

Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

## **COMITÉS REGIONALES DE REVISIÓN DE LA EUTANASIA**

# **R T E**

### **CÓDIGO DE PRÁCTICAS**

## Índice

INTRODUCCIÓN.....	4
1. PROPÓSITO Y ESTRUCTURA DE ESTE CÓDIGO DE PRÁCTICAS.....	5
2. RESUMEN DE LA LEY, PROCEDIMIENTOS DE LOS COMITÉS Y RELEVANCIA DE LAS DIRECTRICES.....	6
2.1 RESUMEN DE LA LEY: PROCEDIMIENTOS.....	6
2.2 RESUMEN DE LA LEY: NOTIFICACIÓN Y REVISIÓN.....	7
2.3. PROCEDIMIENTOS DE LOS COMITÉS.....	8
2.4. RELEVANCIA DE LAS DIRECTRICES MÉDICAS.....	9
3. REQUISITOS LEGALES Y PROCEDIMIENTOS.....	10
3.1 MÉDICO QUE REALIZA LA EUTANASIA.....	10
3.2 SOLICITUD VOLUNTARIA Y BIEN FUNDAMENTADA.....	10
3.3 SUFRIMIENTO INSOPORTABLE SIN PERSPECTIVA DE MEJORA.....	13
3.4 INFORMACIÓN DEL PACIENTE.....	15
3.5 NO HAY ALTERNATIVA RAZONABLE.....	15
3.6 MÉDICO INDEPENDIENTE.....	17
3.7 PROTOCOLOS MÉDICOS DE ACTUACIÓN.....	21
4. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	24
4.1 LAS DIRECTRICES ANTICIPADAS.....	24
4.2 MENORES DE EDAD.....	26
4.3 PACIENTES CON TRASTORNO PSIQUIÁTRICO.....	27
4.4 PACIENTES CON DEMENCIA.....	28
4.5 PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	29
4.6 PACIENTES CON AFASIA.....	30
4.7 ESTADOS DE COMA O DE CONSCIENCIA REDUCIDA.....	30
4.8 EUTANASIA Y SEDACIÓN PALIATIVA.....	32
4.9 LA “VIDA TERMINADA”.....	33

Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

4.10 REQUISITOS NO ESTABLECIDOS POR LA LEY.....	33
5. REFERENCIAS ÚTILES.....	35
5.1 WEBSITE DE LOS COMITÉS.....	35
5.2 LA ORGANIZACIÓN SCEN.....	35
5.3 EVALUACIONES DE LA LEY.....	35
5.4 NORMAS DE ENVÍO DE EXPEDIENTES A LA FISCALÍA.....	35
DISPOSICIONES LEGALES PERTINENTES.....	37
TERMINACIÓN DE LA VIDA A PETICIÓN PROPIA Y SUICIDIO ASISTIDO (PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN) ..	37
CAPÍTULO I. DEFINICIONES.....	37
CAPÍTULO II. REQUISITOS LEGALES.....	37
CAPÍTULO III. COMISIONES REGIONALES DE EVALUACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE TERMINACIÓN DE LA VIDA A PETICIÓN PROPIA Y DEL SUICIDIO ASISTIDO.....	38
CAPÍTULO IIIA. BONAIRE, ST EUSTATIUS Y SABA.....	42
CÓDIGO PENAL.....	43
LEY DE ENTIERROS E INCINERACIONES.....	43

## INTRODUCCIÓN

Es para nosotros un gran placer presentar el Código de Prácticas de los Comités Regionales de Revisión de la Eutanasia (RTEs) y queremos empezar con unas palabras sobre los propósitos y la historia de este Código.

El informe anual de los RTEs y las conclusiones publicadas en su página web dan una idea de la manera en que los Comités aplican e interpretan los criterios legales y procedimientos para la eutanasia tal como están expuestos en la Ley de Terminación de la Vida a Petición Propia y Suicidio Asistido (Procedimientos de Revisión), (*Wet toetsing levensbeëndiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*). La segunda evaluación de la Ley (2012) recomendó la publicación de un Código de Prácticas para que la información sea más accesible. Esta recomendación fue apoyada por varias organizaciones estrechamente vinculadas al tema, incluyendo el Real Colegio Holandés de Médicos (KNMG). Asimismo, el Ministro de Sanidad, Bienestar y Deportes y el Ministro de Seguridad y Justicia informaron al Parlamento de que coincidían con la conclusión de que un Código de Prácticas era deseable.

Los Comités están muy agradecidos al Profesor J. Legemaate, catedrático de derecho sanitario de la Universidad de Amsterdam, por su trabajo en la elaboración del Código. El Profesor Legemaate fue asistido por un grupo de miembros de los RTEs, formado por el Prof. J.K.M. Gevers (catedrático), el Dr. E.F.M. Veldhuis (médico), el Prof. A.R. Macker (especialista en ética) y la Secretaria General, la Sra. N.E.C. Visée.

El borrador del Código fue presentado a todos los miembros y secretarios de los RTEs, que realizaron importantes aportaciones que se incorporaron a esta versión definitiva.

El Código aborda las cuestiones que los Comités consideran relevantes para llevar a cabo sus tareas legales, a saber la revisión de las notificaciones de eutanasias y suicidios asistidos. El Código de Prácticas es importante sobre todo para los médicos que llevan a cabo eutanasias y para los médicos independientes, pero también contiene información útil para los pacientes y otras personas interesadas. Confiamos también en que contribuirá positivamente al debate público sobre la libertad de elección al final de la vida.

Los RTEs tienen la propiedad del Código y son los únicos responsables de sus contenidos. El Código será puesto al día con regularidad. Los Comités agradecerían recibir comentarios y opiniones sobre sus contenidos, dirigiéndolos a su Secretaria General (correo electrónico [n.vissee@toetscie.nl](mailto:n.vissee@toetscie.nl)).

W.J.C. Swildens-Rozendaal, presidente coordinador de los RTEs

P.J.M. van Wersch, vicepresidente coordinador de los RTEs

La Haya, abril 2015

# 1

## PROPÓSITO Y ESTRUCTURA DE ESTE CÓDIGO DE PRÁCTICAS<sup>0</sup>

Desde que entró en vigor en 2002 la Ley de Terminación de la Vida a Petición Propia y Suicidio Asistido (Procedimientos de Revisión) (a continuación: la Ley) cinco Comités regionales han asumido la tarea legal de revisar los casos registrados de terminación de la vida a petición propia y suicidio asistido<sup>1</sup>. A lo largo de estos años y de acuerdo con esa tarea, los Comités han revisado varios miles de casos, basándose en los criterios y procedimientos definidos por la Ley. Cada año los Comités dan cuenta de estas actividades en un informe anual común. Muchas de sus conclusiones se publican en [www.euthanasiecomissie.nl](http://www.euthanasiecomissie.nl). El informe anual y las conclusiones publicadas por los Comités muestran cómo estos aplican e interpretan los criterios y procedimientos definidos por la Ley referentes a la eutanasia. Los Comités han creado este Código de Prácticas para permitir que la información sea más accesible, de acuerdo con una recomendación formulada en el informe correspondiente a la segunda evaluación de la Ley (2012).

La Ley distingue entre terminación de la vida a petición propia y suicidio asistido, mientras que el Código utiliza el término “eutanasia” para referirse a ambas formas de terminación de la vida. La diferenciación entre los dos términos se hace sólo en casos necesarios<sup>2</sup>.

