

KNMG

**Reflexiones del Real Colegio de Médicos
Holandés (KNMG) en torno a la
«Respuesta y Posición del Gobierno
sobre la Vida Cumplida»**

29 de marzo del 2017

Índice

Prólogo	3
Resumen	4
Introducción	6
Propósito y justificación	6
Guía para este documento	7
1 Antecedentes del debate	8
1.1 La 'Uit Vrije Wil', Iniciativa Ciudadana para el Derecho a Decidir Librementemente"	8
1.2 La posición del KNMG: El papel del médico en la interrupción voluntaria de la vida	8
1.3 "Comunicación fluida con el paciente sobre la eutanasia"	9
1.4 Comisión de expertos	10
1.5 Respuesta y Posición del Gobierno respecto a los casos de 'Vida cumplida'	11
2 Respuestas a la Carta del Gobierno	13
2.1 Verenso- Asociación de Médicos especialistas en Geriatría	13
2.2 Asociación Holandesa de Psiquiatría	13
2.3 Asociación Holandesa de Psicólogos	13
2.4 Asociación Holandesa de Pacientes	13
2.5 La Unión de Asociaciones de Ciudadanos Mayores Católicos y Protestantes	14
2.6 Derecho a morir (NVVE)	15
2.7 D66 Proyecto de ley "Vida cumplida"	15
3 Conclusiones y temas de debate	16
3.1 Ancianos con deseo real de morir	17
3.2 Vida cumplida	18
3.3 Naturaleza del sufrimiento	19
3.4 Profesionales del Suicidio Asistido	21
3.5 Implicación del medico	22
3.6 Dos sistemas paralelos	24
3.7 ¿Sano o enfermo?	25
3.8 Límite de edad	26
3.9 Evaluación de los ancianos	27
3.10 El derecho a la autonomía	29
3.11 Control de los ciudadanos sobre sus vidas	30
4 Bibliografía	

Prólogo

¿Cómo encontrar una forma correcta y respetuosa de acercarnos al tema de las personas mayores que sienten que su vida ya no tiene ningún sentido? ¿Ayudaría una ley específica de suicidio asistido para estos casos? Es una cuestión que concierne a la sociedad en general pero, en particular, a la profesión médica ya que es en consultas, residencias y cabeceras donde los ancianos a menudo expresan sus deseos más profundos o donde la cuestión está en el aire sin manifestarse. Por todo ello, el Real Colegio de Médicos Holandés (KNMG) ha abierto un debate en su seno antes de formular una respuesta argumentada a la proposición del gobierno sobre dicha cuestión. Se ha realizado una amplia encuesta entre médicos (mediante un cuestionario dirigido a los Colegiados del KNMG y en reuniones de distrito), encuesta cuyos resultados fueron intensamente discutidos en todas las asociaciones que constituyen el KNMG. Los resultados finales se presentan aquí. Nuestra conclusión es que, por muy comprensible (incluso para los médicos) que pueda ser que una persona quiera terminar con su propia vida en su fase final, cualquier legislación sobre el particular implicaría demasiados riesgos y efectos adversos, por lo que es desaconsejable.

Como médicos estamos en contra de la distinción que hace el gobierno entre personas “sanas” y “enfermas” que deseen terminar con sus vidas porque no es un reflejo exacto de la realidad observada por médicos y ciudadanos. La actual Ley de Eutanasia es eficaz y tiene una extensa aplicación: la práctica de la eutanasia actual es minuciosa, transparente, verificable, segura para pacientes y médicos y goza de un apoyo generalizado. Una legislación ad hoc añadida a la Ley de Eutanasia podría llegar a socavar la actual práctica de la eutanasia, algo que encontramos inaceptable.

Otra preocupación entre nuestros colegiados se refiere a posibles efectos adversos sobre la sociedad como pueden ser la sensación de inseguridad entre los mayores o la estigmatización de la edad avanzada. Por eso, en vez de abrir un nuevo camino hacia el suicidio asistido, el KNMG piensa que se debería optar por invertir en soluciones destinadas a enfrentar el vacío existencial experimentado por las personas mayores.

El concepto de ‘vida cumplida’ tiene una connotación positiva en el debate social. No obstante, es un asunto complejo y trágico para el que no existe una solución fácil. Una investigación adicional aumentaría la comprensión de las personas que padecen este sufrimiento y ayudaría a buscar soluciones alternativas a las que actualmente ha propuesto el gobierno.

En nombre de la Junta Directiva de la Federación de los KNMG,

R.A.C.L. Héman, médico de la Sanidad Pública, MBA.

Presidente

Resumen

Ayudar a las personas mayores que sufren es un problema que afecta a la sociedad en su conjunto y que los médicos encuentran en sus consultas. El Real Colegio de Médicos Holandés (KNMG) entiende que mucha gente busca seguridad y tranquilidad para terminar sus vidas, aunque no deseen finalizarlas en ese momento. Por eso, el KNMG piensa que tiene la responsabilidad de contribuir al debate social sobre esta cuestión.

El gobierno ha propuesto una legislación que daría acceso al suicidio asistido a los ciudadanos mayores que tengan la sensación de haber ‘completado’ su biografía. Esa legislación serviría a personas mayores “sanas” con un deseo real y bien reflexionado de terminar sus vidas, sintiendo además la necesidad de participar activamente en ello. Toda legislación en este sentido se sumaría a la actual Ley de Eutanasia que se dirige a personas con un sufrimiento insoportable e incurable, que tiene su origen (total o parcialmente) en una situación médica.

Existen muchas objeciones a una ley de consecuencias de tan largo alcance, tanto en sus aspectos teóricos como prácticos. Basándose en dichas objeciones y después de amplias consultas a sus colegiados, el KNMG ha sacado la conclusión de que la propuesta de crear una ley sobre suicidio asistido en caso de ‘vida cumplida’ no es deseable.

Resumimos nuestros argumentos a continuación:

- El gobierno establece una diferencia entre personas “sanas” que desean terminar con sus vidas basándose en el concepto de ‘vida cumplida’, y personas “enfermas” con deseo de terminar con sus vidas. El KNMG considera que la distinción entre “sano” y “enfermo” es teórica y no refleja con exactitud la realidad que perciben ciudadanos y médicos.
- La actual Ley de Eutanasia es eficaz y aplicada de forma profesional por los médicos. La práctica de la eutanasia es minuciosa, transparente, verificable, segura para pacientes y médicos y tiene un apoyo muy amplio. Por eso, una legislación ad hoc añadida a la Ley de Eutanasia podría llegar a socavar la práctica existente de la eutanasia.
- La Ley de Eutanasia se aplica a un abanico extenso de casos y la vulnerabilidad que resulta de una combinación de problemas médicos y no médicos en la edad avanzada puede considerarse como un sufrimiento inaguantable e incurable, tal y como está definido en la Ley de Eutanasia. Sin embargo, al mismo tiempo, no todos los médicos están dispuestos a llevar a cabo la eutanasia en situaciones semejantes, ya que piensan que otros tratamientos se podrían aplicar y temen la ‘pendiente resbaladiza’. El KNMG seguirá invirtiendo tanto en actividades de información como de formación profesional.

Reflexiones del Real Colegio de Médicos Holandés (KNMG) en torno a la “Respuesta y Posición del Gobierno sobre la Vida Cumplida”

- Asimismo, la legislación propuesta puede tener efectos adversos sobre la sociedad tales como favorecer un sentimiento de inseguridad entre los mayores o la estigmatización de la avanzada edad.
- El concepto de ‘vida cumplida’ tiene una connotación positiva en el debate social. Sin embargo, aquí se trataría de personas que se sienten solas y para las que la vida carece de sentido, a la vez que dependen de la ayuda de otros. Por eso, en vez de abrir un nuevo camino al suicidio asistido, el KNMG piensa que se debería optar por invertir en soluciones directamente encaminadas a paliar este sentimiento de vida carente de sentido que experimentan las personas mayores. En lugar de un túnel con una sola salida - a saber la muerte - la asistencia ofrecida a estos ciudadanos consistiría en un amplio abanico de opciones que tomen en cuenta las necesidades reales de las personas mayores.
- El KNMG está preocupado por el hecho de que el gobierno tenga la intención de desarrollar una legislación especial para los casos de ‘vida cumplida’, dado que entraría en contradicción con los procedimientos disciplinarios y de índole judicial, así como con la posición mantenida por los Comités Regionales de Revisión de la Eutanasia y las actuales normas profesionales. Al fin y al cabo, se pide a los médicos abordar esta cuestión con reserva y actuar con sumo cuidado. Asimismo, el KNMG subraya que la complejidad de los casos de ‘vida cumplida’ estaría sometida a un estudio y marco de evaluación más sencillos que los casos de personas sufriendo por razones médicas. Esto llevaría a la curiosa - e indeseable - situación en que una ‘severa’ evaluación se aplicaría a casos con argumentación predominantemente médica, mientras que el escenario más complejo de la ‘vida cumplida’ sería objeto de una evaluación más indulgente.
- El grupo que el gobierno define (personas con un deseo actual, duradero y razonado de poner fin a su vida y una necesidad activa de hacerlo, pero cuyos sufrimientos no son de origen médico) es, probablemente, muy pequeño. El KNMG no considera recomendable crear un marco legal separado para este grupo; es necesario investigar previamente el tamaño del grupo, la naturaleza de los problemas con los que está lidiando y las alternativas que se le pueden ofrecer.
- El gobierno indica que los médicos no tienen que participar necesariamente en la evaluación del deseo de morir. No obstante, el KNMG sospecha que este hecho implicaría una amenaza potencial en cuanto a la meticulosidad, la posibilidad de control y la seguridad del proceso. Es más, el marco de evaluación incluirá, muy probablemente, elementos médicos, exigiendo la - no intencionada - participación de médicos en los procedimientos acerca de ‘vida cumplida’.

Introducción

Desde 1991, la sociedad ha estado debatiendo si las personas mayores que sienten que su vida está "cumplida" pueden tener acceso a una asistencia para poner fin a sus propias vidas. El deseo de contar con medios para terminar con la propia vida no es en absoluto nada nuevo.

Sin embargo, a principios del 2016 el grupo de expertos sobre la accesibilidad al suicidio asistido para personas que consideran su vida cumplida (Comisión Schnabel) constató que la actual Ley de Eutanasia funciona eficazmente, se aplica mucho más ampliamente que lo que en general se cree y que no sería deseable ampliar las opciones legales para el suicidio asistido.(1)

Como respuesta, en octubre del 2016 el gobierno publicó una carta al parlamento titulada *Respuesta y Posición del Gobierno sobre la Vida Cumplida (Kabinetsreactie en Visie Voltooid Leven)* (2), en la que rechaza las recomendaciones de la Comisión Schnabel. El gobierno propone una legislación añadida y complementaria a la actual Ley de Eutanasia que daría acceso al suicidio asistido bajo el principio de 'vida cumplida' y que estaría dirigido a las personas cuyo sufrimiento no tiene un origen médico. La actual Ley de Eutanasia seguiría existiendo para las personas con sufrimiento inaguantable e incurable debido –del todo o en parte- a una causa médica.

