

Similitudes y diferencias legales de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido entre España y Portugal

Legal similarities and differences of euthanasia and physician-assisted suicide between Spain and Portugal

Luis Espericueta, Universidad de Granada.

<https://orcid.org/0000-0002-8717-0170>

espericueta@ugr.es

Resumen

Este artículo resume y compara por primera vez las leyes de ayuda para morir (eutanasia y suicidio médicamente asistido) en España y Portugal. Se identificarán especialmente cuatro aspectos de cada ley: las modalidades de ayuda para morir, los requisitos administrativos, los requisitos clínicos y los diferentes pasos en el tratamiento de la solicitud. Posteriormente, se analizarán las convergencias y divergencias entre España y Portugal, resaltando especialmente los elementos éticamente problemáticos que podrían ser de interés para aquellos países que estén próximos a legislar sus respectivas leyes.

Palabras clave: Muerte médicamente asistida. Ayuda para morir. Eutanasia. Suicidio médicamente asistido. Derecho a morir. España. Portugal.

Abstract

This article summarises and compares, for the first time, the laws on assisted dying (euthanasia and medically assisted suicide) in Spain and Portugal. In particular, four aspects of each law are identified: the modalities of assisted dying, the administrative requirements, the clinical requirements, and the procedural stages involved in the application process. Subsequently, the convergences and divergences between Spain and Portugal are analysed, highlighting in particular the ethically problematic elements that may be of interest to those countries that are close to enacting their respective laws.

Keywords: Medical assistance in dying. Aid-in-dying. Euthanasia. Physician-assisted suicide. Right to die. Spain. Portugal.

1. Introducción

Los primeros tres países en legalizar y regular la eutanasia y el suicidio médicamente asistido en Europa fueron Países Bajos en 2001¹, Bélgica en 2002² y Luxemburgo en 2009³ (en Suiza, Alemania, Austria e Italia el suicidio asistido está despenalizado, pero ninguno de estos países ha legalizado la eutanasia). Posteriormente, España y Portugal se unieron a la lista en 2021⁴ y en 2023⁵ respectivamente. Es así como en el continente europeo existen dos regiones de países colindantes con leyes que regulan tanto la eutanasia como el suicidio médicamente asistido: por un lado el bloque conocido como Benelux y, por el otro, el de la península ibérica.

Ya que el primer bloque cuenta con numerosos años de experiencia en la aplicación de la ayuda para morir, gran parte de la literatura académica se ha ocupado de tratar la situación en estos países. En contraste, debido a que los países ibéricos llevan muy poco tiempo con este tipo de leyes, los artículos dedicados a ellos son relativamente escasos. En el caso de Portugal la bibliografía académica es prácticamente inexistente. Esto se debe a que, a pesar de que su ley ya ha sido promulgada, no entrará en vigor sino hasta la creación de un protocolo que regule ciertos aspectos prácticos⁶. Sin embargo, la ley aprobada en sí misma arroja ya suficiente información como para identificar el tipo de procesamiento que tendrán las solicitudes de ayuda para morir en el país luso. Este artículo tiene como objetivo presentar los aspectos clave de los modelos español y portugués, destacando sus principales similitudes y diferencias. Para ello, se examinarán las leyes de ambos países, identificando los tipos de ayuda para morir contemplados, los requisitos administrativos y clínicos exigidos al paciente y el tratamiento del proceso de solicitud. Finalmente, se llevará a cabo un análisis comparativo de las dos normativas, señalando sus principales coincidencias y divergencias, así como algunas de sus implicaciones bioéticas más relevantes.

2. España

2.1. *Tipos de ayuda para morir*

La ley española contempla dos modalidades de ayuda para morir: la administración directa al paciente por parte del médico de las sustancias letales (eutanasia) y el suministro al paciente de las sustancias para su autoadministración (suicidio médicamente asistido). En caso de que el paciente no tenga capacidad de tomar decisiones y haya solicitado la ayuda

para morir en sus instrucciones previas, pero sin especificar el tipo de modalidad elegida, se optará por el primer tipo⁷.

