero-que-facilito-los-explosivos-del-11m-n/>

Komrad, M. (2023, 16 junio). Canadá: La nueva ley de eutanasia facilitará el suicidio de pacientes psiquiátricos BioeticaBlog. <https://www.bioeticablog.com/ley-de-eutanasia-de-canada-facilitara-suicidio-de-pacientes-psiquiatricos/>

Audiovisuales

BBC Stories (2017, 19 de julio). I have a mental illness, let me die - BBC Stories [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=7-w6c-ybwXk&rco=1>

OrchidSplash. (2013, 21 febrero). Please let me die (Mag ik dood) [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=dOacgpqkmTE>

The Economist. (2015, 10 noviembre). 24 & ready to die [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=SWWkUzkfJ4M>

Jurisprudencia

Sentencia TEDH 2346/02 (Sección IV, Pretty v. the United Kingdom) resolución de 29 de abril de 2002 (párr. 14.21)

Sentencia TC 19/2023, de 22 de marzo de 2023.

Recurso de inconstitucionalidad n.º 4057-2021, contra Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (2021, 30 de junio). Boletín Oficial del Estado *núm. 155* Ref: BOE-A-2023-10044 <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-10820>

Sentencia TSJ de Cantabria 217/2023 (Sala de lo Contencioso) de 12 de junio de 2023 (recurso n.º 130/2022)..

Sentencia TSJ de les Illes Balears 11/2024 (Sala de lo Contencioso, sección primera), de 12 de enero de 2024 (recurso n.º558/2022).

Sentencia del TSJ de Valencia 146/2023 (Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección 4), de 25 de abril (recurso nº 396/2022)

Sentencia AP Tarragona 1082/2022 (sección segunda), de 4 de agosto de 2022 (recurso nº 568/2022).

Sentencia del Juzgado de lo Penal (nº 34 de Madrid) 392/2021 de 5 julio de 2021 (recurso nº 616/2020)

Legislación

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (España). Boletín Oficial del Estado. *Núm.* 72, de 25 de marzo de 2021 <https://www.boe.es/eli/es-cl/l/2021/05/03/3>

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. (España). Boletín Oficial del Estado. *Núm.* 274, de 15 de noviembre de 2002. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>

Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica (España). Boletín Oficial del Estado. *Núm* 132, de 3 de junio de 2021 <https://www.boe.es/eli/es/l/2021/06/02/8/con>