Propósito y justificación

En sus consultas, los médicos se encuentran con personas mayores que experimentan la sensación de que sus vidas carecen de sentido, lo que hace que para ellos cobre relevancia el concepto de personas mayores con "sufrimiento vital". (Ver recuadro).

Este documento está pensado para dar una respuesta a la Carta del gobierno al parlamento titulada "Respuesta y Proposición del gobierno sobre la "vida cumplida" del 12 de octubre del 2016. (2) En su contestación a la propuesta del gobierno de introducir una Ley para dar acceso al suicidio asistido a personas basándose en el principio de 'vida cumplida', añadida a la Ley en vigor "Terminación de la Vida a Petición Propia y Suicidio Asistido (Procedimientos de Control)", los fundamentos de los argumentos son los siguientes:

- Un análisis de los puntos de vista y de los protocolos normativos de KNMG, a partir de una consulta previa a sus socios, del informe de la Comisión Schnabel y de la Carta del gobierno al parlamento, así como de las reacciones generales registradas en la sociedad;

Reflexiones del Real Colegio de Médicos Holandés (KNMG) en torno a la “Respuesta y Posición del Gobierno sobre la Vida Cumplida”

- El resultado de las consultas al panel de médicos del KNMG hechas entre el 28 de noviembre y el 11 de diciembre del 2016; así como de las reuniones en los diferentes distritos del KNMG. Algunas reuniones se celebraron a raíz del comunicado de la Carta del gobierno.

Guía para este documento

La Sección 1 describe la historia del debate, desde la “Píldora de Drion” hasta la Posición del Gobierno.

La Sección 2 expone una visión general de las respuestas de otros sectores de la sociedad justo después de la publicación de la Posición del Gobierno.

Los resultados de la encuesta realizada por el KNMG, un estudio de la literatura sobre el tema y otros documentos conforman la Sección 3 que presenta también conclusiones provisionales y recomendaciones.

Sufrimiento vital

En este documento, el KNMG utiliza el término "sufrimiento vital" (*lijden aan het leven*) y lo define de la siguiente manera: “sufrir ante la perspectiva de tener que seguir viviendo con una calidad de vida percibida como insuficiente o nula, lo que da lugar a un deseo persistente de morir, aunque la ausencia o deficiencia de calidad de vida no tenga su origen, total o parcial, en una situación identificable, somática o psicológica”. (3)

El KNMG ha elegido este término, dado que constituye el elemento fundamental del tema en cuestión. Un sufrimiento de este tipo puede radicar en la sensación de que la vida está cumplida, pero puede también tener otras causas. No consideramos idóneo el término ‘vida cumplida’ dado que implica un juicio de valor, y sólo el propio individuo puede decidir si su biografía está cumplida o no.

1 Antecedentes del debate

En las últimas décadas, se ha desarrollado en la sociedad un debate sobre la autonomía para poner fin a la propia vida. Comenzó en 1991 con el ensayo de Huib Drion titulado "El deseo de los mayores de poner fin a su vida" [*Het zelfgewilde einde van oude mensen*], el cual abogaba por proporcionar a las personas mayores medios letales que les permitiesen poner fin a la propia vida de una manera digna y en el momento en que lo desearan. El ensayo fue acogido con entusiasmo, pero sólo dos décadas después se convirtió en la "Iniciativa Ciudadana para el Derecho a Decidir Libremente" [*Burgerinitiatief uit Vrije Wil*].

1.1 La 'Uit Vrije Wil', Iniciativa Ciudadana para el Derecho a Decidir Libremente"

En 2010, la Iniciativa dio un nuevo impulso al debate sobre el suicidio asistido. El propósito de la Iniciativa era la 'legalización del suicidio asistido para las personas mayores que considerasen su 'vida cumplida' (4), en caso de una petición expresa, según un protocolo definido y criterios verificables. Esta propuesta se parecía bastante a la actual Ley de Eutanasia: incluía la evaluación inicial por un consultor independiente y la revisión posterior por un Comité. La diferencia fundamental entre las dos Leyes reside en la línea trazada en los criterios de accesibilidad entre el 'sufrimiento insoportable e incurable' y las 'alternativas razonables'. Además, la iniciativa sólo garantizaba la asistencia a personas mayores de 70 años, ya que los iniciadores pensaban que sólo a partir de esta edad se podría obtener un 'certificado de vida cumplida'. La propuesta de Uit Vrije Wil pretendía coexistir con las actuales leyes de eutanasia.

El KNMG juzgó esta propuesta problemática, en parte porque podía poner en cuestión los criterios de accesibilidad ya establecidos en la actual práctica de la eutanasia. Finalmente, la Iniciativa no encontró un apoyo suficiente en la Cámara de Representantes.

1.2 La posición del KNMG: El papel del médico en la interrupción voluntaria de la vida

En el 2011, el KNMG publicó un documento titulado 'El papel del médico en la interrupción voluntaria de la vida' [*De rol van de Artes bij het zelfgekozen levenseinde*] (5), que Uit Vrije Wil apoyó. El documento trata en parte de los procedimientos y de la formación de los médicos con respecto a la eutanasia y al suicidio asistido a consecuencia de la introducción de la Ley de Eutanasia en el 2002.

El documento aclara algo de la terminología que se suele utilizar para hablar de las personas que expresen el deseo de morir cuando consideren su biografía terminada. Conceptos como 'vida hecha', 'vida terminada', 'vida completada' y

Reflexiones del Real Colegio de Médicos Holandés (KNMG) en torno a la "Respuesta y Posición del Gobierno sobre la Vida Cumplida"

'sufrimiento vital' se usan indistintamente en el debate público y entre médicos y pacientes.

El KNMG utiliza la expresión 'sufrimiento vital' en estos casos, ya que cree que el sufrimiento se encuentra en el centro del debate. Para el KNMG, "sufrimiento vital" significa: "sufrimiento ante la perspectiva de tener que seguir viviendo con una calidad de vida considerada como nula o insuficiente, lo que provoca un deseo persistente de morir, a pesar de que la falta o deficiencia de la calidad de vida no tenga relación con un problema médico o psicológico diagnosticable". (3)

El documento del KNMG explica que el médico es siempre responsable de la evaluación de la importancia del sufrimiento del paciente y de sus características, independientemente de su origen o de la forma en que el paciente lo describe. Esto es igualmente válido si el deseo del paciente de morir surge del sentimiento de haber completado su biografía. Sin embargo, considerar la propia biografía cumplida - suponiendo que tal cumplimiento pueda existir - es algo que sólo el paciente puede hacer. Debido a la naturaleza personal de tal juicio, el KNMG no puede definir de ninguna manera el papel o la responsabilidad de los médicos en la evaluación de una vida como 'cumplida'. Sin embargo, considera que el gobierno debería impulsar la investigación sobre la naturaleza y alcance de este tema. (5)

El documento publicado por el KNMG explica también que la Ley de Eutanasia toma en consideración los ciudadanos mayores y vulnerables que desean morir y sufren de las polipatologías características de esas edades. El KNMG cree que la vulnerabilidad - que implica pérdida de funciones, soledad y pérdida de autonomía - debe formar parte de los criterios considerados por los médicos a la hora de evaluar las solicitudes de eutanasia. Sin embargo, cuando se habla de la terminación de la vida, el sufrimiento debe tener siempre una causa médica, y antes de tomar una decisión, el primer deber del médico es estudiar si existen otras opciones (consultando a otros expertos si fuese necesario). Tales situaciones complejas exigen un enfoque particularmente cauteloso.

En su documento de 2011, el KNMG señala que hay otros métodos disponibles para los ciudadanos y pacientes que deseen poner fin a sus vidas, como negarse a comer o beber. También señala los peligros de la estigmatización de la vejez y el hecho de que en muchos casos existen mejores formas que la eutanasia para ayudar a las personas.

1.3 "Comunicación fluida con el paciente sobre la eutanasia"

El estudio titulado "Comunicación con el paciente sobre la eutanasia" [*Helder communiceren rond euthanasie met de patiënt*] publicado conjuntamente por el KNMG, la Asociación Holandesa de Médicos Especialistas, la Asociación Nacional de Médicos Generalistas (LHV), Verenso-Asociación de Médicos Especialistas en Geriátrica y el Colegio Holandés de Médicos Generalistas (NHG) puso de manifiesto que los médicos ven la eutanasia como un aspecto importante de su trabajo, pero también como una carga. (6) Si bien es cierto que la eutanasia es un acto cargado de emoción que requiere mucho tiempo y energía (se habla de 'montaña rusa emocional'), si se

Reflexiones del Real Colegio de Médicos Holandés (KNMG) en torno a la "Respuesta y Posición del Gobierno sobre la Vida Cumplida"

realiza con cuidado y atención puede ser muy gratificante: *"Es una experiencia intensa pero satisfactoria". "Una eutanasia cuidadosamente realizada que responde adecuadamente a la situación del paciente provoca un sentimiento de haber actuado de manera correcta con el paciente"*.

Cuanto menor es el sufrimiento padecido por el paciente, mayor es la carga emocional del médico al practicar la eutanasia. Es la razón por la cual los médicos dudan a la hora de acceder a practicar la eutanasia en los casos de polipatologías relacionadas con la vejez.

Según el estudio, hoy en día un mayor número de pacientes cree que tienen derecho a la eutanasia, lo que, a veces, obstaculiza la comunicación. Los pacientes tienen a veces ideas equivocadas con respecto a los límites de la eutanasia. Los médicos se ven presionados por los pacientes o sus seres queridos para llevar a cabo la eutanasia, y esta presión ha crecido en los últimos años. Muchos médicos están convencidos de que evaluar correctamente y llevar a cabo una solicitud de eutanasia forma parte de su responsabilidad profesional. Sin embargo, quieren también que se reconozca que la eutanasia conlleva una carga emocional muy alta para ellos, y que los pacientes y la sociedad se den cuenta de que tienen el deber de realizar este acto según los protocolos y procedimientos legales establecidos. (6)

1.4 Comisión de expertos

En julio del 2014, los Ministros de Salud, Bienestar & Deporte y de Seguridad & Justicia crearon la Comisión de Expertos sobre el suicidio asistido para las personas que consideran su vida cumplida (en adelante: Comisión Schnabel).