2.2. *Requisitos administrativos*

Según la Ley orgánica de regulación de la eutanasia (LORE) solo las personas mayores de edad pueden solicitar la prestación de ayuda para morir (PAM). Los solicitantes deben tener la nacionalidad española, la residencia legal o acreditar mediante certificado de empadronamiento haber vivido en el país ininterrumpidamente por más de doce meses en el momento de la solicitud (lo cual puede hacerse incluso en situación migratoria irregular)⁴.

2.3. *Requisitos clínicos*

Los pacientes que solicitan la PAM deben encontrarse en alguna de las dos siguientes situaciones: tener una “enfermedad grave e incurable” o “un padecimiento grave, crónico e imposibilitante”⁴. En ambos casos la ley señala que el solicitante debe experimentar un sufrimiento constante e intolerable. La principal diferencia entre estos “contextos eutanásicos” radica en que el primero alude a una situación de terminalidad, mientras que el segundo a una de cronicidad. En la ley no se señala un pronóstico de esperanza de vida específico para el primer contexto eutanásico, aunque internacionalmente se ha considerado que la situación de terminalidad es aquella con una expectativa de vida menor a seis meses⁸. En contraste, en algunas regiones de Australia donde es legal la PAM⁹, se considera que un solicitante con una enfermedad neurodegenerativa está en fase terminal si su expectativa de vida es inferior a doce meses.

En cuanto al “padecimiento grave, crónico e imposibilitante”, su definición ha generado diversas controversias, particularmente en torno a si abarca también los trastornos mentales. Esta discusión se debe en especial a que la descripción de ese contexto eutanásico alude a los “sufrimientos físicos o psíquicos” que puede experimentar el paciente. Inicialmente, algunas comisiones de garantía y evaluación (órganos colegiados que deciden sobre las solicitudes de ayuda para morir) y órganos judiciales, consideraron que los trastornos mentales podían cumplir con las características establecidas por el segundo contexto eutanásico^{10,11}. De hecho, se practicaron varias PAM en pacientes psiquiátricos. Sin embargo, al estudiar en 2023 un recurso de inconstitucionalidad contra la LORE, que finalmente desestimó, el Tribunal Constitucional señaló que los trastornos mentales no pueden justificar por sí mismos la ayuda para morir¹². Su argumentación se basó en una

interpretación de la exposición de motivos de la ley que no ha convencido a todos los especialistas^{13,14}. En todo caso, parece ser que el Tribunal no ha descartado que una persona con un trastorno mental acceda a la PAM siempre y cuando mantenga capacidad de tomar decisiones y el padecimiento que justifique la solicitud sea de origen somático.

2.4. *Procesamiento de la solicitud*

En España, el tratamiento de las solicitudes de ayuda para morir puede llevarse a cabo por vía ordinaria cuando el paciente cuenta con capacidad de tomar decisiones al momento de la petición y de la aplicación de la PAM. En cambio, la vía extraordinaria se presenta cuando la persona no tiene capacidad de tomar decisiones, pero ha suscrito un documento de instrucciones previas o análogo solicitando la ayuda para morir cuando sí gozaba de competencia⁴.

La vía ordinaria comienza cuando una persona presenta su solicitud a un médico, que puede ser o no su facultativo tratante. Este profesional es denominado “médico responsable” y tiene la obligación de efectuar dentro de los primeros dos días naturales de la recepción de la solicitud un proceso informativo y deliberativo con el paciente sobre su diagnóstico, sus opciones terapéuticas y paliativas, así como otras circunstancias relevantes. Posteriormente, transcurrido un periodo mínimo de quince días naturales desde la primera solicitud, el paciente deberá ratificar su voluntad mediante una segunda solicitud. Una vez ocurrido esto, y en menos de dos días naturales, el médico responsable retomará el proceso deliberativo con el paciente buscando resolver cualquier duda que pudiese haber surgido durante el plazo máximo de cinco días naturales⁴.