El Código aborda los problemas y temas que los Comités estiman relevantes en lo que se refiere a criterios legales y procedimientos para la eutanasia. El objetivo no es describir cada situación posible. El Código de Prácticas está pensado como un resumen de las consideraciones que los Comités han publicado en sus informes y conclusiones anuales. El Código se concentra en esas consideraciones, no examina casos aislados.

El Código tiene importancia sobre todo para los médicos que practican eutanasias y para los médicos independientes, pero también contiene información útil para pacientes que tienen la intención de solicitar la eutanasia y otras personas interesadas. Les dará una idea de cuáles son los criterios de obligado cumplimiento y de qué expectativas pueden tener. Es importante que quede claro para todos cómo los Comités aplican la Ley.

El Código de Prácticas está estructurado de la siguiente manera: la sección 2 resume brevemente la legislación sobre la eutanasia y los procedimientos de los Comités de Revisión. Examina también la importancia de las directrices de actuación profesional de los médicos. La sección 3 explica en términos generales los criterios legales y los procedimientos. La sección 4 trata de algunos problemas y situaciones en concreto y la sección 5 contiene una lista de referencias de interés.

<sup>0</sup> NdT: Cuando en este Código de prácticas se usa el género masculino – p.ej. 'los médicos' – rogamos se lea 'los/as médicos/as'.

<sup>1</sup> Una traducción de la ley se encuentra en el Anexo al presente documento.

<sup>2</sup> Esta distinción se discute en la sección 3.7, relativa a los cuidados médicos, y en la sección 4 relativa a las directrices anticipadas

# 2

## RESUMEN DE LA LEY, PROCEDIMIENTOS DE LOS COMITÉS Y RELEVANCIA DE LAS DIRECTRICES

### 2.1 RESUMEN DE LA LEY: PROCEDIMIENTOS<sup>3</sup>

En las décadas anteriores a la entrada en vigor de la Ley de Terminación de la Vida a Petición Propia y Suicidio Asistido (Procedimientos de Revisión) se desarrolló una práctica (legal) en los Países Bajos, según la cual un médico, en ciertas circunstancias, podía acceder a la petición de eutanasia de un paciente. La consideración clave era la solicitud del paciente y el carácter intolerable de su sufrimiento, pero además había otros requerimientos. Posteriormente, estos requerimientos fueron codificados en la Ley que ha estado vigente desde el año 2002.

Se dice a menudo que esta Ley legalizó la eutanasia. En términos formales, no es así. Según los artículos 293 y 294 del Código Penal, la eutanasia está prohibida en los Países Bajos, salvo en el caso de que se lleve a cabo por un médico que haya cumplido con todos los criterios legales en cuanto a cuidados y procedimientos, tal como los enumera la Ley (v. abajo), y que haya notificado la eutanasia a los forenses municipales (v. sección 2.2)<sup>4</sup>.

Según el artículo 2(1) de la Ley, el médico tiene la obligación de

- a. estar convencido de que la solicitud del paciente es voluntaria y bien fundamentada;
- b. estar convencido de que el sufrimiento del paciente es intolerable y que no tenga posibilidad de mejora;
- c. haber informado al paciente de su situación y pronóstico;
- d. haber llegado a la conclusión, junto con el paciente, de que no existe ninguna alternativa razonable a la situación del paciente;
- e. haber consultado con al menos un médico independiente, quien está obligado a ver al paciente y dar su opinión, por escrito, sobre el cumplimiento de los requisitos expuestos en los puntos (a) a (d);
- f. haber actuado con el máximo cuidado y esmero profesional en la terminación de la vida del paciente o su suicidio asistido.

La Ley no dice nada sobre la esperanza de vida del paciente. En los casos en los cuales se ha cumplido con los requisitos legales, no se ha tenido en cuenta la esperanza de vida del paciente. En la práctica, está a menudo limitada, pero la Ley no descarta acceder a la solicitud de eutanasia de un paciente al que le quedan muchos años de vida. El elemento clave es el carácter voluntario y bien fundamentado de la solicitud del paciente, que su sufrimiento sea inaguantable y que no exista posibilidad de

<sup>3</sup> Más informaciones en [www.euthanasiacommissie.nl](http://www.euthanasiacommissie.nl)

<sup>4</sup> Los artículos 293 y 294 del Código Penal están incluidos en el anexo final del presente documento.

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

mejora. No hay en la Ley ninguna disposición que implique que la eutanasia sólo se puede llevar a cabo si el paciente se encuentra en 'estado terminal'.

La Ley se refiere a la eutanasia para pacientes a partir de los 12 años de edad. Sin embargo, existen ciertos requisitos en cuanto a la implicación de los padres cuando un menor solicita la eutanasia.

➤ [ver también la sección 4.2](#)

Además de la Ley, una serie de sentencias del Tribunal Supremo son asimismo importantes, dado que contienen requisitos siempre relevantes. Unos ejemplos son

- La causa Brongersma (2002): sección 3.3
- La causa Schoonheim (1984): sección 3.3
- La causa Chabot (1994): sección 4.3

El cumplimiento de los requisitos legales definidos anteriormente no significa que el médico tenga la obligación de aceptar la solicitud de eutanasia de un paciente. Los pacientes no tienen derecho a la eutanasia, ni los médicos tienen la obligación de llevarla a cabo. En general, lo recomendable es que el médico desde el principio informe al paciente si no está dispuesto a llevar a cabo una eutanasia<sup>5</sup>, para que el paciente pueda buscar otro médico, si así lo desea.

## 2.2 RESUMEN DE LA LEY: NOTIFICACIÓN Y REVISIÓN

Un médico que ha llevado a cabo una eutanasia tiene que informar al forense municipal, dado que la eutanasia no es una causa de muerte natural<sup>6</sup>. El forense, a su vez, tiene que informar al correspondiente Comité Regional de Revisión. Si el Comité llega a la conclusión de que el médico ha satisfecho todos los requisitos y, por tanto, actuado conforme a la Ley, termina aquí el procedimiento de revisión. En el caso de que el Comité llegue a la conclusión de que el médico no haya cumplido con uno o varios requisitos legales, tiene la obligación legal de hacer llegar una notificación al Ministerio Fiscal (OM) y a la Inspección Sanitaria (IGZ)<sup>7</sup>. Estas entidades estudiarán las conclusiones del Comité y qué medidas estiman oportuno tomar.

Los Comités examinan si el médico ha actuado en conformidad con los requisitos y procedimientos definidos por la Ley, la historia legislativa y la jurisprudencia. Asimismo tienen en cuenta anteriores conclusiones de los Comités y decisiones que hayan tomado la fiscalía (OM) y la inspección (IGZ) en otros casos donde un Comité hubiera concluido que un médico no había respetado los criterios legales. Esto significa que tiene que quedar claro que el médico haya cumplido con los criterios legales de los puntos (c), (e) y (f) arriba mencionados y que se pueda sostener que, dadas las circunstancias del caso, es razonable concluir que los criterios definidos en los puntos (a), (b) y (d) han sido respetados.

<sup>5</sup> Ver nota 0 al principio del texto

<sup>6</sup> Ver artículo 7 (2) de la ley de Enterramientos e Incineraciones incluido en el Anexo del presente documento.

<sup>7</sup> Aquellos casos en los que los Comités opinan que el médico ha actuado de acuerdo con los **criterios legales** no son remitidos a los OM e IGZ. No obstante, es posible que estas entidades tengan conocimiento de esos casos por otras vías (p.ej. por una tercera parte). Si es así, están autorizados a investigar el caso.