El 4 de febrero 2014, la Comisión Schnabel publicó el informe titulado "Vida cumplida: suicidio asistido para las personas que consideran su 'vida cumplida" [*Voltooid leven. Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten*]. Indicamos a continuación algunas conclusiones importantes del informe:

- La ley de eutanasia es eficaz y está cumpliendo su propósito. La actual práctica de la eutanasia es cuidadosa, transparente y verificable y goza de un amplio apoyo.
- La Comisión no ve motivos para modificar la Ley de Eutanasia. La mayoría de las personas que consideran su 'vida cumplida' tienen también problemas de origen médico, lo que significa que pueden acceder a la eutanasia al amparo de la ley existente. El número de personas que padecen sufrimiento vital y tienen un deseo razonado de morir sin padecer ningún sufrimiento por una causa médica es muy pequeño.
- Por razones de seguridad, competencia profesional y control, la Comisión no ve necesario extender la Ley de Eutanasia para incluir los casos sin justificaciones médicas. Las cuestiones relativas a la terminación de la vida exigen el máximo cuidado, razón por la cual un médico siempre debe estar implicado en el proceso.

Reflexiones del Real Colegio de Médicos Holandés (KNMG) en torno a la “Respuesta y Posición del Gobierno sobre la Vida Cumplida”

- La Comisión también considera que en los casos complejos como los de 'vida cumplida' se debería aumentar las precauciones (por ejemplo con una consulta adicional), y no recurrir a procedimientos 'simplificados'.
- La Comisión considera que la sociedad tiene una visión demasiado positiva del concepto de 'vida cumplida'. En realidad, este concepto se aplica a menudo a personas muy vulnerables y dependientes de la ayuda de otros.
- Dado que se trata literalmente una cuestión de vida y muerte, es imprescindible que un médico evalúe si se han respetado los criterios y procedimientos definidos en la Ley.
- La Comisión también señala el peligro de estigmatización de la vejez: las personas mayores son un grupo social vulnerable, que potencialmente podría sentirse presionado para hacer uso de una extensión de la Ley de Eutanasia. La percepción negativa de la vejez existente en la sociedad podría salir reforzada por este marco legal adicional, e influenciar a los ciudadanos empujándoles a considerar la opción del suicidio asistido como deseable. Esto significa que los ciudadanos también podrían ser 'animados' – conscientemente o no – por sus allegados a considerar seriamente esa opción.
- Por último, la Comisión concluye que la consciencia del alcance de la Ley de Eutanasia es mejorable tanto entre los médicos como en el público en general.

Las recomendaciones de la Comisión Schnabel están en desacuerdo con la 'Iniciativa Ciudadana para el Derecho a Decidir Libremente', que proponía lo contrario, es decir la redacción de una segunda Ley además de la Ley de Eutanasia para regular el suicidio asistido en los casos de 'vida cumplida'.

Las recomendaciones de la Comisión Schnabel coinciden con el documento elaborado anteriormente por el KNMG titulado: 'El papel del médico en la interrupción voluntaria de la vida'. (7)

1.5 Respuesta y Posición del Gobierno respecto a los casos de 'Vida cumplida'

El 12 de octubre del 2016, el gobierno publicó una carta al parlamento titulada: “Respuesta y Posición del Gobierno respecto a los casos de ‘Vida cumplida’”(2), en la que rechaza las recomendaciones de la Comisión Schnabel. El gobierno propone la adopción de una segunda Ley, complementaria a la actual Ley de Eutanasia, que despenalice el suicidio asistido en caso de 'vida cumplida'. Para garantizar que esta prestación se realice legalmente, el gobierno propone la creación de una formación especializada para 'profesionales del suicidio asistido'. Estas personas no necesitarían ser médicos, sino que deberían haber completado un 'curso especial además de sus estudios en el ámbito sanitario'. Antes de acceder a realizar el suicidio asistido, el caso debería ser evaluado por un experto independiente, y comités especiales realizarían un control posterior. Además, cualquier solicitud debería ser formulada libremente por una persona competente, de manera reiterada, voluntaria y razonada. La naturaleza insoportable e incurable del sufrimiento deberá fundamentar la decisión de morir del paciente, y se definirán criterios objetivos de evaluación (pendientes de desarrollo). El

Reflexiones del Real Colegio de Médicos Holandés (KNMG) en torno a la “Respuesta y Posición del Gobierno sobre la Vida Cumplida”

gobierno también desea establecer un límite de edad mínimo para el suicidio asistido (pero no fijar ningún límite superior).

La propuesta del gobierno se parece a la Ley de Eutanasia, excepto en los siguientes puntos: la ayuda puede ser proporcionada por personas que no sean médicos, el sufrimiento no necesita tener una base médica, y sólo los mayores reúnen los requisitos para dicha asistencia. La carta del gobierno no responde a la cuestión de los posibles problemas planteados por la coexistencia de las dos leyes.

2 Respuestas a la Carta del Gobierno

Esta sección ofrece una visión general de las respuestas que aparecieron poco después de la publicación de la posición del gobierno en octubre de 2016.

2.1. Verenso- Asociación de Médicos especialistas en Geriátría

La presidenta expresó la opinión de la asociación en varios medios de comunicación, tales como las noticias de *Nieuwsuur* y la publicación semanal *Medisch Contact* (8).

Declaró no comprender la decisión del gobierno de ignorar las recomendaciones de la Comisión Schnabel y criticó su falta de amplitud de mira. Formuló además serias dudas respecto a los criterios de "vida cumplida" todavía por definir.

Cuestionó también el mensaje que la sociedad está enviando a los ancianos a través de esta propuesta.

2.2 Asociación Holandesa de Psiquiatría

El presidente de la Asociación holandesa de Psiquiatría (*Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, NVvP*) respondió en el diario *Trouw*. (9) Calificó de problemático que la Ley esté destinada a ciudadanos de edad avanzada que no padezcan ninguna afección médica: en estos casos, convendría asegurarse de la ausencia de toda afección médica (de una depresión tratable, por ejemplo) y esta tarea correspondería a un psiquiatra. Sin embargo, un veredicto de 'no depresión' extendido por un psiquiatra es esencialmente un juicio de valor sobre en qué medida la vida de una persona esté "cumplida". La mayoría de los psiquiatras no cooperarían en este tipo de procedimiento.

2.3 Asociación Holandesa de Psicólogos

En respuesta a la propuesta del gobierno, la división de Psicología Geriátrica de la Asociación Holandesa de Psicólogos NIP (*Nederlands Instituut voor Psychologen, NIP*) formuló una lista de puntos clave relacionados con los cuidados a las personas mayores que expresen un deseo persistente de morir. (10) Afirman que, desde una perspectiva psicológica, no hay ninguna diferencia fundamental entre los grupos de edad en lo que se refiere al deseo de morir; la propuesta del Gobierno sin embargo traza esta distinción.

Considera necesario un mayor conocimiento y más investigación en relación con los problemas planteados por la asistencia a los ancianos que expresen un deseo de morir prolongado en el tiempo. Los factores psicológicos que contribuyen al deseo de morir no son discutidos en la propuesta del gobierno, a pesar de la necesidad de atención profesional a este respecto. Generar una imagen más positiva de la vejez sería mucho más importante. El debate que rodea a los ancianos y el suicidio asistido influye en la percepción pública de la etapa final de la vida.

La propuesta del gobierno se centra exclusivamente en la evaluación, a pesar de que la atención profesional es igual de importante.

Reflexiones del Real Colegio de Médicos Holandés (KNMG) en torno a la “Respuesta y Posición del Gobierno sobre la Vida Cumplida”

Los psicólogos están, por supuesto, disponibles para proporcionar tales cuidados, pero no si el foco está en la evaluación y si el resultado está predeterminado. La NIP reitera la afirmación de la Comisión Schnabel de que la práctica actual de la eutanasia ofrece una cobertura suficiente, pero que se puede aplicar mejor, por ejemplo incrementando la participación en el proceso de grupos profesionales distintos a los médicos (por ejemplo, los psicólogos). La NIP recela de los estereotipos sobre la vejez.

2.4 Asociación Holandesa de Pacientes

La Asociación Holandesa de Pacientes (*Nederlandse Patiëntenvereniging, NPV*) está decepcionada e indignada tanto por el procedimiento seguido como por el contenido de la propuesta (11). ¿Quién ha sido consultado en este proceso? Muchas entidades de la sociedad civil han sido cogidas por sorpresa. ¿Por qué razones se han ignorado las recomendaciones de la Comisión Schnabel y simplemente emitido una decisión ‘fácil y populista’?

Aunque la NPV critique la actual Ley de Eutanasia, no obstante entiende la falta de deseo de la Comisión Schnabel de ampliarla o complementarla con una nueva legislación. Prestar ayuda a individuos autónomos para que finalicen sus vidas no debe interferir con el deber del Gobierno de proteger la vida. La propuesta del gobierno no está en la misma línea que las perspectivas cristiana o liberal a este respecto. La NPV también se pregunta si la perspectiva de una muerte forzada no amenaza a los ancianos. Esta nueva posibilidad legal ofrecida por el gobierno podría contribuir a fortalecer la idea de que el suicidio asistido es una solución adecuada al problema de la 'vida cumplida' que, en opinión de esta asociación, requiere una respuesta para volver a dar sentido a la vida en vez de facilitar su terminación. Esto se consigue a través de una asistencia que ayude a estas personas a vivir, y no a morir. No basta con proclamar que todas las personas importan hasta el final – hay que ayudarlas a sentirlo también.

2.5 La Unión de Asociaciones de Ciudadanos Mayores Católicos y Protestantes

La Unión de la Asociación Católica de Mayores (KBO) y la Asociación de Mayores Cristianos Protestantes (PCOB) cree que la propuesta de regular el suicidio asistido para los mayores que consideran sus vidas cumplidas es innecesaria y no deseable.(12) Estas organizaciones ponen en cuestión la representatividad del grupo definido por el gobierno (es decir, personas convencidas, ciudadanos mayores que saben lo que quieren y desean el derecho legal de poner fin a sus vidas). El director de KBO-PCOB cree que muchos de los ancianos que reclaman esta legislación aún no tienen un deseo activo de morir; están buscando seguridad, una garantía de que el suicidio asistido será un día una opción accesible para ellos. Otros ciudadanos mayores están solos y aislados, y buscan restablecer una conexión con la vida. Los miembros de las organizaciones afirman que la expresión del deseo de morir está lejos de estar siempre acompañada por el deseo de una muerte programada. En una persona mayor, el deseo de morir puede ser temporal, dependiente del contexto o debido a una combinación de sentimientos como la soledad, la sensación de inutilidad y la impotencia.

KBO-PCOB duda de que la propuesta del gobierno sea la manera correcta de abordar este problema.

Reflexiones del Real Colegio de Médicos Holandés (KNMG) en torno a la "Respuesta y Posición del Gobierno sobre la Vida Cumplida"

La sociedad también necesita tomar consciencia de la imagen de la última etapa de la vida que la propuesta proyecta, tanto para los ancianos como para las generaciones más jóvenes.