Tras 24 horas desde la finalización del segundo proceso deliberativo, el médico responsable deberá confirmar si el paciente desea continuar con el proceso o si, por el contrario, prefiere desistir. En caso afirmativo, el médico responsable tendrá que contactar con un facultativo especializado en el padecimiento del paciente. Este último es denominado “médico consultor” y es el encargado de examinar al paciente y su historial clínico con el fin de emitir un informe en el plazo máximo de diez días naturales desde la presentación de la segunda solicitud. Si tuviera una resolución favorable, durante los siguientes tres días hábiles, el médico responsable enviará el expediente a la comisión de garantía y evaluación respectiva⁴.

Las comisiones de garantía y evaluación son órganos administrativos adscritos a cada región (comunidad autónoma). Cada comisión está conformada por mínimo siete miembros entre los cuales debe haber personal médico, de enfermería y juristas. Cuando la comisión recibe un expediente de solicitud por parte del médico responsable, su presidente deberá designar en menos de dos días a un profesional médico y a un jurista que verificarán que se cumplan los requisitos y las condiciones para la concesión de la PAM. Una vez hecho esto, y en un plazo máximo de siete días naturales, los miembros de la comisión redactarán un informe que resolverá la solicitud de ayuda para morir y que será trasladado al médico responsable durante los siguientes dos días naturales. En caso de resolución negativa, el paciente puede recurrir la decisión ante la jurisdicción contencioso-administrativa. Si la resolución fuera positiva, el médico responsable acordará con el equipo asistencial y el paciente la fecha y la modalidad de la PAM⁴. Una vez practicada la ayuda para morir, el médico responsable deberá enviar el expediente de la ayuda para morir a la comisión de garantía y evaluación respectiva.

En lo que respecta a la vía extraordinaria, esta inicia con la recepción del médico del documento de instrucciones previas donde el paciente solicitó la PAM. Posteriormente, aunque la ley no lo especifica de manera explícita, se entiende que el médico responsable se comunica tanto con el médico consultor como con la comisión de garantía y evaluación, a pesar de que el paciente no pueda participar activamente en el proceso.

3. Portugal

3.1. *Tipos de ayuda para morir*

La ley portuguesa, al igual que la española, prevé dos modalidades para la PAM: eutanasia y suicidio médicamente asistido. No obstante, “(l)a muerte médicamente asistida solo puede producirse por eutanasia cuando el suicidio médicamente asistido es imposible debido a la incapacidad física del paciente”⁵.

3.2. *Requisitos administrativos*

Según la ley portuguesa, solo las personas mayores de edad pueden solicitar la prestación de ayuda para morir. Los solicitantes deben tener la nacionalidad portuguesa o la residencia legal. Por lo tanto, están descartadas aquellas personas en situación migratoria irregular⁵.

3.3. *Requisitos clínicos*

Al igual que en España, la ley portuguesa señala dos tipos de supuestos que justifican la concesión de la ayuda para morir: padecer un sufrimiento de gran intensidad debido a una 1) enfermedad grave e incurable (doença grave e incurável) o a una 2) lesión definitiva de extrema gravedad (lesão definitiva de gravidade extrema)⁵. Asimismo, la principal diferencia entre estas dos situaciones es la terminalidad y la cronicidad respectivamente. Tampoco la ley lusa establece un periodo concreto de expectativa de vida.