### 2.3. PROCEDIMIENTOS DE LOS COMITÉS<sup>8</sup>

Existen cinco Comités Regionales de Revisión: uno para Groningen, Friesland, Drenthe y las islas Bonaire, San Eustaquio y Saba; otro para Overijssel, Gelderland, Utrecht y Flevoland; uno para Holanda del Norte y otro para Holanda del Sur y Zelanda y, finalmente, uno para Brabante del Norte y Limburgo<sup>9</sup>.

Los Comités distinguen entre dos categorías de notificaciones: notificaciones sencillas (que representan un 75% de los casos) y notificaciones que plantean dudas (aprox. un 25%). Los miembros de los Comités repasan las notificaciones sencillas de forma digital y no son revisadas en las reuniones mensuales de los Comités. Pero si surge cualquier duda durante el proceso de revisión digital, la notificación será tratada en la reunión mensual del Comité. Notificaciones que dan lugar a dudas desde el principio (p.ej. porque el caso es especialmente complejo o la información facilitada es incompleta) siempre se tratarán en las reuniones mensuales.

Los Comités valoran las notificaciones que reciben basándose en el informe detallado<sup>10</sup> redactado por el médico que ha llevado a cabo la eutanasia<sup>11</sup>, el informe del médico independiente y otros documentos que puedan tener relevancia (p.ej. la historia clínica del paciente, informes de especialistas y/o directrices anticipadas). Si la información disponible es incompleta o da lugar a dudas, el Comité puede solicitar información adicional a cualquiera de los dos médicos por escrito. Asimismo puede convocar a cualquiera de los dos médicos para obtener más amplia información. De esa reunión se levanta acta que será comunicada al médico en cuestión para que pueda formular sus comentarios. El médico puede estar acompañado por otra persona en la reunión. El Comité es consciente de que una entrevista de este tipo puede resultar incómoda para el médico. Sin embargo, una entrevista personal es a veces necesaria para aclarar incertidumbres y, en algunos casos, estas aclaraciones son muy útiles o incluso de vital importancia para una valoración correcta del caso.

Si el Comité llega a la conclusión de que un médico no ha actuado de forma correcta según los criterios establecidos, antes de que se tome una decisión, el médico será invitado a explicar en persona sus actuaciones. En el caso de que el Comité mantenga sus opiniones después de esta entrevista, las conclusiones provisionales serán comunicadas a los miembros de todos los Comités Regionales para que expresen sus recomendaciones. Se remiten las conclusiones provisionales a los miembros de todos los Comités en casos de especial complejidad o, por ejemplo, cuando presentan nuevas dudas legales o cualquier otro problema. De esta manera los Comités procuran unificar sus políticas y puntos de vista, en beneficio de la seguridad y la igualdad ante la ley.

<sup>8</sup> Para información más detallada, ver [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl) donde se puede descargar la versión holandesa de las directrices del año 2006 de los RTE. Ver también Capítulo 3 del informe anual de 2013.

<sup>9</sup> Para más detalles sobre los miembros y la dirección de los Comités, ver [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl)

<sup>10</sup> Un 'informe detallado' es obligatorio según el artículo 7(2) de la Ley de Entierros e Incineraciones. El no cumplimiento de este requisito es una infracción.

<sup>11</sup> Modelos del impreso del informe (en holandés) se pueden descargar en la página [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl)

## 2.4. RELEVANCIA DE LAS DIRECTRICES MÉDICAS

La profesión médica ha elaborado distintas directrices que pueden ayudar a un médico en el examen de la solicitud de eutanasia de un paciente. Estas directrices pueden facilitar la interpretación de los requisitos generales formulados en la Ley (más información sobre este tema en la sección 3), pero también cubren cuestiones que el médico tiene la obligación profesional de considerar, aunque no se tomen en cuenta en la revisión de las notificaciones por el Comité<sup>12</sup>. En las revisiones de las notificaciones, los Comités tienen sus propias responsabilidades, definidas en la Ley. Algunos elementos del código de conducta profesional de los médicos pueden llegar a ser relevantes para los Comités si sus contenidos están dentro del marco legal. Los Comités siempre hacen referencia explícita a las 'Directrices para la Práctica de la Eutanasia y el Suicidio Médicamente Asistido', elaboradas en 2012 por el Real Colegio de Médicos de Holanda (KNMG) y la Asociación Holandesa para el Progreso Farmacéutico (KNMP) con el objetivo de valorar el cumplimiento de los criterios de buena praxis médica al llevar a cabo una eutanasia. Esto se refiere, entre otras cosas, a la elección de las sustancias administradas y a su dosificación, así como al control de la profundidad del coma del paciente. Dado que los requisitos legales se refieren a la buena praxis médica, es lógico que los Comités se centren en las normas que los propios profesionales (médicos y farmacéuticos) hayan establecido.

En caso de conflicto entre estas Directrices y la Ley, la Ley prevalecerá en las deliberaciones del Comité<sup>13</sup>.

<sup>12</sup> Los ejemplos incluyen los cuidados que, según las normas disciplinarias, el médico tiene que dedicar a la familia del paciente. Ver por ejemplo Consejo de Disciplina Regional de Zwolle, 18 de Mayo 2006, GJ 2006/135, y Consejo de Disciplina Regional de Hague, 23 de Octubre 2012, GJ 2013/8.

<sup>13</sup> Ver también la carta del 4 de julio 2014 dirigida por el Ministro de Sanidad, Bienestar y deporte al Parlamento (Documentos Parlamentarios, Cámara de los Diputados, 2013-2014, 32 647, nº30).

# 3

## REQUISITOS LEGALES Y PROCEDIMIENTOS

### 3.1 EL MÉDICO QUE REALIZA LA EUTANASIA

En virtud de la Ley de Terminación de la Vida a Petición Propia y Suicidio Asistido (Procedimientos de Revisión) solamente un médico está autorizado para realizar la eutanasia a petición de un paciente. La ley se centra en el médico que realiza efectivamente la eutanasia. Este es en general el médico que atiende normalmente al paciente, aunque esto no sea un requisito legal. En todos los casos, el médico que realiza la eutanasia debe tener una información completa de la situación del paciente y asegurarse de que se cumplan todos los requisitos legales. Un médico que haya seguido al paciente durante cierto tiempo será capaz de basar su conclusión en el conocimiento de su paciente.

#### **Un médico diferente al médico que atiende normalmente al paciente en situaciones no agudas.**

Un médico diferente al médico que atiende normalmente al paciente puede también realizar la eutanasia a petición de este último. Sin embargo este médico tendrá que demostrar de modo convincente que tomó tiempo suficiente para informarse de la situación del paciente, de acuerdo con los requisitos de la Ley. En casos de que el médico que realiza la eutanasia no sea el médico que atiende normalmente al paciente, es importante que indique en su informe al Comité la frecuencia y el contenido de las conversaciones mantenidas con el paciente sobre su situación.

#### **Un médico que no sea el médico que atiende al paciente en situaciones agudas.**

Puede haber circunstancias (por ejemplo, el médico que le atiende no está disponible y la salud del paciente se ha deteriorado de forma inesperada) que conduzcan a que la eutanasia sea realizada por un médico distinto al que estaba previsto (por ejemplo, un médico suplente u otro médico de la clínica). Por ley, el médico que de hecho efectúa la eutanasia debe presentar el informe. En tales situaciones, puede basar su decisión en la información suministrada por los médicos que atienden normalmente al paciente, pero también deberá asegurarse por sí mismo, en la medida en que la situación lo permita, que los requisitos legales se cumplen.