2.6 Derecho a morir (NVVE)

La Sociedad Holandesa Derecho a Morir (*Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde, NVVE*) está de acuerdo con el gobierno, y encuentra necesaria una nueva legislación que garantice a la vez control, transparencia y un protocolo claro. "Después de 25 años de discusión, finalmente aparece una esperanza para las personas que padecen un sufrimiento sin causa médica y expresan un deseo razonado de morir." (13) En 2016, la NVVE y la Universidad de Estudios Humanísticos iniciaron un programa de estudio para formar a personas como 'profesionales del suicidio asistido'. La NVVE habla en nombre de los ancianos que padecen de sufrimiento vital y que no pueden acceder a la eutanasia, y fundamenta su posición en el análisis de los informes elaborados por su centro de estudios. (14)

2.7 D66 Proyecto de ley "Vida cumplida"

El 18 de diciembre de 2016, el partido político holandés D66 presentó su proyecto de ley de 'Muerte Digna' (*Waardig Levenseinde*), (15) cuyo objetivo era facilitar el acceso a la asistencia de un "consultor de fin de vida" (*levenseindebegeleider*) a las personas mayores que consideraban su vida como "cumplida". Esta propuesta tiene tanto similitudes como diferencias con la Ley de Eutanasia y la Carta del Gobierno. El "profesional del suicidio asistido" de la propuesta del gobierno se ha convertido en un "consultor de fin de vida" en la ley de D66. Una diferencia clave con la actual Ley de Eutanasia es la ausencia del criterio de "sufrimiento insoportable e imposible de aliviar". Mientras que el gobierno no especifica ningún límite de edad, la propuesta de D66 establece el límite en 75 años. En cuanto a las «alternativas razonables», la propuesta establece que la parte solicitante y el consultor deben concluir juntos que cualquiera de las alternativas disponibles es "indeseable". A diferencia de lo que ocurre en la actual Ley de Eutanasia, D66 establece que la solicitud debe ser "persistente" y prescribe un período de espera de dos meses entre la solicitud y su realización. La propuesta de D66 permitiría que el suicidio asistido fuese llevado a cabo por alguien que no fuese médico, mientras que la Ley de Eutanasia estipula que sólo un médico puede hacerlo. D66 sugiere que podrían ser enfermeras, psicoterapeutas y psicólogos clínicos.

Las similitudes con la Ley de Eutanasia incluyen el requisito de que un segundo consultor independiente evalúe el caso en la fase previa a la eutanasia, así como una revisión posterior de todo el proceso por los comités de revisión. El proyecto de ley también indica que el "consultor de fin de vida" debe estar presente cuando se lleve a cabo el suicidio asistido. No se da al paciente acceso a los medicamentos letales.

El KNMG ve el proyecto de ley de D66 como una versión más detallada y madura pero similar a la propuesta gubernamental, y formuló sus preguntas al promotor de esta propuesta en un documento aparte. (16) Analizamos la propuesta del gobierno a continuación.

3 Conclusiones y temas de debate

Los argumentos empleados por el KNMG para responder a la propuesta del gobierno se basan en varias fuentes, incluyendo literatura y documentos elaborados por el propio KNMG anteriormente (ver introducción).

En sus consultas, los médicos se enfrentan a sentimientos de pérdida de sentido de la vida entre los ancianos, lo que provoca que este problema social sea también relevante para ellos. La Carta del Gobierno al Parlamento resultó ser la ocasión idónea para lanzar una encuesta dirigida a los médicos, para que expresasen sus opiniones. En total, se invitó a participar a 3.071 médicos de los cuales 1.375 completaron el cuestionario digital (45%). De este número, el 43% eran médicos de cabecera, el 30% eran médicos especialistas, el 9% eran geriatras y el 18% ejercían otras especialidades médicas. El 55% de los encuestados eran varones y el 75% tenían 51 años o más. Esta media de edad es superior a la de los miembros de KNMG. Sin embargo, esta sobre-representación del grupo de edad superior no tiene consecuencias significativas para interpretar los resultados del cuestionario.

En el transcurso de su carrera, casi el 70% de los que respondieron había recibido una o más peticiones de eutanasia/suicidio asistido. Uno de cada tres médicos nunca había recibido tal solicitud, a menudo porque no era pertinente en el caso de su especialidad (22%). De los médicos que sí habían recibido tales peticiones más del 70% había practicado eutanasias o suicidios asistidos (8 veces de promedio), el 21% no había tenido ninguna experiencia práctica y el 8% eran objetores.

La encuesta reveló también que seis de cada diez médicos no aprobaban la propuesta del gobierno: el 62% no estaban de acuerdo en que las personas que padecen de sufrimiento vital pero sin una causa médica definida deban recibir asistencia profesional para morir. Las razones de fondo aducidas eran esencialmente la creencia de que se enviarían señales negativas a la sociedad sobre la última etapa de la vida (58%) y las dificultades a la hora de interpretar los requisitos de accesibilidad (56%).

Veinticuatro por ciento de los encuestados expresaron una opinión diferente y apoyaron la propuesta del gobierno. Sus principales razones para hacerlo residen en la creencia de que puede existir un sufrimiento insoportable e incurable sin una causa médica (70%) y que las nuevas disposiciones legales darían a las personas un mayor control sobre sus vidas (63%). Por último, el 14% de los médicos dijo no tener ninguna opinión sobre la propuesta del Gobierno.

Además de sus respuestas a las preguntas cerradas, los participantes también dejaron muchos comentarios en los campos abiertos, demostrando así tanto su nivel de compromiso como sus preocupaciones:

- "Esto me hace reflexionar."
- "¡Pensamientos absurdos en este debate de la "vida cumplida!"

Reflexiones del Real Colegio de Médicos Holandés (KNMG) en torno a la "Respuesta y Posición del Gobierno sobre la Vida Cumplida"

- "¡La Ley de Eutanasia funciona bien! Ya ofrece un ámbito de aplicación suficiente. ¿Realmente necesitamos explicarlo todo con tanto detalle/ingeniería social?"
- "¿Ampliar la legislación vigente? Sí. ¿Una segunda 'vía'? No."
- "Es bueno que haya un debate social sobre este tema".
- "Deberíamos realmente examinar nuestras actitudes y nuestra aproximación al envejecimiento: ¿cómo podrían las personas seguir formando parte de sus comunidades a medida que su vitalidad disminuye?"

Estudiamos a continuación, uno por uno, los puntos planteados por el gobierno en su Carta al Parlamento titulada "Respuesta y Posición del Gobierno sobre la Vida Cumplida".

3.1 Ancianos con deseo real de morir

El gobierno cree que hay un grupo de personas que no cumplen los requisitos para recibir asistencia en el marco de la actual Ley de Eutanasia: personas con un deseo real y persistente de morir y la voluntad de terminar de forma activa con sus vidas debido a un sufrimiento sin ninguna causa médica, insoportable y sin alivio posible. Sin embargo, no precisa las características o la extensión de este grupo de ninguna manera. En su Carta, se refiere también a personas que "sufren de la pérdida de independencia y movilidad" y de "personas con procesos degenerativos y pérdida general de vitalidad". Estas descripciones sugieren que sí existe una base médica para el sufrimiento de estas personas, lo que en principio les permitiría recibir asistencia en virtud de la actual Ley de Eutanasia. Por lo tanto no está claro exactamente a qué personas se refiere el gobierno en su Carta, ni cuántas son.

A través de un estudio, el meta-análisis realizado por la Organización Holandesa para la Investigación y el Desarrollo de la Salud (ZonMw) titulado "Los Mayores y la Terminación Voluntaria de la Vida" (*Ouderen en het zelfgekozen levenseinde*) intentó identificar el número de personas de la tercera edad con deseo de poner fin a sus vidas. (17) El estudio distinguía entre varios grupos con o sin deseo real de morir, desde personas con una afección seria médicamente clasificable, hasta personas sin esa afección. El análisis llegó a la conclusión de que no existía (todavía) ninguna investigación disponible dirigida específicamente a determinar cuántos ancianos tienen el deseo de morir sin padecer una situación/afección médicamente clasificable. (17) Sin embargo, una investigación anterior de Rurup y otros colegas ha demostrado que alrededor del 3% de las personas mayores presentan un deseo real de morir o un deseo debilitado de seguir viviendo, (18) aunque se desconoce cuántos de estos casos cuentan con una afección médica que les permitiría acceder a la eutanasia en el marco de la Ley actual. También se desconoce cuántas personas con deseo de morir, o un deseo debilitado de seguir viviendo, desean realmente poner fin a sus vidas de forma activa - éstas son dos cuestiones separadas, que a menudo no se tratan como tal en el debate: el grupo de personas que expresan que "no les importaría morir" no es el mismo que aquellos que tienen un deseo real y activo de poner fin a sus vidas.

La Comisión Schnabel también intentó evaluar el tamaño del grupo de los que consideran sus vidas 'cumplidas' y tienen un deseo real de poner fin a sus vidas, a

Reflexiones del Real Colegio de Médicos Holandés (KNMG) en torno a la "Respuesta y Posición del Gobierno sobre la Vida Cumplida"

pesar de no padecer de ninguna afección médica. Concluyó que el grupo es probablemente "muy pequeño". La mayoría de los ancianos, por ejemplo, han experimentado pérdidas complejas en varios niveles (físico, mental, cognitivo, psicosocial y/o existencial), lo que les convierte prácticamente a todos ellos en candidatos para recibir asistencia en virtud de la Ley de Eutanasia vigente (1).

Cuatro de cada diez encuestados que habían recibido una solicitud de eutanasia manifestaron que en algunos casos, las habían formulado pacientes que consideraban sus 'vidas cumplidas' sin ningún tipo de afección médica subyacente como causa de la solicitud.

Por otro lado, los médicos que participaron en las reuniones de distrito organizadas por el KNMG sostuvieron que habían recibido muy raras veces solicitudes de este tipo. Esta última observación coincide con las conclusiones de los grupos de trabajo de médicos del SCEN de la Comisión Schnabel. (19) El hecho de que los médicos encuestados recibieran tales solicitudes motivó la realización de investigaciones adicionales, ya que los resultados del cuestionario no aclaraban las características de los "pacientes que consideran sus 'vidas cumplidas' y sienten deseo de morir" mencionados por estos médicos. ¿Eran pacientes que también estaban experimentando afecciones complejas en la última etapa de sus vidas, lo que les permitiría acceder a la eutanasia en el marco de la actual Ley de Eutanasia? Y ¿deseaban realmente morir?

