

Eutanasia por trastorno mental: la experiencia de España. Agosto 2024

Los datos

En marzo de 2021 se publicó en España la **Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE)**. La Ley estableció un plazo de tres meses para su entrada en vigor, en el que las 17 Comunidades Autónomas (CCAA) del Estado español tenían que nombrar una Comisión de Garantía y Evaluación (CGE) y organizar un Registro de objetores de conciencia. La función más importante de las CGE es verificar cada solicitud de prestación de ayuda para morir (PAM), para autorizarla, si cumple los requisitos de la LORE, o denegarla, en cuyo caso la persona solicitante puede recurrir a la justicia.

Algunas CCAA realizaron sus deberes a tiempo, pero otras no nombraron su CGE hasta octubre. No obstante, **en 2021 se tramitaron 173 solicitudes y se realizaron 75 PAM (43% de solicitudes), en un plazo medio de 60 días. En 2022 se contabilizaron 576 solicitudes y 288 PAM (50%), en un plazo medio de 75 días, y en 2023, 727 solicitudes y 323 PAM (44%), en un plazo que probablemente sea similar, pero que todavía no ha sido publicado.**

En relación con el número de fallecimientos esto supone 0.67 eutanasias por cada mil fallecimientos en 2022 y 0.74 en 2023, con notables variaciones entre los 17 territorios que habrá que investigar (por ejemplo, en Navarra se realizan 12 veces más eutanasias que en Murcia). En todo caso, en comparación con la experiencia de Canadá o de Bélgica, **son unas cifras muy bajas. ¿Por qué? Nos faltan datos. No lo sabemos.**

Uno de los obstáculos para conocer cómo funciona la LORE es la **falta de transparencia**. Según la Ley, las CGE tienen la obligación de publicar un informe anual. Tres años después, una tercera parte de las CCAA no han publicado nada y el resto un informe con indicadores que no coinciden con las demás, por lo que no son fáciles de comparar. Además, el Ministerio de Sanidad debe realizar un informe con los datos de las 17 CCAA, pero los dos informes publicados hasta la fecha (2021 y 2022) son pésimos, con información escasa e incongruente, que no da respuesta a la pregunta fundamental de cómo funciona la eutanasia en España.

Sospechamos que muchas solicitudes, quizás el doble o el triple de las que se tramitan, se rechazan en una primera consulta y no se contabilizan, con respuestas del tipo: “¡Uy! La eutanasia, eso es muy complicado”, “eso no es para usted”, “yo soy suplente, dígaselo a su médico en unos meses cuando vuelva”, “eso aquí no lo hacemos”, etc., etc. No tenemos datos, es una hipótesis basada en varias decenas de testimonios de personas, que es muy preocupante.

Hasta 2023 se tramitaron **1.476 solicitudes y se realizaron 686 eutanasias. Casi una tercera parte de las personas solicitantes de ayuda para morir murieron durante la tramitación** (dato que también debe ser investigado). Otra característica diferencial española es la elevada proporción de **enfermedades neurológicas (39%), en relación a las oncológicas (36%)**. Los informes no detallan cuántas solicitudes han sido motivadas por un **trastorno mental**. El 25% restante son pluripatología (8%), enfermedades respiratorias (3%), cardíacas (1%) y “otras enfermedades no especificadas” (13%). En este último apartado es donde desaparecen los trastornos mentales. Los datos parciales de los informes publicados por algunas CCAA mencionan **17 solicitudes en 2022 por casos psiquiátricos**. Sabemos que al menos 5 finalizaron con una eutanasia, porque así lo contaron los familiares. Dos personas recurrieron la denegación de la CGE a su solicitud por un trastorno mental a la justicia, con el mismo resultado (no cumplen los requisitos). También sabemos que las CGE prefieren cierta discreción sobre estos casos. Al menos hasta agosto de

2024, en que una jueza de Barcelona suspendió temporalmente la eutanasia previamente autorizada por la CGE de una joven de 23 años por un trastorno mental y una lesión medular.

El Tribunal Constitucional no excluye el trastorno mental de la LORE

Como respuesta a los recursos presentados por Vox (sentencia 19/2023) y el Partido Popular (sentencia 94/2023), en 2023 el Tribunal Constitucional (TC) dejó claro que la LORE cumple la Constitución Española de 1978, siempre que se realice en un contexto eutanásico.