A partir de aquí, "médico" se refiere al médico que realiza la eutanasia

### 3.2 SOLICITUD VOLUNTARIA Y BIEN FUNDAMENTADA

La ley establece que el médico debe estar convencido de que la solicitud del paciente es voluntaria y bien fundamentada. No se requiere por Ley una solicitud por escrito; es suficiente una petición oral.

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

De la Ley se deduce que el paciente debe presentar la solicitud por sí mismo. Una solicitud de eutanasia hecha por otra persona en nombre del paciente no puede ser aceptada<sup>14</sup>. El paciente tiene la posibilidad de dar a conocer su solicitud mucho antes de que se realice la eutanasia, pero si su salud se deteriora rápidamente, puede transcurrir sólo un (muy) corto período de tiempo entre la solicitud y la realización de la eutanasia. En otras palabras, una solicitud no necesariamente ha de haber persistido durante un largo período de tiempo para ser atendida. Siempre debe quedar claro que la solicitud ha sido hecha por el propio paciente. Es normal que los pacientes duden acerca de la eutanasia, pero en última instancia el médico debe estar convencido de que la solicitud es inequívoca y consistente.

La mayoría de los pacientes son capaces de comunicación normal (es decir oral) hasta el momento en que se realiza la eutanasia. En algunos casos, la capacidad del paciente para comunicarse se deteriora de forma severa por su enfermedad. Esto puede dar lugar a una serie de situaciones:

- el paciente no puede expresar su petición en palabras, pero puede comunicarse de otras maneras (por ejemplo, con gestos de las manos, asintiendo con la cabeza o apretando la mano del médico en respuesta a preguntas de "sí o no");
- el paciente todavía puede expresar su solicitud oralmente, pero no puede presentar argumentos de apoyo. En tales casos, debe ser verosímil, sobre la base de su comportamiento y de lo que todavía es capaz de comunicar, que está expresando una solicitud coherente. En esta situación, las manifestaciones que el paciente todavía es capaz de hacer pueden valorarse conjuntamente con las declaraciones anticipadas orales o escritas y el comportamiento o señales del paciente.

En situaciones donde el paciente es completamente incapaz de comunicación, una declaración anticipada puede sustituir a una solicitud oral.

➤ [Para las declaraciones anticipadas, véase la sección 4.1](#)

### Petición voluntaria

La solicitud del paciente debe ser voluntaria, lo cual supone cumplir dos condiciones:

*En primer lugar*, la solicitud debe haber sido efectuada sin ningún tipo de presión de parte de otras personas (factor externo). El médico debe estar convencido de que no ha habido tal influencia. Debe tener especial precaución cuando, por ejemplo, un pariente cercano del paciente se implica demasiado en la conversación entre el médico y el paciente, o da repetidamente respuestas que el médico desea escuchar del propio paciente. Entonces puede ser necesario que el médico hable con el paciente en privado. Si un paciente solicita la eutanasia en parte porque siente que es una carga para los demás, la petición no incumplirá necesariamente el requisito de voluntariedad<sup>15</sup>. Sin embargo, tanto el médico que realiza la eutanasia como el médico independiente deben ser particularmente cautelosos en tales situaciones.

*En segundo lugar*, el paciente debe ser competente para tomar decisiones (factor interno). Esto significa que el paciente es capaz de comprender toda la información relevante sobre su situación y pronóstico, valorar cualquier alternativa y las implicaciones de su decisión.<sup>16</sup>

<sup>14</sup> Por consiguiente, un paciente no puede autorizar a otra persona a presentar una solicitud de eutanasia en su nombre. Sin embargo, otros pueden alertar al médico del hecho de que el paciente desea la eutanasia, de modo que el médico pueda iniciar una conversación sobre el asunto con el paciente. O, si el paciente ya no es capaz de comunicarse, puede evaluar cualquier declaración anticipada que el paciente pudiera haber hecho.

<sup>15</sup> La sensación de que uno es una carga para los demás puede ser un factor que contribuya a la naturaleza insoportable del sufrimiento.

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

Ser competente es un concepto relativo: un paciente puede ser competente en un tema (por ejemplo, una solicitud de eutanasia) pero no en otro (cuestiones financieras). La competencia debe evaluarse en función de la decisión a tomar. En muchos casos, no habrá dudas sobre la competencia del paciente en relación con su solicitud de eutanasia. A veces, especialmente para grupos específicos de pacientes, el médico tendrá que estudiar la cuestión de la competencia del paciente más explícitamente y en mayor profundidad. Si existen dudas en cuanto a la competencia del paciente, será bueno que el médico solicite la opinión de otro médico con experiencia. Esta solicitud de asesoramiento puede incluirse entre las preguntas a considerar por el médico independiente como se indica en el artículo 2 (1) (e) de la Ley. Sin embargo, la competencia del paciente también puede ser determinada por un médico especialista antes de la consulta con el médico independiente.

➤ *Para grupos específicos de pacientes, ver las secciones 4.3, 4.4 y 4.5*

### Solicitud bien fundamentada

La solicitud también debe ser bien fundamentada. Esto significa que el paciente ha reflexionado con seriedad sobre el asunto apoyándose en una información adecuada y una clara comprensión de su enfermedad. La petición no debe haber sido formulada de manera impulsiva. También se requiere prudencia en los casos en los que el paciente expresa dudas y de forma repetida realiza la petición y la retira en un periodo de tiempo limitado. Que un paciente vacile o tenga dudas sobre un paso tan drástico como es la eutanasia es comprensible y no necesariamente una motivo de rechazo. Lo importante es que la solicitud sea coherente, teniendo en cuenta todas las circunstancias del paciente y sus declaraciones. Una petición repetida puede ser una señal de que el paciente es firme en su deseo de eutanasia.

En los casos de pacientes psiquiátricos, pacientes con demencia, con discapacidades intelectuales, con afasia, pacientes en coma o en estado de conciencia reducida, y en el caso de los menores de edad, pueden surgir preguntas particulares en el momento de considerar si la solicitud del paciente es voluntaria y bien fundamentada.

> *Para más información sobre estas situaciones, ver el capítulo 4*

#### **Puntos clave del concepto de 'solicitud voluntaria y bien fundamentada':**

- Solicitud hecha por el propio paciente
- Libre voluntad, sin presiones externas.

<sup>16</sup> Véanse las directrices para la evaluación de la competencia decisional (versión 2007, en neerlandés) en <http://www.rijksoverheid.nl/Documenten-en-publicaties/brochures/2007/01/01/handreiking-voor-de-beoordeling-van-wilsbekwaamheid.html>.

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

- 'Voluntad propia' o competencia para tomar decisiones: el paciente está perfectamente informado y comprende su situación.
- Solicitud bien fundamentada: el paciente está bien informado, tiene una visión coherente de la situación y no actúa de modo impulsivo.
- Coherencia entre la solicitud repetida del paciente y sus otras declaraciones.
- Las directrices anticipadas pueden sustituir la solicitud oral (ver la sección 4.1)
- Tener especial cuidado en ciertas situaciones (ver la sección 4.2 a 4.5)

### 3.3 SUFRIMIENTO INSOPORTABLE SIN PERSPECTIVA DE MEJORA

#### Definición médica del sufrimiento

El médico debe estar convencido de que el paciente padece un sufrimiento insoportable sin perspectiva de mejora. En el caso Brongersma de 2002, el Tribunal Supremo dictaminó que el sufrimiento del paciente debe tener una definición médica, somática o psiquiátrica.

No es necesario que exista un problema médico único y dominante. El sufrimiento del paciente puede ser el resultado de un cúmulo de problemas de salud tanto graves como menores. La suma de estos problemas, junto con la historia médica, historia de vida, personalidad, valores y capacidad de resistencia, pueden dar lugar a un sufrimiento que el paciente experimenta como insoportable.