Según el KNMG y dados los resultados de la encuesta, el grupo de personas afectadas (personas con un deseo real y razonado de morir, decididas a poner fin a sus vidas y con sufrimiento, pero sin causa médica) es probablemente extremadamente pequeño. Por tanto, KNMG considera que no es aconsejable crear un marco legal específico para este grupo, dado las posibles consecuencias que acarrearía, sin conocer previamente el tamaño del grupo, la naturaleza de los problemas con los que están lidiando, y las alternativas que se les pueden ofrecer. Por todas estas razones, se recomienda expresamente seguir investigando.

3.2 Vida cumplida

El gobierno no consigue explicar claramente el significado de la expresión 'vida cumplida'. En la Carta se refiere a "personas cuya vida ya no tiene sentido y que ven el hecho de seguir viviendo como una carga (muy pesada)." También menciona personas "para quienes la vida se ha vuelto insoportable ". El problema real no se aclara en la Carta: ¿reside en la falta de sentido de la vida o en lo insoportable del sufrimiento?

El KNMG cree que, como término, 'vida cumplida' no es adecuado para describir el problema, en parte porque contiene un juicio de valor intrínseco. En opinión del KNMG, la única preocupación debería ser el elemento central subyacente al deseo de morir: el sufrimiento. La sugerencia de que el sufrimiento sólo puede surgir cuando la vida está 'cumplida' no refleja con precisión la compleja cuestión de las personas mayores que padecen sufrimiento vital. Es la razón por la cual el KNMG prefiere el

Reflexiones del Real Colegio de Médicos Holandés (KNMG) en torno a la "Respuesta y Posición del Gobierno sobre la Vida Cumplida"

término «sufrimiento vital», para dejar claro que el sufrimiento es el aspecto central del problema (3), y también para mantener abierta la posibilidad de que el sufrimiento tenga una causa distinta a la de una vida «cumplida». Los médicos tienen la responsabilidad de explorar el sufrimiento padecido por pacientes que expresan un serio deseo de morir, incluso si la causa es puramente existencial en su naturaleza. Ya en 2011, en el documento titulado "El papel del médico en la finalización voluntaria de la vida" [*De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde*], el KNMG declaró que es difícil imaginar que los médicos no participen en los casos de personas con deseo de morir, incluso si el deseo se basa en el principio de "vida cumplida". (5)

Sin embargo, el KNMG no cree que sea de la incumbencia de los médicos juzgar si una vida está realmente cumplida; este es un juicio personal que sólo puede ser formulado por el propio individuo. La naturaleza personal e individual de esta decisión plantea la cuestión de si es posible crear un sistema, como propone el gobierno, que proporcione suficiente transparencia, posibilidades de verificación y procedimientos claros.

3.3 Naturaleza del sufrimiento

En su Carta, el gobierno propone crear una opción adicional para las personas que desean morir pero que no sufren por ninguna causa médica. Resulta extraño que el gobierno tenga la intención de crear una legislación específicamente aplicable a situaciones particularmente complejas en las que se aconseja a los médicos actuar con una extrema cautela (de acuerdo con el código disciplinario y otras leyes, así como con las recomendaciones de los Comités Regionales de Revisión de la Eutanasia y los actuales estándares profesionales).

También es difícil justificar por qué se debe aplicar un marco de análisis y valoración menos riguroso a la cuestión tan compleja de la 'vida cumplida' que a los casos menos complejos que implican principalmente el sufrimiento basado en una causa médica. Esto desembocaría en la situación indeseable de un marco de evaluación «severo» aplicable a los casos con una base predominantemente médica y de una evaluación «indulgente» para el escenario más complejo de 'vida cumplida'.

La Ley de Eutanasia actual exige que los médicos estén convencidos de que el sufrimiento del paciente es a la vez insoportable e incurable. El sufrimiento debe ser de naturaleza médica, pero no necesariamente grave, incurable o terminal. En el documento que explica la posición del KNMG, las condiciones agravadas relacionadas con la edad (como la pérdida de capacidad funcional) también pueden constituir una justificación para la eutanasia o el suicidio asistido (5), y los problemas no médicos también pueden jugar un papel en el proceso de toma de decisión. En consecuencia, la Ley de Eutanasia y el marco asociado de normas tienen un alcance mayor del que muchos médicos y ciudadanos perciben.

Nueve de cada diez médicos afirman **conocer perfectamente** la posición de KNMG a este respecto. Los encuestados están divididos cuando se trata de su voluntad real de

Reflexiones del Real Colegio de Médicos Holandés (KNMG) en torno a la "Respuesta y Posición del Gobierno sobre la Vida Cumplida"

realizar la eutanasia, o de facilitar el suicidio asistido, en el caso de un paciente cuya situación sea complicada por circunstancias asociadas a la edad. Alrededor de la mitad de los encuestados indican una disposición (o una probable disposición) para realizar la eutanasia o facilitar el suicidio asistido a un paciente con una combinación de condiciones médicas y no médicas, y el 18% no está seguro. El 20% dijo que probablemente no lo haría, y el 15% dijo que definitivamente no se sentía preparado para practicar la eutanasia.

Los médicos que dijeron que estaban probable o seguramente dispuestos a practicar la eutanasia o facilitar el suicidio asistido a pacientes con problemas médicos y no médicos, lo harían por las siguientes razones (múltiples respuestas posibles): porque la combinación de condiciones puede dar lugar a un sufrimiento insoportable (83%); porque el sufrimiento es comprensible (63%); y por respeto a la autonomía del paciente (48%). Los médicos con experiencia de eutanasia que probable o seguramente están dispuestos a practicarla citan el sufrimiento como motivación fundamental ("la combinación de condiciones puede dar lugar a un sufrimiento insoportable" y "su sufrimiento es comprensible"). Por otra parte, los especialistas a quienes no se les pide que realicen la eutanasia se centran más en la voluntad de los pacientes ("respeto a la autonomía del paciente" y "dar a las personas el control sobre el final de sus propias vidas").

Las razones dadas por los médicos que dicen que probable o definitivamente no quieren acceder a la eutanasia incluyen (varias respuestas posibles): el riesgo de 'pendiente resbaladiza' (69%); porque a menudo piensan que hay otras formas de aliviar el sufrimiento (52%); porque sólo lo harían en casos terminales (21%); porque los casos son a menudo demasiado complejos (17%); y finalmente porque piensan que sólo los problemas médicos deben contribuir a la decisión (16%).

En comparación con aquellos que no tienen que intervenir en procesos de eutanasia debido a su especialidad, los médicos con experiencia en este ámbito están más dispuestos a acceder a la eutanasia/el suicidio asistido en casos de agravamiento de las condiciones relacionadas con la edad. El grupo que expresa su falta de voluntad para realizar la eutanasia está principalmente constituido por los médicos que no tienen experiencia previa con la eutanasia (62%).

Esto explica en parte la cifra del 35% de los médicos que no están dispuestos a proporcionar la eutanasia/suicidio asistido en casos que presenten a la vez problemas médicos y no médicos.

El KNMG continuará invirtiendo tanto en actividades informativas como de formación.

Ya se ha demostrado que los médicos son reacios a realizar eutanasias en los casos en que el sufrimiento somático (médico) no es el principal problema, por ejemplo cuando intervienen complicaciones relacionadas con la edad. (6) Estas situaciones, implican a menudo una mezcla de problemas médicos y no médicos tales como la soledad, la vulnerabilidad, el duelo, la dependencia y la pérdida de sentido de la vida. Los problemas psiquiátricos, las pérdidas recientes y la creciente dependencia también pueden influir en el deseo de una persona de morir. Estos aspectos han sido citados

Reflexiones del Real Colegio de Médicos Holandés (KNMG) en torno a la "Respuesta y Posición del Gobierno sobre la Vida Cumplida"

múltiples veces por los médicos durante las reuniones de distrito organizadas por el KNMG, y se encuentran en la investigación realizada por la Comisión Schnabel.

En situaciones tan complejas, es extraordinariamente difícil para los médicos establecer si el sufrimiento es insoportable o incurable y si existen alternativas razonables. Desde una perspectiva exclusivamente médica, el KNMG cree que es importante que los médicos en estas situaciones se centren en proporcionar ayuda eficaz y apoyo, y consideren recurrir a la eutanasia únicamente después de haber agotado todas las demás opciones.

Con la legislación propuesta por el gobierno, la dificultad representada por el deseo de morir entre los que padecen sufrimiento vital será la misma que con la actual Ley de Eutanasia. Esto plantea la cuestión de si los «profesionales del suicidio asistido» en tales situaciones podrán llegar a una evaluación diferente de la que hacen actualmente sus colegas médicos en cuanto a la imposibilidad de aliviar el sufrimiento, al carácter razonado de la solicitud y a la existencia de alternativas razonables de tratamiento.

3.4 Profesionales del Suicidio Asistido

El gobierno ha propuesto la participación de "profesionales del suicidio asistido" especialmente formados para tratar los casos de deseo de morir por motivo de "vida cumplida". Para ello, propone la creación de un nuevo grupo de profesionales experimentados para tratar los problemas de carácter existencial y psicosocial, y también cuidar de los pacientes que se encuentran en las etapas finales de sus vidas. La propuesta sugiere que enfermeras, psicólogos y médicos podrían desempeñar este papel. Tendrían que realizar un curso complementario de formación.

El KNMG cree que esta formación especial para profesionales del suicidio asistido conlleva riesgos. Las propias directrices de salud estipulan que los ciudadanos y los pacientes deben recibir una ayuda eficaz para responder a sus problemas, no que se les guíe hacia una conclusión inevitable. Los propios médicos hacen más que seguir paso a paso los procedimientos detallados para la eutanasia. Atender a una persona que expresa un deseo persistente de morir puede requerir también otros tipos de ayuda que no sean el suicidio asistido. El riesgo de formar específicamente a profesionales del suicidio asistido es el de favorecer una visión unilateral, susceptible de eclipsar las alternativas o de provocar que posibles mejoras en la calidad de vida se puedan ignorar.

El gobierno menciona un "curso complementario a los estudios médicos" sin más especificaciones. Este redacción deja mucho espacio para la interpretación. Los objetivos, deberes y responsabilidades asociadas de un profesional de la atención en estas situaciones deben establecerse de manera detallada, y también el programa de formación asociado. Al mencionar primero médicos, enfermeras y psicólogos (entre otros) y luego prescribir un curso complementario a los estudios médicos, no queda claro qué cualificaciones deben adquirir estos profesionales, según el Gobierno. Tampoco está claro por qué los médicos tendrían que seguir un "curso

Reflexiones del Real Colegio de Médicos Holandés (KNMG) en torno a la "Respuesta y Posición del Gobierno sobre la Vida Cumplida"

complementario" cuando actualmente ya ayudan a los que están en las etapas finales de sus vidas y pueden realizar legalmente la eutanasia.

La mayoría de los encuestados no está a favor de la introducción de la figura del "profesional del suicidio asistido". El 52% no está de acuerdo con la propuesta de que "debería haber profesionales a los que se les permita proporcionar suicidio asistido, además de los médicos". El 29% de los encuestados sí está a favor de la propuesta.