A lo largo de una argumentación de 119 páginas, el TC menciona que **“el padecimiento grave ha de presentarse siempre como una enfermedad somática en su origen**, aunque los sufrimientos constantes e intolerables pueden ser de orden psíquico. De manera que la LORE no incluye entre los padecimientos graves la enfermedad psicológica o la depresión”. Esta afirmación provocó cierto desconcierto inicial por su terminología (enfermedad somática), que se resolvió interpretándola como una respuesta concreta a la idea falsa de que cualquier persona con una crisis existencial o una depresión pasajera tiene derecho a la eutanasia. Lo que hace el TC es dejar claro que estas personas no se encuentran en un contexto eutanásico, pero no excluye los padecimientos graves, crónicos e imposibilitantes de origen psíquico.

Discriminación de personas con trastorno mental

Las personas con un trastorno mental grave son personas con **discapacidad psicosocial**. La capacidad para la toma de decisiones en el ámbito sanitario la valora el personal médico. La LORE define perfectamente la **incapacidad de hecho** como la situación en la que se “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”.

Asumir que las personas con trastorno mental son incapaces de comprender su situación, las opciones terapéuticas y tomar decisiones es una **discriminación** muy grave, que se asocia al estigma que provocan sus diagnósticos. Algunos profesionales afirman que en este discernimiento interfiere su propia psicopatología, **como si la psicopatología y el sufrimiento aboliesen la racionalidad de las personas y su derecho a solicitar ayuda para morir**.

La atención a las personas con diagnóstico de trastorno mental ha mejorado, pero todavía muchas personas padecen un sufrimiento psíquico provocado por su trastorno mental que, a pesar de las diferentes terapias, medidas psicosociales o tratamientos farmacológicos empleados durante años, viven como constante e intolerable, y que **actualmente no es posible aliviar de una manera satisfactoria** para ellas. Esta ausencia de expectativas de mejora, unida a la inexistencia de un pronóstico de vida limitado, incrementa la angustia y el sufrimiento de estas personas, abocándolas a una vida desesperada.

La Ley otorga la misma relevancia al sufrimiento físico y psíquico, de modo que no se discrimina, ni se menosprecia la intensidad del sufrimiento, cronicidad, disfunción, pérdida de autonomía y dignidad en aquellas personas que debido a un trastorno mental grave, crónico e imposibilitante ya no desean seguir viviendo.

El rechazo de las solicitudes de eutanasia de personas con problemas de salud mental graves es una **visión paternalista y conservadora del sufrimiento mental** en la que se pone en tela de juicio la intensidad y repercusión del sufrimiento, se duda de la cronicidad de años de fracasos terapéuticos, y se trata de imponer terapias, algunas veces ya ensayadas, que no evitan las recurrencias.

Contexto eutanásico: requisitos

La LORE exige unos requisitos y unos trámites que hacen que el procedimiento sea muy garantista: persona mayor de edad, nacional, residente o con un empadronamiento superior a 12 meses, capaz y consciente en el momento de la solicitud, e informada sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación (incluidos los cuidados paliativos y las prestaciones por dependencia). Debe ser una decisión autónoma, individual, madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas. Además, tiene que encontrarse en un contexto eutanásico, tal y como define la LORE el padecimiento grave, crónico e imposibilitante o la enfermedad grave e incurable.

Un trastorno mental grave no tiene un pronóstico de vida limitado, por lo que no es una enfermedad grave e incurable, en un contexto de fragilidad progresiva (art. 3 c). Para situarse en un contexto eutanásico debe cumplir los requisitos del **padecimiento grave, crónico e imposibilitante** (art. 3 b).

La Ley define esta situación con tres elementos o requisitos.

1) **“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”.**

Cuando el trastorno mental es grave, puede provocar la incapacidad de una persona para vivir sola (valerse por sí misma). Aunque esa persona realice sus actividades básicas, las dificultades para las actividades instrumentales de la vida diaria también son limitaciones en su autonomía física, de manera que no le permiten valerse por sí misma, expresarse y relacionarse.

2) **“Que lleva asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece”.**

El sufrimiento es una experiencia personal, subjetiva, que es universal, común a todas las personas, pero que solo puede ser conocida como propia en primera persona. El sufrimiento también es “lo indecible”, lo inescrutable. El sufrimiento no se valora, ni se verifica, se constata a través del relato que hace la persona que solicita ayuda para morir durante el proceso deliberativo. El papel de los profesionales consiste en facilitar que sea capaz de contarlo de una forma que sea comprensible, determinar su naturaleza (cómo sufre), para proponer medidas que alivien ese sufrimiento o constatar que es constante e intolerable y cumple los requisitos de la Ley.

En ningún caso, los profesionales deben cuestionar los valores de la persona, como la amenaza de la pérdida de dignidad, la ausencia de un proyecto de vida o de un sentido para seguir viviendo una vida que para esa persona carece de valor.