Ahora bien, en el caso de Portugal, el segundo tipo de contexto no causa la misma ambigüedad que en España, ya que no existe ninguna alusión a sufrimientos psicológicos (aunque en las primeras versiones de la ley se contemplaba el sufrimiento físico, el psicológico y el espiritual¹⁵). Además, en general, la ley posee un cariz más paternalista en este ámbito, pues establece que el paciente tiene que acudir a una consulta de psicología clínica obligatoria y pone énfasis en los casos donde se debe recurrir a un especialista en psiquiatría. Sin embargo, si un paciente sigue siendo competente pese a padecer un trastorno mental, no habría nada en la ley que prohibiera su acceso a la PAM siempre y cuando la enfermedad que justifique la solicitud sea de origen somático. Además, esto iría acorde con algunos estudios que confirman que ciertos pacientes psiquiátricos pueden mantener la capacidad de tomar decisiones médicas¹⁶.

3.4. *Procesamiento de la solicitud*

En Portugal el tratamiento de las solicitudes de ayuda para morir solo puede llevarse a cabo cuando el paciente cuenta con capacidad de tomar decisiones durante todo el proceso de petición y de aplicación de la prestación. Incluso la ley establece que “inmediatamente antes” del suministro de las sustancias letales, el médico orientador debe confirmar la voluntad del solicitante frente a uno o más testigos⁵.

El proceso comienza cuando una persona presenta su solicitud de PAM a un médico elegido por ella. Este profesional, denominado “médico orientador”, debe garantizar que, dentro de los primeros diez días hábiles desde la recepción de la solicitud, el paciente tenga una consulta de psicología clínica. Dicha consulta, obligatoria salvo oposición expresa, tiene como objetivo asegurar que el solicitante comprende plenamente sus decisiones y descartar posibles presiones indebidas⁵. Asimismo, en el plazo de veinte días hábiles, el médico orientador debe efectuar un proceso informativo con el paciente sobre su diagnóstico, sus

opciones terapéuticas y paliativas, así como otras circunstancias relevantes. Si este facultativo considera que el paciente cumple con todos los requisitos, tiene que contactar con un “médico especialista” quien deberá examinar el caso con el fin de emitir un informe en el plazo máximo de quince días hábiles. Si tuviera una resolución favorable, el médico responsable enviará el expediente a la “comisión de verificación y evaluación” (comissão de verificação e avaliação)⁵.

Esta comisión es única en todo el territorio portugués y está conformada por cinco miembros: dos juristas, un médico, un enfermero y un especialista en bioética. Cuando la comisión recibe un expediente de solicitud por parte del médico orientador, debe verificar que se cumplan los requisitos y las condiciones para la concesión de la PAM en un plazo de cinco días hábiles. En caso de resolución negativa, el paciente puede reiniciar ulteriormente el procedimiento pero la ley no contempla explícitamente la posibilidad de recurrir la decisión ante ninguna jurisdicción. Si la resolución es favorable, el solicitante acordará con el médico orientador la fecha y podrá elegir el lugar para la PAM, siempre que este cumpla con las condiciones clínicas y de confort necesarias⁵. Una vez practicada la ayuda para morir, el médico orientador deberá enviar un informe final a la comisión de verificación y evaluación que deberá revisarlo en el plazo de cinco días hábiles. Si tras esta evaluación la comisión identifica que el médico no ha seguido las condiciones y procedimientos de la ley, remitirá el informe a la fiscalía.

4. Principales similitudes y diferencias entre España y Portugal

4.1. *Principales similitudes*

En la península ibérica el modelo de ayuda para morir incluye la posibilidad de acceder a la eutanasia y al suicidio médicamente asistido. A diferencia de dos de los tres países que conforman el bloque Benelux (Bélgica, Países Bajos), solo los mayores de edad pueden acceder a esta prestación. Asimismo, en la península, la ayuda para morir puede ser solicitada tanto por enfermedades terminales como por padecimientos crónicos, y puede llevarse a cabo en hospitales públicos, privados y otros lugares (como el domicilio de pacientes). Además, el modelo ibérico establece un control previo a la PAM realizado por un órgano colegiado; por el contrario, en Benelux, el control es realizado una vez efectuada la ayuda para morir. Por último, en ambas leyes se explicita el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.