La Carta del Gobierno evoca brevemente el papel de tales profesionales en la etapa de evaluación inicial, pero no menciona su participación en la realización del suicidio asistido. No queda claro si el profesional debe desempeñar algún papel (y si es así, cuál) en la realización del mismo.

Los médicos son citados como un ejemplo de los que podrían ser elegibles para el papel de profesionales del suicidio asistido. En la práctica actual, la prestación de cuidados durante las etapas finales de la vida es, de hecho, una de las tareas que los médicos llevan a cabo. El suicidio asistido puede ser el final de tales cuidados, pero no debe ser el objetivo desde el principio.

3.5 Implicación del medico

El gobierno cree que el fundamento del deseo de morir entre las personas que consideran sus vidas "cumplidas" es diferente del de aquellos cuyo deseo se basa en una razón médica. Según él, ningún médico debe estar involucrado en la evaluación del deseo de morir entre las personas del primer grupo.

La distinción entre estos dos grupos, sin embargo, sólo se puede hacer después de una exploración de la naturaleza de las quejas del paciente - una evaluación que el KNMG cree que sólo puede hacer un médico. En efecto, es primordial excluir la posibilidad de que el deseo pueda estar condicionado por una reducción de la competencia decisional, el inicio de demencia, un trastorno psiquiátrico tratable u otros condicionantes médicos, por citar algunos ejemplos. La evaluación del deseo de morir requiere siempre la intervención de un médico.

Los encuestados están de acuerdo: el 70% cree que un médico siempre debe estar involucrado en la evaluación de una solicitud de suicidio asistido debido a un sufrimiento insoportable bajo el principio de "vida cumplida".

Al mismo tiempo, el papel del médico no puede limitarse sólo a evaluar el deseo de morir y determinar la base médica del sufrimiento. En tales situaciones, los médicos pueden llegar a la conclusión de que los requisitos de la Ley de Eutanasia no se cumplen debido a la falta de una causa médica para el sufrimiento. Sin embargo, en estos casos, los pacientes tendrían acceso a la legislación propuesta por el Gobierno, que no requiere ningún fundamento médico para el sufrimiento, planteando la cuestión de por qué esa base médica todavía tendría que ser evaluada bajo la Ley de Eutanasia. La eliminación del criterio de base médica en el proyecto de ley del

Reflexiones del Real Colegio de Médicos Holandés (KNMG) en torno a la "Respuesta y Posición del Gobierno sobre la Vida Cumplida"

gobierno serviría esencialmente para socavar la actual Ley de Eutanasia, situación que el KNMG considera desaconsejable.

La Carta del Gobierno establece que, una vez que se ha determinado que la solicitud de suicidio asistido satisface los criterios establecidos, los medicamentos necesarios se proporcionarían a través de una farmacia.

Tal prescripción podría ser emitida por el "profesional de suicidio asistido", pero también por un médico, y la entrega real de los medicamentos podría estar limitada hasta poco antes de su uso previsto.

Sin embargo, a los médicos no se les puede pedir que escriban recetas sin haber participado en la evaluación del deseo de morir del paciente. Los médicos sólo pueden prescribir medicamentos cuando existe una indicación para hacerlo, o - en el caso de la interrupción voluntaria de la vida - si el propio médico ha determinado que se cumplen todos los criterios definidos por la ley. No se puede esperar que los médicos participen en la realización de la eutanasia en un paciente sin haber participado en la evaluación de la solicitud del paciente.

Las respuestas del cuestionario apoyan esta opinión: el 50% afirma que un médico siempre debe estar involucrado en la realización del suicidio asistido en casos de sufrimiento insoportable por razones de "vida cumplida".

Uno de los criterios de la actual Ley de Eutanasia establece que debe existir atención médica al realizar la eutanasia o el suicidio asistido. Entre otras cosas, esto significa que los médicos no pueden prescribir medicamentos letales para que los pacientes se los auto-administren; un médico tiene que estar presente cuando el paciente toma la droga, y debe permanecer con él hasta su fallecimiento. Una de las razones de estos requisitos es que un médico debe estar disponible para tomar medidas si el suicidio asistido falla debido a circunstancias imprevistas.¹

Como se indicó anteriormente, las respuestas de los médicos apoyan la necesidad de participación de un médico tanto en la evaluación como en la realización del suicidio asistido. Estos médicos también consideran que la participación de un médico no sólo es necesaria sino inevitable. El sesenta por ciento está de acuerdo con la propuesta de que es inevitable que los médicos desempeñen un papel en el suicidio asistido realizado por motivo de 'vida cumplida'. Las intervenciones mencionadas en este

1 En 2015, se llevaron a cabo 239 casos de suicidio asistido en el marco de la Ley de Eutanasia, y 5.277 casos de eutanasia (Informe Anual de los Comités Regionales de Revisión de la Eutanasia 2015). Entre estos 239, en 31 casos los médicos decidieron realizar finalmente una eutanasia. ¿Por qué lo hicieron? No está claro, pero demuestra que el suicidio asistido no funciona en el 100% de los casos en que se aplica. Esto significa que el suicidio asistido no puede ser puesto totalmente en manos de profesionales no médicos, y que un médico siempre debe estar disponible para poner fin a la vida de un paciente, en caso de que el suicidio asistido falle.

contexto incluyen: suministrar medicamentos, exclusión de las condiciones psiquiátricas subyacentes y vigilar el respeto a los procedimientos.

Los procedimientos definidos por la Ley determinan que un médico siempre debe participar tanto en la evaluación de un deseo persistente de morir como en el acto de realizar la eutanasia o el suicidio asistido. Sin embargo, el papel del médico no puede limitarse a conceder el acceso al suicidio asistido al amparo de la nueva legislación propuesta por el Gobierno. Esto queda fuera de las normas profesionales del sector.

3.6 Dos sistemas paralelos

Los planes del gobierno abren una segunda vía de acceso al suicidio asistido que coexistiría con la actual Ley de Eutanasia. Sin embargo, aún no está claro (ni legalmente ni desde otros puntos de vista) cómo podrán estas dos vías funcionar simultáneamente, ya que requerirán dos diferentes grupos de profesionales (médicos y profesionales del suicidio asistido) con criterios diferentes para valorar la insoportable e incurable naturaleza del sufrimiento y el consiguiente deseo de morir.

La existencia de dos sistemas paralelos permitiría, en principio, que un paciente a quien un médico haya denegado el acceso a la eutanasia (por cualquier motivo) recurra a un profesional del suicidio asistido para obtener una segunda valoración de su caso. La Carta del Gobierno no especifica si el profesional del suicidio asistido debe rechazar la petición en este caso únicamente por la existencia de una razón médica (situación 1), o si puede acceder a la petición sin valorar la causa médica del sufrimiento (situación 2).

En la primera situación (en la cual la petición es denegada), un paciente con un sufrimiento por una causa médica es tratado de forma diferente a otro cuyo sufrimiento no tiene dicha causa. La gente con dolencia de naturaleza médica estaría sujeta a un marco de valoración más riguroso (según la Ley de Eutanasia) que la gente cuyo sufrimiento no lo es (al amparo de la nueva propuesta legal). Independientemente del carácter discriminatorio de este procedimiento, esta diferencia de trato es difícil de justificar.

En el segundo supuesto (en el cual el profesional puede también proporcionar suicidio asistido a personas cuyo sufrimiento tiene causas médicas), el profesional tendrá que valorar también (al igual que el médico) si el sufrimiento del paciente es insoportable e irremediable. En este caso, sin embargo, el aspecto médico desempeña un papel menor, o incluso no interviene, al contrario del protocolo actual de eutanasia donde, además de existir sufrimiento, se exige que esté relacionado con una causa médica. Esto hace menos restrictivo el protocolo de suicidio asistido a través del profesional. Cabe preguntar luego por qué razón una persona con un sufrimiento de naturaleza médica decidiría acudir a un médico si existe un camino más fácil acudiendo a un profesional del suicidio asistido, al no tener que probar que su sufrimiento es total o parcialmente de naturaleza médica.

Reflexiones del Real Colegio de Médicos Holandés (KNMG) en torno a la “Respuesta y Posición del Gobierno sobre la Vida Cumplida”

Por lo anteriormente expuesto, la propuesta del gobierno de aprobar un segundo sistema paralelo socavaría la actual práctica de la eutanasia. Ciudadanos y pacientes elegirán la vía más fácil y no puede excluirse que los médicos también recomienden la segunda vía a sus pacientes.

Pero el objetivo de la actual Ley de Eutanasia no es sólo dar seguridad legal a médicos y pacientes cuando se concede una petición de eutanasia; también tiene el objetivo de protegerlos frente a factores como presiones externas o decisiones poco fundamentadas. Protocolos claros, seguridad legal y derecho a la protección son las piedras angulares de la actual legislación y práctica de la eutanasia.

El KNMG, basándose en las evaluaciones disponibles de la Ley de Eutanasia, cree que funciona con eficacia y es aplicada con profesionalidad por los médicos. El criterio abierto de “insostenible e incurable sufrimiento” que figura en la Ley de Eutanasia permite que la práctica se adapte a la evolución de la sociedad y de la profesión médica respecto a los motivos que llevan a los médicos a considerar el sufrimiento de un paciente como “insostenible e incurable”.

3.7 ¿Sano o enfermo?

El gobierno establece una distinción entre personas “sanas” que quieren poner fin a su vida basándose en el concepto de 'vida cumplida' y personas “enfermas” que quieren poner fin a su vida. La propuesta legislativa del gobierno está dirigida al primer grupo, mientras que la actual Ley de Eutanasia seguirá **siendo válida** para el segundo grupo, el de las personas “enfermas”.

Sin embargo, el KNMG cree que la distinción entre “sano” y “enfermo” es teórica y no refleja adecuadamente la realidad observada por los médicos. No siempre hay un límite claro entre “persona enferma” y “persona sana”; por otra parte, es la obligación del médico determinar el estado de la persona, basándose en sus conocimientos. Además, esta distinción surge de un concepto tradicional de enfermedad y salud que no es tan evidente. El gobierno adopta una definición de “salud” estricta y puramente médica, mientras que puntos de vista más modernos definen enfermedad y salud en términos más amplios. Una concepción de la enfermedad más amplia que la simple presencia de síntomas médicos anula instantáneamente la relevancia y la utilidad de la distinción perfilada por el gobierno.

Por ejemplo, la reciente opinión de Huber sobre salud positiva define salud como “la capacidad de adaptarse y controlar los desafíos físicos, emocionales y sociales de la vida”. (20) Esta definición de salud abarca también áreas como las del sentido y la calidad de la vida. Visto así, las personas con un persistente deseo de morir porque padecen sufrimiento vital (sin ninguna razón médica) pueden no estar sanas en absoluto, y pueden ser consideradas “enfermas” porque están desgastadas o incapaces de adaptarse a las modificaciones de sus circunstancias.