#### Factores generales

El sufrimiento es un concepto amplio. Puede resultar del dolor y falta de aliento, agotamiento y fatiga, pero también de una dependencia creciente, de sentimientos de humillación, del deterioro físico, de la pérdida de dignidad o del mero hecho de la inexistencia de perspectivas de mejora. En 1984 en el caso de Schoonheim, la Corte Suprema dictaminó que el sufrimiento puede consistir en (el temor frente al) incremento de la humillación o a la perspectiva de que ya no se pueda morir con dignidad.

Hay raras veces una única dimensión en el sufrimiento experimentado por el paciente. En la práctica, es casi siempre una combinación de factores, incluyendo la ausencia de cualquier perspectiva de mejora, que determina si el sufrimiento es insoportable. El médico debe por lo tanto investigar todos los aspectos que, en su conjunto, hacen el sufrimiento del paciente insoportable.

Un paciente debe ser consciente de su sufrimiento. Hay situaciones en las cuales no es (o ya no es) el caso, como en el coma, o donde esto es incierto, como en los casos de conciencia reducida. Cualquiera de estas situaciones pueden surgir como resultado de una sedación paliativa. En principio, si el paciente está en una situación en la que ya no es consciente del sufrimiento, la eutanasia no se puede realizar, incluso si la familia cercana del paciente encuentra su situación angustiosa o humillante.

➤ [Para más información sobre coma y conciencia reducida, ver la sección 4.7](#)

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

- [Para más información sobre la relación entre la eutanasia y la sedación paliativa, ver la sección 4.8](#)

La conciencia del paciente sobre su sufrimiento puede ser evidente por lo que dice, o por sus otras expresiones o reacciones físicas. Es la situación general del paciente lo que importa. En los casos en que un paciente ya no puede expresar su sufrimiento en palabras, el médico debe estar atento a otras señales que pueden revelar la intensidad del sufrimiento padecido.

### Sin perspectivas de mejora

Un paciente es considerado como sufriendo *sin perspectivas de mejora* si la enfermedad o trastorno que causa el sufrimiento es incurable y no existen medios de aliviar los síntomas de modo que el sufrimiento ya no sea insoportable. Esto debe determinarse a la luz del diagnóstico y del pronóstico, y de si existen opciones realistas, aparte de la eutanasia, para aliviar o eliminar los síntomas. Al investigar si existe alguna posibilidad realista de aliviar los síntomas, debe tenerse en cuenta tanto la mejora que pueda alcanzarse mediante cuidados paliativos u otros tratamientos, como los inconvenientes que dicha atención o tratamiento supondrían para el paciente. Que no haya 'perspectiva de mejora' debe ser visto en relación con la enfermedad o trastorno padecido por el paciente y sus síntomas existentes. No hay perspectivas de mejora si no hay opciones realistas de tratamiento curativo o paliativo que puedan considerarse razonables desde el punto de vista del paciente. Por lo tanto, es evidente que la valoración de la perspectiva de mejora está estrechamente vinculada a la determinación de si existe una alternativa razonable (artículo 2 (1) d de la Ley).

- [Ver también la sección 3.5](#)

Los pacientes también utilizan una terminología equivalente para indicar que la ausencia de toda perspectiva de mejora es inaceptable para ellos, y que quieren que su sufrimiento termine. En ese sentido, la percepción del paciente de que la situación es desesperada es parte de lo que hace su sufrimiento inaguantable.

### Naturaleza insoportable del sufrimiento

A veces es difícil decidir si el sufrimiento es insoportable, porque se trata de una noción subjetiva. Lo que es soportable para un paciente puede ser insoportable para otro. Esto depende de la percepción individual que tiene el paciente de su situación, de su vida y su historial médico, personalidad, valores así como de su resistencia física y mental. Por lo tanto, es importante considerar la 'biografía' del paciente al valorar su sufrimiento. El médico debe llegar a la conclusión de que el sufrimiento de este paciente en particular es insoportable. El médico no sólo debe ser capaz de empatizar con la situación del paciente, sino también de verla desde el punto de vista del paciente.

El temor a un deterioro inminente de la salud puede ser un factor importante en el sufrimiento del paciente. El paciente puede temer un aumento del dolor, una mayor humillación, dificultad para respirar, náuseas o situaciones en las que los valores fundamentales del paciente (como la independencia y la dignidad) han sido socavados. En estos casos, el sufrimiento actual del paciente está relacionado con la comprensión de que su situación sólo se deteriorará más y que los valores y circunstancias que son importantes para él estarán bajo creciente presión. Este es el caso de enfermedades como el cáncer, pero también con la ELA progresiva, esclerosis múltiple, demencia y enfermedad de Huntington.

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

### Puntos clave del concepto de 'sufrimiento insoportable sin perspectivas de mejora'

- El sufrimiento tiene que poder enmarcarse en una definición médica
- El sufrimiento puede resultar de un cúmulo de factores psicológicos y físicos
- No hay perspectivas de mejora: no hay alternativa realista a la eutanasia (ver también Sección 3.5)
- El sufrimiento es insoportable: se trata del sufrimiento para este paciente en concreto (en relación con su vida, historia, personalidad, capacidad de resistencia y valores). El sufrimiento debe ser palpable para el médico
- El sufrimiento también puede ser causado por el miedo al deterioro futuro
- El paciente debe ser consciente del sufrimiento

### 3.4 INFORMACIÓN AL PACIENTE

El médico debe informar al paciente sobre su situación y pronóstico. Una petición bien fundamentada tal como la referida en el artículo 2(1) (a) de la Ley sólo puede hacerse si el paciente tiene una completa comprensión de su situación (enfermedad, diagnóstico, pronóstico, opciones de tratamiento). Los Comités evalúan si el médico informó adecuadamente al paciente y cómo lo hizo. El médico debe comprobar que el paciente está adecuadamente informado y ha entendido la información que le ha sido proporcionada. No puede simplemente asumir que sea verdad, incluso cuando otros médicos estaban involucrados en el caso antes de la petición de eutanasia.

Un paciente que padece una enfermedad de larga duración generalmente tendrá una buena comprensión de su situación y pronóstico. Incluso puede haber hablado sobre la eutanasia en más de una ocasión. En otros casos, una solicitud de eutanasia puede llegar inesperadamente para el médico.

Es entonces particularmente importante que compruebe que el paciente ha entendido toda la información pertinente, dado el carácter irrevocable de la eutanasia.

### Puntos clave del concepto de 'información al paciente':

- El paciente tiene que ser informado de su situación y pronóstico
- El médico debe asegurarse de que el paciente ha entendido la información

### 3.5 SIN ALTERNATIVA RAZONABLE

El médico y el paciente deben llegar juntos a la conclusión de que no existe ninguna alternativa razonable en la situación del paciente. Este requisito, que se debe considerar en relación con el sufrimiento sin perspectivas de mejora, es necesario dada la naturaleza irrevocable y drástica de la eutanasia. Si hubiese formas menos drásticas de acabar con o reducir considerablemente el sufrimiento insoportable del paciente, se les deberá dar preferencia.

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

La cuestión de la existencia de una alternativa razonable debe ser valorada a la luz del diagnóstico actual. Cuando el médico carezca de la experiencia necesaria para valorar si existen alternativas razonables, deberá comprobar si otros médicos con esta experiencia ya han estado involucrados en el tratamiento del paciente, o debe consultar con un especialista. Dejará constancia de tales consultas en su informe al Comité.