4.2. Principales diferencias

Aunque en ambos países ibéricos la eutanasia y el suicidio médicamente asistido son prácticas contempladas por las respectivas leyes, en Portugal el acceso a la eutanasia está condicionado a que el paciente sea físicamente incapaz de realizar el suicidio asistido. Esta condición inexistente en España podría interpretarse como un tipo de discriminación o trato desigual¹⁷. En efecto, muchas personas podrían optar por dejar su cuidado completamente en manos del personal sanitario por motivos como la seguridad o el confort; no obstante, esta decisión se vería anulada por el solo hecho de tener la capacidad física para llevar a cabo el suicidio médicamente asistido. Esto es especialmente relevante al considerar que en España se realizaron 265 eutanasias frente a solo 5 suicidios médicamente asistidos en 2022¹⁸, y 316 eutanasias frente a 18 suicidios médicamente asistidos en 2023¹⁹. Estos datos sugieren que, en ciertos contextos, prevalece una preferencia por la modalidad de eutanasia como forma de ayuda para morir.

Por otro lado, a diferencia de la ley portuguesa, la española permite a personas con residencia irregular acceder a la PAM siempre y cuando certifiquen el empadronamiento en el territorio por más de doce meses. Asimismo, a diferencia de España y los países del Benelux, en Portugal no se permite acceder a dicha prestación mediante un documento de instrucciones previas. Por lo tanto, en el país luso se excluye la posibilidad de realizar la eutanasia en personas con demencia o en estado de inconsciencia irreversible, incluso si previamente expresaron su voluntad al respecto mientras conservaban su capacidad de tomar decisiones.

Además, si bien en Portugal solo es necesario que el paciente presente una sola solicitud de ayuda para morir, mientras que en España son dos, este último país no establece la obligatoriedad de derivarlo a una consulta de psicología clínica (salvo oposición expresa de este). En algunos casos, este requisito puede considerarse excesivo dada la delicada situación de salud del paciente. En efecto, la obligatoriedad de la consulta psicológica podría demorar el proceso de ayuda para morir, alargando el sufrimiento de pacientes con enfermedades terminales o condiciones debilitantes que ya han tomado una decisión consciente e informada. En este sentido, el requisito de las evaluaciones psicológicas podría resultar estigmatizante, ya que pone en duda sistemáticamente la voluntad de los solicitantes de ayuda para morir. Asimismo, en regiones con recursos limitados, podría

resultar difícil encontrar los profesionales adecuados o garantizar su disponibilidad, lo que complicaría aún más el proceso. Por otro lado, algunas personas han señalado que la intervención de profesionales de salud mental debería tener un enfoque de acompañamiento en el proceso de morir, en lugar de ser un control inquisitivo^{20,21}. En este sentido, cabe destacar que la ley portuguesa solo prevé este enfoque de acompañamiento para los profesionales de salud, mientras que, para los solicitantes, la intervención puede percibirse como una supervisión más centrada en el escrutinio que en el apoyo.