No se trata aquí de definir lo que es la salud. El KNMG, sin embargo, quiere mostrar que la distinción perfilada por el gobierno entre "sano" y "enfermo" no es tan evidente, no refleja la realidad observada por pacientes y doctores, no es aplicable en la práctica y está basada en una definición de enfermedad y salud extremadamente estrecha.

3.8. Límite de edad

El gobierno propone establecer una edad límite a partir de la cual se aplicaría la nueva legislación y sin embargo el texto no precisa cuál es este límite. El argumento del gobierno para imponer un límite de edad es que "el aumento del deseo de poner fin a la propia vida es más frecuente entre los ancianos". El motivo es, por lo tanto, puramente estadístico: el sentimiento de 'vida cumplida' se presenta de forma más frecuente entre los ancianos, pero no se da ninguna prueba empírica para apoyar esta afirmación.

Como ha sido señalado también por el Colegio Holandés de Psicólogos - NIP, la introducción de un límite de edad implica que el deseo de morir de una persona anciana será tratado de un modo fundamentalmente diferente que el mismo deseo experimentado por alguien más joven. En general, una persona joven que desea morir es etiquetada como "suicida", y el tratamiento se orienta a prevenir el suicidio, mejorar la calidad de vida y en el derecho individual a protección. La propuesta del Gobierno se centra únicamente en el derecho a la autonomía de los ancianos.

Sin embargo, desde un punto de vista médico, psicológico y moral, no hay razones por las que el deseo de morir de un anciano requiera un tratamiento diferente al adoptado en el caso de una persona más joven. Los ancianos, después de todo, también experimentan intenciones suicidas que pueden ser tratadas, y es posible a menudo mejorar su calidad de vida. A la inversa, personas que están por debajo del límite de edad pueden experimentar un deseo de morir debido al sentimiento de "vida cumplida".

El gobierno plantea que la naturaleza incurable del sufrimiento bajo el concepto de 'vida cumplida' puede ser establecida con criterios objetivos. Si esto es así, debería ser también posible utilizar criterios objetivos para determinar con precisión el tipo de sufrimiento entre los jóvenes. No hay ninguna razón por la cual los ancianos sean elegibles para el suicidio asistido y los jóvenes no. Un mayor predominio de este sentimiento entre los ancianos no significa, después de todo, que las personas de menor edad no puedan sentir sus vidas como "cumplidas", ni que el derecho a la autonomía sea menos válido para ellas que para los ancianos.

Si los sentimientos de 'vida cumplida' fueran constitutivos de una base legítima para el suicidio asistido, no hay ninguna razón para limitar esto al caso de los ancianos. El hecho de que estos sentimientos sean estadísticamente más comunes entre los mayores (hecho no demostrado a día de hoy) no justifica adecuadamente esta distinción. Un límite de edad de este tipo será también difícil de defender legalmente.

Reflexiones del Real Colegio de Médicos Holandés (KNMG) en torno a la "Respuesta y Posición del Gobierno sobre la Vida Cumplida"

La introducción de un límite de edad de esta clase envía, a las personas que sobrepasan esta edad, el mensaje de que sus vidas son menos merecedoras de protección que las de las personas por debajo de ese límite. Un mensaje así podría potencialmente aumentar los sentimientos de inutilidad entre los ancianos y hacer que se sientan inseguros, llevar a la estigmatización de la edad avanzada y favorecer la tendencia – bajo la presión de su círculo social posiblemente, o de cuidadores no profesionales sobrecargados de trabajo - a elegir la opción del suicidio asistido con el razonamiento según el cual "si la posibilidad existe, ¿por qué no hacerlo?" .

Esta posible estigmatización de la edad avanzada aparece en la encuesta como una de las razones clave del desacuerdo de los médicos con la propuesta del Gobierno.

Por estos motivos el KNMG ve problemático el límite de edad para la eutanasia o el suicidio asistido. Sería arbitrario, difícil de justificar, estigmatizador para los ancianos y muy probablemente indefendible legalmente.

3.9 - Evaluación de los ancianos

El propósito del gobierno es resolver el problema de las personas mayores que consideran sus vidas 'cumplidas'.

Sin embargo, ofrecer el suicidio asistido a las personas que consideran sus vidas 'cumplidas' es sólo una de las posibles soluciones que se les puede ofrecer para responder al problema. Cualquier solución adecuada requerirá en primer lugar y ante todo el establecimiento del origen del deseo de morir y del sentimiento de vida cumplida. ¿Por qué vivir representa un sufrimiento para estas personas, y cuáles son las razones que les llevan a considerar sus vidas cumplidas?

Los encuestados expresan de manera muy clara que la solución propuesta por el gobierno no es la adecuada frente al problema planteado: el 70% de los médicos piensa que la respuesta al problema de la 'vida cumplida' entre las personas mayores no puede ser el acceso al suicidio asistido. Además, la mayoría (77%) opina que el gobierno debería promover una mayor inversión en cuidados geriátricos más eficientes en vez de impulsar una nueva ley de eutanasia. Numerosos comentarios expresados en las preguntas abiertas y durante los encuentros regionales organizados por el KNMG, expresaron la necesidad de investigar otras soluciones.

Una investigación reciente de Van Wijngaarden muestra que los ciudadanos mayores que sienten su 'vida cumplida' se enfrentan a menudo a diversos problemas de naturaleza social y existencial. (21) Sienten soledad existencial: pierden progresivamente el contacto con los demás, y los contactos que les quedan son limitados. Sienten también que ya no son importantes para los demás. La pérdida de la capacidad para expresarse es otro aspecto del problema: estas personas ya no pueden expresarse como solían hacerlo. También se pueden sentir "cansados de la vida", en el sentido de que no se sienten capaces de encontrar la energía necesaria para combatir la soledad y la monotonía. Y finalmente sienten el miedo a la dependencia, es decir la

Reflexiones del Real Colegio de Médicos Holandés (KNMG) en torno a la "Respuesta y Posición del Gobierno sobre la Vida Cumplida"

incertidumbre en cuanto a su futuro, y sienten vergüenza frente a su degradación física. Esto se relaciona no sólo con la vergüenza y el miedo a perder el control sobre sus cuerpos, sino también con el miedo de que hijos, familia o cuidadores no les atiendan adecuadamente.

La misma investigación ha revelado también que en numerosos casos, el deseo de morir no proviene de una decisión puramente racional - al contrario, en la práctica el deseo demuestra ser un dilema permanente y un "intenso sentimiento de ambivalencia". Por un lado estas personas sienten que no quieren morir, pero por otro lado ven sus vidas como invivibles. Luchan con su deseo de morir y viven divididas entre este deseo y el de seguir viviendo. La muerte es vista como la única solución, aunque permanece el interrogante de si realmente es así. Por lo tanto el deseo de morir no es tan fuerte como se proclama. (21)

Según Van Wijngaarden, el sentimiento de 'vida cumplida' tiene sus raíces en la sensación de que uno es una carga para los demás. El deseo de morir está condicionado por la visión negativa que la sociedad tiene de la vejez. (21) La disponibilidad explícita de la opción del suicidio asistido a partir de cierta edad podría reforzar esas actitudes negativas.

Los cuidados a las personas ancianas han cambiado mucho en las últimas décadas. Las personas prefieren permanecer más tiempo en sus casas y las políticas sociales apoyan esta opción. Las medidas de austeridad han afectado los cuidados a las personas ancianas, y los asilos tradicionales han desaparecido. Los lazos sociales tradicionales también han desaparecido o se han transformado de manera significativa. El entorno social de los mayores y las opciones disponibles son muy diferentes de las que existían en el pasado, fruto en parte de estos cambios. El valor social de la vejez también ha disminuido. Todo esto provoca que las personas mayores sientan su vida sin sentido mucho más que en épocas anteriores.

La Comisión Schnabel estableció que a pesar de que el concepto de 'vida cumplida' haya adquirido una connotación positiva en el debate social, la mayoría de las personas involucradas son personas vulnerables que experimentan una falta de sentido de sus vidas y son dependientes de otros. El KNMG comparte este análisis.

El KNMG comparte la visión del gobierno de que la falta de sentido de la vida experimentada por las personas mayores es un problema social. Sin embargo, tratándose de un problema complejo y trágico, no se podrá resolver jamás de manera sencilla.

Profundizar en la investigación de los orígenes de estos sentimientos permitiría entender mejor en qué circunstancias surge el deseo de morir y ayudaría a encontrar soluciones alternativas a las propuestas actuales del Gobierno. Los médicos del Programa de Apoyo y Consulta sobre la Eutanasia (SCEN) del KNMG, ofrecieron las posibles alternativas siguientes en el estudio cualitativo encargado por la Comisión Schnabel:

Reflexiones del Real Colegio de Médicos Holandés (KNMG) en torno a la "Respuesta y Posición del Gobierno sobre la Vida Cumplida"

- Centrarse más en los "cuidados" que en la "curación";
- Informar mejor a las personas mayores y a la sociedad en general sobre los problemas de la edad avanzada y el final de la vida;
- Aceptar la pérdida de facultades en la vejez;
- Mejorar el conocimiento de los problemas de los ancianos;
- Mayor dedicación al cuidado de las personas ancianas por parte de los médicos;
- Mejorar los cuidados y el entorno de las personas mayores;
- Fomentar un mayor respeto hacia las personas mayores en la sociedad;
- Luchar contra la soledad de las personas mayores;
- Mejorar la planificación de los cuidados y de los cuidados paliativos.

El KNMG apoya estas propuestas, y en vez de proponer una nueva vía de acceso al suicidio asistido, recomienda profundizar en las posibles soluciones propuestas anteriormente para responder a los sentimientos de vacío existencial experimentados por los ancianos.

3.10 El derecho a la autonomía

El gobierno cree que la autonomía merece mayor atención en el debate sobre el final de la vida. Define la autonomía como la posibilidad de "ser el arquitecto de la propia vida, y poder elegir libremente las opciones que afectan a la persona".

Según el KNMG sin embargo, el derecho de los ciudadanos a la autonomía puede ser limitado (por la negación del acceso a drogas letales por ejemplo), en los casos en que el ejercicio de estos derechos pondría en peligro los derechos de otros. Finalmente, la tarea del gobierno no consiste únicamente en respetar (y, en cierta medida facilitar) el derecho de los ciudadanos a la autonomía, sino que tiene también que proteger a los grupos vulnerables. La propuesta legislativa del Gobierno podría poner en peligro lo último.