El médico y el paciente deben llegar juntos a la conclusión de que no existen alternativas. La percepción y los deseos del paciente son importantes. Hay una alternativa a la eutanasia si existe una manera realista de aliviar o poner fin al sufrimiento que, desde el punto de vista del paciente, pueda considerarse razonable. Las ventajas de la alternativa deben superar los inconvenientes que pueda presentar para el paciente: 'razonable' desde la perspectiva del paciente significa, entre otras cosas, que exista una relación favorable entre el resultado que debe alcanzarse a través de la alternativa y los posibles inconvenientes para el paciente, y los efectos positivos deben ser alcanzables en el corto plazo. La esperanza de vida del paciente también desempeña un papel en este sentido. Los posibles inconvenientes deben evaluarse a la luz de las circunstancias individuales del paciente, incluyendo el número de tratamientos por los que ya ha pasado, cualquier efecto secundario del tratamiento, la fase de la enfermedad y la edad del paciente, su situación médica y su resistencia física y mental. No es necesario probar todas las posibles alternativas: "todo tiene un límite".

Una intervención invasiva o prolongada con resultados limitados generalmente no se considerará una 'alternativa razonable'. Por lo general, una intervención o tratamiento para ser considerado 'alternativa razonable' deberá poner fin o aliviar sustancialmente el sufrimiento del paciente durante un período suficientemente largo. Un paciente competente para tomar decisiones puede por supuesto rechazar tal tratamiento aunque, en tal caso y por el momento, el médico podrá negarse a atender la solicitud de eutanasia del paciente.

Los cuidados paliativos (que incluyen tanto el alivio del dolor como la sedación paliativa) desempeñan un papel importante en el final de la vida. En los casos en que el sufrimiento del paciente se deba en gran medida al dolor, el alivio del dolor puede ser una alternativa a la eutanasia. Sin embargo, un paciente puede tener buenas razones para rechazar los cuidados paliativos, por ejemplo porque no desea estar adormilado (debido a dosis muy elevadas de morfina) o perder la conciencia (a través de la sedación paliativa). Es importante que el médico informe detalladamente al paciente acerca de los beneficios y desventajas de los cuidados paliativos, ya que la decisión de utilizar o no esta opción recae en última instancia en el paciente.

En resumen, hay una alternativa razonable si:

- a. El tratamiento/intervención propuesto alivia significativamente el sufrimiento insoportable del paciente;
- b. El tratamiento/intervención propuesto tiene efectos positivos durante un período de tiempo razonable;
- c. Cualquier inconveniente se encuentre compensado por los beneficios (ventajas en contraposición a inconvenientes);

La opinión del paciente es determinante a la hora de decidir si una alternativa es 'razonable'.

En su informe al Comité, el médico debe indicar si existían alternativas disponibles, cómo ha discutido las mismas con el paciente y por qué el paciente no las consideró razonable.

**Puntos clave referentes a la no existencia de 'alternativa razonable'**

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

- Conclusión alcanzada por el médico y el paciente juntos
- Una alternativa razonable tiene un impacto positivo significativo sobre el sufrimiento, tiene efectos bastante rápidos, se mantiene en el tiempo y presenta más beneficios que desventajas
- Los inconvenientes se deben de valorar a la luz de las circunstancias específicas del paciente
- El paciente puede rechazar los cuidados o el tratamiento paliativo; esto no impide necesariamente la aceptación de una petición de eutanasia.

### 3.6 EL MÉDICO INDEPENDIENTE

Antes de realizar la eutanasia, el médico debe consultar al menos con otro médico independiente que debe examinar al paciente y dar su opinión en relación a los requisitos legales y procedimientos contenidos en las secciones 3.2 a 3.5. El médico independiente debe emitir una opinión independiente y transmitirla por escrito al primer médico. El objetivo de esta consulta independiente es asegurar que la decisión del primer médico se ha tomado de la manera más cuidadosa posible. El asesoramiento de un médico independiente ayuda al primer médico a tener la certeza de que **todos los requisitos legales** se han respetado y a reflexionar sobre la situación antes de acceder a la solicitud y realizar la eutanasia.

En una gran mayoría de los casos el medico independiente pertenece al SCEN.<sup>17</sup> Los médicos del SCEN están formados para realizar valoraciones independientes. Están organizados por regiones. Uno de los objetivos de la organización SCEN es garantizar la calidad mediante la supervisión por pares.

#### Necesidades de información del médico en las etapas preliminares

El médico independiente a que se refiere la Ley es la persona a quien el primer médico se dirige para una evaluación 'general' del caso: ¿se han cumplido los requisitos y procedimientos a que se refiere el artículo 2 (1) (a) a (d) de la Ley (petición, sufrimiento, información, alternativas)? El médico generalmente no consultará a un médico independiente hasta que esté considerando seriamente acceder a la solicitud de eutanasia del paciente.

El médico también puede pedir consejo a un médico del SCEN o a cualquier otro médico si tiene preguntas antes de que comience de manera efectiva el proceso de eutanasia. Estas preguntas pueden referirse al proceso (“¿Cuáles son los pasos que necesito dar?”), por ejemplo, si el médico tiene poca o ninguna experiencia de eutanasia o al paciente (“¿hay alguna razón para evaluar la competencia del paciente?”, “¿Existe algún tratamiento alternativo?”). Solicitar el apoyo de un médico del SCEN o de cualquier otro médico de este modo no es una consulta tal como la define la Ley. Se trata simplemente de una solicitud de asesoramiento previa a la 'consulta legal'.

#### La responsabilidad del médico en relación al médico independiente

El médico que realiza el procedimiento de eutanasia debe leer el informe escrito del médico independiente e incluirlo en su evaluación de la solicitud del paciente. El médico debe tomar la opinión del médico independiente muy en serio, pero no necesita el permiso del médico independiente para llevar a cabo la eutanasia. Si hay una diferencia de opinión entre los dos, el primer médico puede decidir acceder a la solicitud del paciente, pero tendrá que ser capaz de explicar los motivos de su

<sup>17</sup> El Programa de Apoyo y Evaluación de la Eutanasia en los Países Bajos (SCEN) capacita a los médicos para realizar evaluaciones independientes. Está dirigido por la Royal Dutch Medical Association (KNMG). El KNMG elaboró una guía para los médicos del SCEN en 2012, titulada “Goede steun en consultatie bij euthanasie” [ “Guía para la eutanasia y evaluación independiente”].

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

decisión al Comité. Alternativamente, puede consultar a otro médico independiente, aunque la idea no es que deba continuar buscando hasta que encuentre a un médico independiente que esté de acuerdo con él.<sup>18</sup> Un médico que ha consultado a múltiples médicos independientes debe presentar todos los informes escritos de los médicos independientes al Comité.

En el interés del médico que realiza la eutanasia, el médico independiente deberá redactar un informe completo.<sup>19</sup> A veces la calidad del informe es cuestionable porque, por ejemplo, el médico independiente no ha evaluado todos los criterios de accesibilidad a la eutanasia o no ha presentado suficientes argumentos en apoyo de su conclusión, o el informe puede contener incoherencias internas. El médico que realiza la eutanasia es responsable ante el Comité de la calidad del informe del médico independiente. Después de todo, es él quien está obligado a demostrar convincentemente que se han cumplido todos los requisitos legales. Si el informe del médico independiente es deficiente, el médico puede tener que pedirle al médico independiente más información. Si es necesario, el médico puede referirse a las directrices elaboradas por el KNMG / SCEN sobre las responsabilidades del médico independiente y la calidad de los informes.<sup>20</sup>

### La independencia y experiencia del médico independiente

La ley requiere consultar, al menos, a otro médico *independiente*. Esto significa que el médico debe estar en posición de formar su propia opinión de manera independiente. Esto se refiere a la independencia en relación tanto con el primer médico como con el paciente.<sup>21</sup> Cualquier posible duda sobre su independencia debe evitarse. Por lo tanto, es importante que el médico independiente explique su relación con el médico y el paciente en su informe.