En cuanto a la duración del tratamiento de la solicitud de ayuda para morir en España, los plazos legales establecen alrededor de 39 días desde la presentación de la solicitud hasta su aceptación definitiva. En 2022, el tiempo promedio entre la presentación de la solicitud y la aplicación de la PAM fue de 75,1 días¹⁸, mientras que en 2023 se redujo a 67 días¹⁹. En este sentido, en España, la LORE contempla la posibilidad de que el médico responsable disminuya el plazo mínimo obligatorio entre la primera y la segunda solicitud si constata en el paciente una pérdida inminente de la capacidad de tomar decisiones. Sin embargo, no se permite acortar el plazo por una muerte inminente. Esto, sumado a que la opción de ayuda para morir a veces se comunica tardíamente a los pacientes, puede dar lugar a un porcentaje significativo de fallecimientos durante la tramitación de la solicitud, una situación identificada desde los primeros meses de aplicación de la LORE²². Por el contrario, en Portugal, la ley establece que el tratamiento de la solicitud de ayuda para morir no puede ser menor a dos meses, a pesar de que la suma de sus plazos arroje una duración de aproximadamente 40 días desde la presentación de la solicitud hasta su aceptación definitiva. Por último, cabe mencionar que la ley portuguesa no indica cómo se considerará legalmente la muerte producida por la PAM ni señala explícitamente los mecanismos de revisión que puede activar el solicitante en caso de una resolución negativa (más allá de reiniciar el proceso). En contraste, la ley española equipara la muerte producida por la PAM a la muerte natural y, en caso de que la solicitud sea rechazada, contempla la revisión por parte tanto de la comisión de garantía y evaluación como de la jurisdicción contencioso-administrativa. El hecho de especificar o no la consideración legal de la muerte, así como la jurisdicción competente para tratar las solicitudes de PAM, resulta de gran relevancia, ya que ha sido un factor determinante en algunos casos controvertidos en España, como el de la eutanasia de un detenido en proceso penal²³.

5. Consideraciones finales

Teniendo en cuenta las divergencias en el tratamiento de solicitudes entre España y Portugal podemos considerar que la ley portuguesa es más restrictiva que su homóloga española. En efecto, en cada uno de los aspectos estudiados en este trabajo comprobamos que los requisitos impuestos en Portugal son más exigentes que en España. Esto puede deberse a las dificultades políticas que se han presentado en el país luso y que han obligado a los legisladores a buscar puntos de consenso. Entre las condiciones más estrictas en Portugal destaca la exigencia de que el solicitante sea físicamente incapaz de llevar a cabo un suicidio médicamente asistido para acceder a la eutanasia, estableciendo esta última como una excepción y al primero como la modalidad por defecto. También otros de los requisitos más gravosos para el futuro solicitante portugués son la obligatoriedad (salvo por oposición) de la consulta de psicología clínica, el plazo mínimo de dos meses que debe durar el tratamiento de la solicitud y la ausencia de mecanismos explícitos de revisión externa de las solicitudes denegadas. No obstante, teniendo el contexto político en el que nació la ley portuguesa, no sería sorprendente que los legisladores realizaran reformas o que un alto tribunal estime necesario efectuar algunos cambios en ella.

Referencias

1. The Netherlands. Termination of life on request and assisted suicide law [Internet]. 1997 [acceso 29 mayo 2024]. Disponible en: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/2021-10-01>
2. Belgique. Loi relative à l'euthanasie. Service Public Fédéral Justice [Internet]. [acceso 29 mayo 2024]. Disponible en: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2002052837
3. Luxembourg. Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg [Internet]. [acceso 29 mayo 2024]. Disponible en: <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo>
4. España. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial del Estado [Internet]. [acceso 29 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>
5. Portugal. Lei n.º 22/2023, de 25 de maio. Diário da República [Internet]. [acceso 29 mayo 2024]. Disponible en: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831>.
6. El tiempo para que esto ocurra es desconocido, ya que algunos actores políticos relevantes están en contra de la implementación de la ayuda para morir.