3) **“Existiendo seguridad o gran probabilidad de que estas limitaciones persistirán en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable”.**

El término "incurable" en el contexto de los trastornos mentales puede ser engañoso. En general, muchos trastornos mentales no se "curan", pero pueden ser manejados de manera aceptable con medidas terapéuticas y psicosociales. Un trastorno mental puede ser irreversible, y a la vez existir una posibilidad de mejoría apreciable para la persona.

No obstante, en muchos otros casos algunos indicadores (como el inicio temprano, los años de evolución o los síntomas persistentes), señalan que un trastorno mental grave es crónico y resistente a todos los tratamientos

disponibles hasta ese momento. Esto es un hecho, existen personas cuya calidad de vida se ha deteriorado por un trastorno mental de forma irremediable, para las que la recuperación no es posible. Algunas, hartas de llevar una vida de sufrimiento y limitaciones, no desean esperar unas hipotéticas nuevas terapias del futuro y lo que desean es liberarse mediante la muerte asistida.

Durante el proceso deliberativo, el médico responsable de la PAM recaba la historia clínica y psicosocial, los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos utilizados, ingresos de larga duración, entorno laboral, familiar, social y todos aquellos elementos importantes que constituyen la biografía de una persona. Tras consultar a los profesionales que considere oportuno (trabajadora social, psicoterapeutas, médico de familia, etc.), el médico responsable redactará un informe con la información clínica (diagnósticos, itinerario terapéutico y asistencial, pronóstico), la naturaleza del sufrimiento, alternativas de tratamiento y voluntariedad de morir de la persona solicitante, sin coacción presión externa. De manera independiente, el médico consultor comprobará que se cumplen los requisitos. Y por último, la CGE llevará a cabo la verificación previa.

Las solicitudes de ayuda para morir por sufrimiento psicológico por trastorno mental se producen tras años de evolución, por lo que no existe ninguna duda sobre su cronicidad.

El sufrimiento irremediable: el quid de la eutanasia por trastorno mental.

La solicitud de ayuda para morir de una persona con una experiencia de sufrimiento intolerable, como una pérdida de dignidad, debida al deterioro progresivo por una enfermedad neurodegenerativa, un cáncer terminal o una pluripatología asociada a la edad avanzada, es mucho más fácil de comprender que por un trastorno mental. Fundamentalmente por la irremediabilidad del deterioro, un hecho diferencial frente a la incertidumbre del pronóstico psiquiátrico, bastante más complejo de definir que en una demencia o una insuficiencia de órgano (respiratoria, cardíaca, renal, etc.).

Los psiquiatras deben plantear todas las alternativas de **tratamiento razonable**, que significa que hay una perspectiva de mejoría, en un tiempo previsible, que es aceptable para el paciente.

La incertidumbre es innata a la vida humana y al ejercicio de la medicina. El profesional debe confrontar su incertidumbre con la autonomía del paciente. Si de una forma honesta y realista (razonable) considera que existen tratamientos y medidas psicosociales capaces de mejorar su vida, debe plantearlos en la deliberación. Algunas personas muestran fatiga de tratamientos, porque durante años nada ha funcionado y ya no pueden más. **Tienen derecho a rechazar cualquier tratamiento.** En ese caso, se debe redefinir el pronóstico respetando las preferencias y las decisiones de la persona que solicita ayuda para morir. Sabemos que no es un tumor cerebral, pero tenemos la obligación de respetarla como si lo fuera, incluso con la incertidumbre de que “quizás”, en el futuro, pudiera haber encontrado la serenidad personal necesaria para soportar su trastorno mental.

Una propuesta intermedia es proponerle a la persona solicitante un **pacto terapéutico**, un plazo en el que se podría esperar resultados, definiendo el significado de una “mejoría apreciable” para esa persona. Por ejemplo, que recuperará su vida, es decir, su independencia, que será capaz de vivir sola (valerse por sí misma), tener un trabajo, un grupo de personas de referencia, o lo que sea que influya para que su experiencia de sufrimiento sea tolerable para ella. Eso sí, el pacto es un compromiso bidireccional: si después de esos meses la persona desea morir, el profesional se compromete a tramitar su solicitud.

Las solicitudes de ayuda para morir se resuelven caso por caso. Ninguna persona es igual a otra, pero el valor que aporta el profesional es el conocimiento de cómo le ha ido a las demás personas en situaciones de enfermedad

similares. **Si somos honestos, debemos reconocer que existen enfermedades trágicas, vidas rotas por la enfermedad**, de las que los profesionales son testigos. Las solicitudes de eutanasia por trastorno mental pueden requerir de varios meses para su tramitación, o del plazo que se establezca en un pacto terapéutico, pero siempre con el compromiso ineludible de respetar la voluntad de la persona solicitante.

Nota: Informe realizado por DMD para la World Federation Right to Die Societies (versión en [inglés](#)).