Es posible que el médico y el médico independiente se conozcan, tal vez como miembros de un grupo de supervisión por pares. Esto no tiene por qué ser un problema. Pero en principio puede haber problema de independencia *en relación con el médico*, si el médico independiente es de la misma clínica o asociación, si hay una relación de dependencia con el médico (por ejemplo, el médico independiente tiene dependencia jerárquica con el primer médico), o si existe una relación familiar entre ellos. Y si ambos médicos regularmente actúan como médicos independientes el uno para el otro, o se conocen socialmente, el médico seleccionado para la consulta puede no ser de hecho independiente, o no parecerlo.

En el caso en que ambos médicos pertenezcan a un mismo grupo de suplentes o interinos, el que este hecho anule la independencia de la evaluación depende de las circunstancias. Lo que importa es que el médico y el médico independiente sean conscientes de esto y reflejen su opinión sobre este tema en sus informes al Comité.

Los Comités prefieren que el médico independiente sea seleccionado "al azar" siempre que sea posible, utilizando la lista de turnos del SCEN. En los casos en que sea importante consultar a un médico con experiencia específica (psiquiatra, geriatra, etc.), un especialista en este campo debe ser consultado como médico independiente, además del médico normal del SCEN llamado a hacer una evaluación de todos los criterios mencionados anteriormente.

➤ [Para más información sobre estos casos ver las secciones 4.3 a 4.5](#)

<sup>18</sup> Véase la sección 23 de la guía "Goede steun en consultatie bij euthanasie" (2012) del KNMG.

<sup>19</sup> El SCEN ha diseñado una plantilla para el informe del médico independiente.

<sup>20</sup> La guía "Goede steun en consultatie bij euthanasie" (2012) del KNMG y la plantilla para el informe del médico independiente diseñado por el SCEN.

<sup>21</sup> Véase también "Standpunt inzake euthanasie" (Documento sobre la eutanasia). KNMG, Utrecht, 2003, pp. 14-16

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

Si el médico del SCEN tiene la experiencia específica requerida, por lo general no será necesario consultar a otro médico. Esto también evita molestias innecesarias al paciente.

La independencia del médico independiente *en relación con el paciente* implica entre otras cosas que no exista relación familiar o amistad entre el médico independiente y el paciente y que el médico independiente no esté tratando en la actualidad al paciente y no lo haya hecho en un pasado reciente. Un contacto en una sola ocasión en calidad de sustituto, no tiene por qué presentar ningún problema. Esto dependerá de la naturaleza del contacto y cuando ocurrió.

La ley no requiere que el médico independiente dé su opinión sobre los criterios específicamente médicos (ver la sección 3.7). Sin embargo, no hay ninguna razón por la cual el médico independiente no deba hacer preguntas sobre este asunto o aconsejar al primer médico.<sup>22</sup>

En términos generales, es importante que el médico independiente tenga la experiencia suficiente para evaluar adecuadamente el caso. Si el médico independiente tiene dudas al respecto, es importante que lo discuta con el médico.

### En principio, el médico independiente debe ver y hablar con el paciente

De acuerdo con la Ley, el médico independiente debe ver al paciente.<sup>23</sup> En la gran mayoría de los casos, esto implicará tanto ver cómo hablar con el paciente. Es posible que el paciente ya no sea capaz de conversar en el momento en que es visitado por el médico independiente. Si el primer médico puede en un momento dado pronosticar esta posible evolución de la situación del paciente, deberá pedir antes la visita del médico independiente. Si es necesario, el médico y el médico independiente pueden ponerse en contacto por teléfono después. Si el médico independiente ya no puede comunicarse con el paciente durante su visita, debe proporcionar una evaluación basada en todos los demás hechos y circunstancias disponibles y relevantes. Puede ser útil obtener más información del médico y de cualquier miembro de la familia del paciente. Por lo tanto, la ley no requiere que el médico independiente pueda comunicarse en todo momento con el paciente (verbalmente o no verbalmente). Esto también se deduce de que la Ley permite realizar la eutanasia sobre la base de las Directrices Anticipadas del paciente cuando un paciente ya no es capaz de comunicarse.

➤ [Más información sobre directrices anticipadas en la sección 4.1](#)

➤ [Más información sobre coma y conciencia disminuida en el apartado 4.7](#)

En algunos casos el médico independiente visita al paciente muy poco antes de que se realice la eutanasia, a veces incluso el día de la muerte del paciente. Las circunstancias del caso, y en particular cualquier deterioro inesperado y grave de la situación del paciente, pueden hacer que esto sea inevitable. El informe del primer médico debe dejar claro que estaba al tanto de las conclusiones del médico independiente.

### Segunda consulta al médico independiente

No es raro que pase algún tiempo entre la visita del médico independiente al paciente y la realización de la eutanasia. Esto no suele ser un problema. La ley no dice nada sobre la 'vida útil' del informe del médico independiente. En términos generales, el informe permanecerá válido siempre y cuando no haya un cambio fundamental en las circunstancias del paciente y en el progreso de la enfermedad. El tiempo entre la visita del médico independiente y la realización de la eutanasia es más probable que

<sup>22</sup> Véase la sección 22 de la guía del KNMG en la nota al pie 21.

<sup>23</sup> Ver al paciente significará normalmente visitarlo. Esto puede derivar en problemas prácticos en Bonaire, San Eustaquio y Saba, por lo que el médico independiente y el paciente pueden conversar mediante videoconferencia.

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

sea una cuestión de días y semanas que de meses. Cuanto más tiempo transcurra, más se justificará que el médico vuelva a ponerse en contacto con el médico independiente, y si no lo hace, el Comité formulará preguntas al respecto. No es posible dar una regla absoluta para tales casos. Corresponde al médico decidir, basándose en las opiniones anteriores del médico independiente y en la evolución de las circunstancias del paciente. El médico tendrá que ser capaz de explicar su decisión al Comité si es necesario.

Si se hacen necesarias nuevas consultas entre el médico y el médico independiente, porque ha transcurrido mucho tiempo y/o han surgido nuevos hechos, son las circunstancias que determinarán si una segunda visita del médico independiente es necesaria. A veces bastará con una llamada telefónica entre el médico y el médico independiente, o entre el médico independiente y el paciente.

El médico independiente generalmente tendrá que visitar al paciente una segunda vez si:

- visitó al paciente en una etapa temprana y encontró que el paciente todavía no padecía un sufrimiento insoportable;
- determinó que se habían cumplido todos los criterios, pero ha transcurrido mucho tiempo desde entonces o la situación del paciente ha cambiado de una manera que no estaba prevista cuando redactó su informe.

En estos casos, si el médico no puede ponerse en contacto con el médico independiente original, se puede consultar a otro médico independiente. Este último, generalmente, tendrá que ver al paciente.

Si el médico independiente ha indicado que el sufrimiento del paciente se volverá muy pronto insoportable y ha especificado lo que cree que supondrá el sufrimiento, normalmente no será necesaria una segunda visita del médico independiente si el sufrimiento del paciente se vuelve insoportable en un corto espacio de tiempo.