7. España. Manual de buenas prácticas en eutanasia. Ministerio de Sanidad [Internet]. [acceso 29 mayo 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf
8. Stuart B. The NHO Medical Guidelines for Non-Cancer Disease and local medical review policy: hospice access for patients with diseases other than cancer. The Hospice Journal [Internet]. 1999 [acceso 29 de mayo 2024];14(3-4):139-154. <https://doi.org/10.1080/0742-969X.1999.11882934>
9. Australian Centre for Health Law Research. Voluntary Assisted Dying [Internet]. [acceso 29 de mayo 2024]. Disponible en: <https://end-of-life.qut.edu.au/assisteddying>
10. España. Sentencia 353/2022. Tribunal Superior de Justicia de Navarra [Internet]. [acceso 29 de mayo 2024]. Disponible en: <https://www.poderjudicial.es/search/AN/openDocument/f4634b87216f7c0da0a8778d75e36f0d/20230316>
11. España. Peticions de PRAM per persones amb problemes de salut mental 2022. Generalitat de Catalunya: Departament de Salut [Internet]. [acceso 29 de mayo 2024]. Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Professionals/Consells_comissions/comissio-garantia-i-avaluacio-catalunya/papers-i-posicionament/consideracions-pram-salut-mental.pdf
12. España. Sentencia 19/2023, de 22 de marzo de 2023. Boletín Oficial del Estado [Internet]. [acceso 29 de mayo 2024]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-10044
13. Espericueta L. La prohibición de la eutanasia por trastornos mentales en España: análisis sobre la vulneración del principio de igualdad y no discriminación. Preprint.
14. Sánchez F. El Constitucional excluye de la eutanasia a los pacientes con trastornos mentales. Diario Médico [Internet]; 18 abril 2023 [acceso 29 de mayo 2024]. Disponible en: <https://www.diariomedico.com/opinion/el-constitucional-excluye-de-la-eutanasia-los-pacientes-con-trastornos-mentales.html>
15. Pinto de Abreu M, Lopes Pestana I. Morte Medicamente Assistida - Breve análise à Lei n.º 22/2023, de 25 de Maio. El observador [Internet]. 23 jun. 2023 [acceso 29 de mayo 2024]. Disponible en: <https://observador.pt/opiniao/morte-medicamente-assistida-breve-analise-a-lei-n-o-22-2023-de-25-de-maio/>
16. Calcedo-Barba A, Fructuoso A, Martinez-Raga J, Paz S, Sánchez de Carmona M, Vicens E. A meta-review of literature reviews assessing the capacity of patients with severe mental disorders to make decisions about their healthcare. BMC Psychiatry [Internet]. 2020 [acceso 29 de mayo 2024];20(1):13. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02756-0>
17. Shavelson L, Pope TM, Battin MP, Ouellette A, Kluger B. Neurologic Diseases and Medical Aid in Dying: Aid-in-Dying Laws Create an Underclass of Patients Based on Disability. The American Journal of Bioethics [Internet]. 2022 [acceso 29 de mayo 2024];23(9):5-15. <https://doi.org/10.1080/15265161.2022.2105422>
18. España. Informe anual 2022 de la prestación de ayuda para morir. Ministerio de Sanidad [Internet]; [acceso 29 de mayo 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/InformeAnualEutanasia_2022.pdf

19. España. Informe anual 2023 de la prestación de ayuda para morir. Ministerio de Sanidad [Internet]; [acceso 29 de mayo 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/InformeAnualEutanasia_2023.pdf
20. Sullivan MD, Ganzini L, Youngner SJ. Should Psychiatrists Serve as Gatekeepers for Physician-Assisted Suicide? The Hastings Center Report [Internet]. 1998 [acceso 29 de mayo 2024]; 28(4):24-31. <https://doi.org/10.2307/3528610>
21. Parker M. ¿Medicine, psychiatry and euthanasia: An argument against mandatory psychiatric review? Australian and New Zealand Journal of Psychiatry [Internet]. 2000 [acceso 29 de mayo 2024]; 34(2):318-324. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2000.00725.x>
22. Espericueta L. Primer informe oficial de la eutanasia en España: comparación con las experiencias canadiense y neozelandesa. Medicina Clínica [Internet]. 2023 [acceso 29 de mayo 2024];161(10):445-7. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2023.06.014>
23. Espericueta L. Euthanasia in detention and the ethics of caring solidarity: A case study of the 'Tarragona Gunman'. Bioethics [Internet]. 2024 [acceso 29 de mayo 2024];1-9. <https://doi.org/10.1111/bioe.13325>