Queda en pie la cuestión de si la legislación propuesta por el gobierno alcanzará realmente el efecto deseado, ya que incluye un procedimiento que puede dar lugar a que las solicitudes de los ciudadanos sean denegadas. En esos casos la 'autonomía' deseada sería conculcada: en efecto, la propuesta del gobierno obliga a una evaluación por un profesional, lo que acarrea el riesgo de denegación del suicidio asistido.

Esto es la paradoja, en cuanto a autonomía se refiere. La autonomía es lo que permite que la persona sea el arquitecto de la propia vida. Sin embargo, en cuanto a

Reflexiones del Real Colegio de Médicos Holandés (KNMG) en torno a la "Respuesta y Posición del Gobierno sobre la Vida Cumplida"

responsabilidad de la decisión recaiga en otra persona y el procedimiento requiera una evaluación externa, los ciudadanos pueden encontrarse con que su solicitud de eutanasia sea denegada y en consecuencia, su autonomía limitada. Debido a las consideraciones sobre la protección de los ciudadanos, los cuidados debidos, la seguridad, la transparencia y la prevención de los abusos, una evaluación será siempre un paso necesario de los procedimientos legales regulados por el Gobierno, pero conllevará la posibilidad de la negación de la solicitud de eutanasia.

La encuesta revela que los médicos son conscientes de esta paradoja: 59% de los encuestados opina que los ciudadanos que consideran sus vidas 'cumplidas' no deberían tener que transferir la responsabilidad de su muerte a profesionales. Al mismo tiempo, el 76% está en desacuerdo con el hecho de que los ciudadanos puedan acceder a los medios para terminar sus vidas sin evaluación profesional.

Desde el punto de vista del derecho a la vida y la protección de la vida, la respuesta del Gobierno plantea cuestiones fundamentales. El hecho de que los médicos puedan responder positivamente a solicitudes de eutanasia en casos de sufrimiento insoportable e incurable por causa médica puede no contravenir al derecho a la vida, siempre que los protocolos y procedimientos definidos por la Ley se cumplan. Los profesionales en suicidio asistido (encargados de evaluar el sufrimiento en casos de 'vida cumplida') apoyarían sus decisiones en criterios diferentes centrados principalmente en la perspectiva de la persona que desea morir. Por lo tanto la propuesta del Gobierno sitúa en primer término el derecho del paciente a la autonomía, lo que entra en contradicción con su responsabilidad de proteger la vida.

3.11. Control de los ciudadanos sobre sus vidas

El gobierno plantea la siguiente pregunta: "¿Cómo hacer para respetar los deseos del grupo de personas a quien el hecho de vivir provoca un sufrimiento insoportable sin causa médica ni posibilidad de alivio, y darles más control sobre el final de sus vidas?" Esta pregunta da luego lugar a una exploración "de las opciones sociales y legales para que las personas que consideran su vida cumplida puedan acceder al suicidio asistido".

Sin embargo el hecho de que cada vez más gente quiera poder tener control sobre el final de su vida no significa que quieran en ese momento mismo acceder al suicidio asistido, tal como propone el gobierno. En numerosos casos, estas personas no sienten el deseo de poner término a su vida en este mismo momento, sino que necesitan sólo asegurarse de que podrán hacerlo en el futuro.

Según el KNMG, se puede responder de manera diferente a esta demanda creciente de mayor control y seguridad sobre el final de la vida. Los ciudadanos pueden responsabilizarse ellos mismos de su propia muerte y hacer efectivo su derecho a la autonomía, con métodos como dejar de tomar las medicaciones o negarse a comer y beber. En estos casos, los médicos tienen el deber de hablar con sus pacientes y ofrecer los cuidados médicos necesarios.

Reflexiones del Real Colegio de Médicos Holandés (KNMG) en torno a la “Respuesta y Posición del Gobierno sobre la Vida Cumplida”

Además, pocos holandeses hablan con sus allegados y cuidadores de sus preferencias en cuanto a tratamientos (incluso de su no aplicación o de su suspensión) en la etapa final de la vida. Tampoco suelen plasmar sus voluntades al respecto en un documento. Los deseos en cuanto a tratamientos al final de la vida son demasiado poco explicitados, y es el personal sanitario. Además, la sociedad suele tener expectativas demasiado altas en cuanto a las posibilidades de la medicina, lo que lleva a la aplicación de tratamientos inapropiados para personas cercanas al final de sus vidas. El KNMG cree que la medicina no debería centrarse exclusivamente en las intervenciones todavía posibles, sino en determinar cuándo tendría más sentido aplicar cuidados paliativos y hablar de estrategias de no-intervención. Para los médicos, este cambio significaría centrarse más en el paciente y no sólo en su enfermedad. Es importante que los ciudadanos y los pacientes dediquen tiempo para definir cuáles son sus deseos en materia de tratamientos para cuando se acerque el final de sus vidas, y que hablen del tema con su médico y sus allegados. (23)

En consecuencia, es urgente que el gobierno impulse campañas destinadas a concienciar a los ciudadanos de la importancia de hablar de sus deseos respecto al final de la vida.

4 Bibliografía

1. *Adviescommissie voltooid leven* [Comité Asesor sobre la Vida cumplida]. *Commissie van wijzen inzake hul bij zelfdoding aa mensen die hun leven voltooid achten* [Comisión de Expertos sobre el Suicidio Asistido para personas que consideran su vida cumplida]. *Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten* [Suicidio asistido para personas que consideran su vida cumplida]. La Haya, Enero 2016.
2. Diario del Parlamento II 2016/2017, 32647, no.55. Carta de los Ministros de Sanidad, Bienestar & Deporte y de Seguridad & Justicia dirigida al Presidente de la Cámara de Representantes. La Haya, 12 de octubre 2016.
3. KNMG. *Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in geval van lijden aan het leven: rapport Commissie Dijkhuis* [Investigación sobre posibles normas para guiar a los médicos consultantes en casos de solicitudes de suicidio asistido motivadas por "sufrimiento vital": Informe del Comité Dijkhuis]. Utrecht, 2004.
4. <http://www.uitvrijewil.nu/>
5. Documento KNMG: *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde* [El papel del médico en la terminación voluntaria de la vida]. KNMG, Utrecht, 2011.
6. E. van Wijlick, G. van Dijk. *Dokters hikken soms tegen euthanasie aan* [Los médicos encuentran a veces la eutanasia difícil]. *Medisch Contact*, 8 de enero 2015.
7. Comunicado: Comisión Schnabel: *Euthanasiewet bidet voldoende ruimte bij voltooid leven* [La Ley de Eutanasia ofrece una cobertura suficiente para los casos de vida cumplida]. KNMG, 4 de febrero 2016.
8. N. Nieuwenhuizen. *Voltooid leven*. (Vida cumplida). *Medisch Contact*, 19 de octubre de 2016.
9. A. Kuiken. *Psychiaters vrezen rol bij voltooid leven* [Inquietud de los psiquiatras por su papel en los casos de vida cumplida]. *Trouw*, 21 de octubre de 2016.
10. Asociación Holandesa de Psicólogos (NIP). *Hulp voor ouderen met een langdurig doodsverlangen* [Ayuda a los ancianos con deseo persistente de morir]. La respuesta del NIP a "Kabinetsreactie en visie Voltooid Leven" [Propuesta del gobierno sobre la vida cumplida] dd. 12 de octubre de 2016.
11. Asociación holandesa de pacientes (NPV): Contribución del NPV al debate sobre la "vida cumplida". 25 Octubre 2016 <https://npvzorg.nl/nieuws/inbreng-npv-debat-voltooid-leven/>
12. M. Vanderkaa. *Levenskunst blijft onderbelicht* [El "arte de vivir" sigue subestimado]. *Trouw*, 19 Noviembre de 2016.
13. Sociedad Holandesa de Derecho a Morir (NVVE). *Kabinetsvoorstel voltooid leven overwegend positief Ontvangen* [Claro apoyo a la propuesta del Gobierno referente a la "vida

Reflexiones del Real Colegio de Médicos Holandés (KNMG) en torno a la "Respuesta y Posición del Gobierno sobre la Vida Cumplida"

cumplida"]. [Http://www.nvve.nl/actueel/nieuws/kabinetsvoorstel-voltooid-leven-overwegend-positiefontvangen](http://www.nvve.nl/actueel/nieuws/kabinetsvoorstel-voltooid-leven-overwegend-positiefontvangen)

14. Sociedad Holandesa del Derecho a Morir (NVVE). *Voltooid leven, de weg naar het levenseinde; Analyse Van de rapportages van het NVVE Adviescentrum* [La vida cumplida, el camino hacia el final de la vida: un análisis de los informes del centro de asesoramiento de NVVE]. Amsterdam, 2016.

15. <http://www.d66.nl/wet-voltooid-leven-pia-dijkstra/>

16. KNMG. *Carta de Respuesta: Vergen bij Wet Toetsing Levenseindebegeleiding van Ouderen op Verzoek* [Cuestiones relativas a la terminación de la vida a petición de los ancianos (Procedimientos de revisión) Act], 30 de enero de 2017.

17. A. van der Heide, B. Onwuteaka-Philipsen, G. van Thiel, S. van de Vathorst, H. Weyers. *Kennissynthese. Ouderen en het zelfgekozen levenseinde* [Meta-análisis: El anciano y la terminación voluntaria de la vida], ZonMw, Rotterdam, Amsterdam, Utrecht, Groningen, octubre 2014.

18. M. Rurup, D. Deep, J. Poppelaars, A. Kerkhof, B. Onwuteaka-Philipsen. El deseo de morir en los ancianos: estudio cuantitativo de su prevalencia y de factores asociados. *Crisis 2011; 32(4):194-203*.

19. J. Schothorst, Onderzoeksbureau Veldkamp. *SCEN-artsen over verzoeken om levensbeëindiging in het algemeen en bij voltooid leven in het bijzonder* [Aportaciones de los médicos del SCEN sobre la terminación de la vida en general, y los casos de 'Vida cumplida' en particular].

20. M. Huber. Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food. (trad.: Hacia un concepto nuevo y dinámico de la salud. De su aplicación y uso en sanidad pública, y en la evaluación de los efectos de la alimentación sobre la salud). Maastricht University: Maastricht, 2014.

21. E. Van Wijngaarden. Ready to give up on life. A study into the lived experience of older people who consider their lives to be completed and no longer worth living. (Trad.: Listo para abandonar la vida. Un estudio de las vivencias de las personas mayores que consideran su vida cumplida y que no desean seguir viviendo). University of Humanistic Studies: Utrecht, 2016.

22. KNMG steering committee for appropriate end-of-life care. Just because we can, doesn't mean we should: Appropriate end-of-life care. (Trad.: KNMG. Comité para el estudio de los cuidados al final de la vida. Sólo porque podemos, no debemos: cuidados adecuados al final de la vida). 2015

23. KNMG. Handreiking Tijdig spreken over het levenseinde 2012 (Trad.: Guía para hablar del final de la vida).