### Los Comités y el médico independiente

Los comités revisan las acciones del médico que se encarga del proceso, no las del médico independiente.<sup>24</sup> Sin embargo, se puede pedir al médico independiente que responda a las preguntas del Comité, ya sea por escrito o en persona. Esto no suele ocurrir.

El Comité puede contactar con el médico independiente si alberga cualquier duda respecto a la calidad de sus informes. Esto normalmente sólo será necesario si un médico independiente produce repetidamente informes de calidad cuestionable. Los Comités también proporcionan información general a la organización del SCEN sobre la calidad de los informes de los médicos de este organismo.

#### Puntos clave relativos al 'médico independiente'

<sup>24</sup> El KNMG ha constituido un comité de quejas sobre los médicos del SCEN, al cual cualesquiera de los actores involucrados en el caso de eutanasia puede remitir una queja sobre la actuación del médico del SCEN.

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

- Consultar a otro médico para asesoramiento sobre un asunto específico relacionado con los criterios no es una consulta formal en el sentido de la Ley.
- Consulta conforme a la ley: el médico consultado debe ser independiente, y cualquier posible duda al respecto debe evitarse.
- En principio, el médico independiente debe ver y hablar con el paciente; si la comunicación no es posible, es suficiente que le 'vea'.
- En ciertas circunstancias, especialmente si ha transcurrido un largo tiempo, puede ser necesario consultar al médico independiente una segunda vez (o, si no está disponible, otro médico independiente).
- El médico que realiza la eutanasia debe leer el informe del médico independiente y estudiarlo cuidadosamente.

### 3.7 PROTOCOLOS MÉDICOS DE ACTUACIÓN

El médico debe respetar unos protocolos médicos de actuación al realizar la eutanasia. Estos protocolos cubren dos aspectos: por un lado las sustancias y dosis administradas, y por otro lado los controles apropiados para determinar la profundidad del coma inducido. Al evaluar los criterios médicos, los Comités se refieren a las "Directrices para la práctica de la eutanasia y el suicidio asistido por un médico" de KNMG / KNMP de 2012 (referidas en lo sucesivo como las Directrices). Las Directrices dan recomendaciones a médicos y farmacéuticos sobre métodos prácticos y eficaces para realizar la eutanasia y ayudar al suicidio. En ellas se enumeran los medicamentos aconsejados, y también se formulan advertencias explícitas contra el uso de otros medicamentos.

#### Generalidades

A continuación, se establece una distinción entre la terminación de la vida a petición del paciente (cuando el médico administra las sustancias) y el suicidio asistido (cuando el propio paciente toma las sustancias que le ha entregado el médico). En ambos casos deben observarse ciertas normas. Por ejemplo, es importante que el informe del médico describa las sustancias administradas, las dosis y el método de administración, y la duración del procedimiento. Además, en ambos casos el médico debe tener unas dosis de medicamentos de emergencia disponibles en caso de que algo salga mal con las primeras. El médico no debe dejar dichas sustancias con el paciente antes de la terminación de la vida a petición del paciente o del suicidio asistido, ya que daría la oportunidad de tomar o administrar la sustancia en ausencia del médico al paciente o a una tercera persona.

#### Terminación de la vida a petición del paciente: protocolo para la administración de los medicamentos

En los casos de terminación de la vida a petición del paciente, las Directrices recomiendan la administración intravenosa de una sustancia que induzca el coma, seguida de la administración intravenosa de un relajante muscular. En las directrices se enumeran las sustancias que pueden utilizarse y las dosis recomendadas. Si el médico se desvía de las Directrices, tendrá que motivar de manera convincente su actuación. Es aconsejable que el médico informe previamente al paciente y a su familia sobre los efectos de dichas sustancias. También debe cumplir con los deseos individuales del paciente en la medida de lo posible, siempre que se encuentren dentro del ámbito previsto por las

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

Directrices. Una sustancia como el midazolam puede utilizarse como medicación previa antes de que se administre una sustancia recomendada para la inducción del coma.

### **Terminación de la vida a petición del paciente: verificación de la profundidad del coma**

El relajante muscular no debe administrarse hasta que el paciente se encuentre en coma profundo, ya que de otro modo podría percibir sus efectos. En consecuencia, es de vital importancia que el médico se asegure de que el coma es lo suficientemente profundo antes de administrar el relajante muscular. Si el Comité tiene alguna duda sobre este punto, le preguntará al médico sobre la profundidad del coma y cómo lo estableció.

### **La Terminación de la vida a petición del paciente debe ser realizada por un médico**

El médico no puede permitir que un familiar u otra persona administre los medicamentos en su presencia, usando un tubo PEG, por ejemplo. El médico debe realizar cada paso del procedimiento. Esto también significa que el médico debe permanecer presente hasta que ocurra el fallecimiento.

### **Suicidio asistido: medicamentos y dosis**

En el caso del suicidio asistido, el médico disuelve la sustancia (un barbitúrico) en una poción y la entrega al paciente, que la ingiere. Los dos pasos descritos anteriormente (primero induciendo coma, después administrar un relajante muscular) no son aplicables en el suicidio asistido. Sin embargo, el médico debe administrar la medicación previa para prevenir el vómito y acelerar el paso de la sustancia a través del estómago. La Directrices enumeran el tipo de sustancias que se utilizarán en el suicidio asistido, así como sus dosis.

### **Suicidio asistido: el médico debe estar al lado del paciente**

Si el paciente lo desea, el médico puede salir de la habitación después de que el paciente haya tomado el medicamento. Sin embargo, debe permanecer en un lugar cercano al paciente para intervenir rápidamente si surgen complicaciones (por ejemplo, si el paciente vomita la poción). En ese caso, el médico puede tener que poner fin a la vida del paciente. A veces, el paciente no muere después de beber la poción de barbitúricos. El médico entonces tendrá que poner fin a la vida del paciente después de un cierto período de tiempo. Debe discutir esta posibilidad de antemano con el paciente y su familia, y acordar con el paciente cuánto tiempo esperará antes de terminar con su vida. El médico debe prepararse para esta eventualidad, insertando una cánula IV antes de ayudar al suicidio, y trayendo las sustancias necesarias para ayudar al paciente a morir.

### **Relación entre el médico y el farmacéutico**

El médico tiene la responsabilidad final de aplicar el protocolo de atención médica. Sus acciones son evaluadas por los Comités. Si el farmacéutico prepara la jeringa o la poción de antemano, su responsabilidad se limita a la preparación y al etiquetado. El médico debe comprobar si ha recibido las sustancias correctas y en las dosis correctas.

Es importante que el farmacéutico disponga de tiempo suficiente para verificar cuidadosamente los aspectos farmacéuticos del caso, tales como las sustancias y el método más adecuados para ser utilizadas. Por lo tanto, es importante que el médico se comunique con el farmacéutico con suficiente antelación.

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

No es tarea del farmacéutico evaluar si se han cumplido todos los requisitos legales para la realización de la eutanasia. Esto es responsabilidad del médico. Por lo tanto, es improbable que un farmacéutico se niegue a suministrar sustancias porque tiene una opinión diferente a la del médico sobre los criterios aplicados en el caso. Sin embargo, al igual que los médicos, los farmacéuticos no están obligados a participar en la eutanasia. Esta es otra razón por la cual es aconsejable un contacto con tiempo suficiente entre el médico y el farmacéutico, con el fin de evitar problemas de última hora.

### **Puntos clave del 'protocolo médico para la terminación de la vida a petición del paciente'**

- Pasos a seguir:
  - el médico administra la sustancia para la inducción del coma
  - verifica la profundidad del coma
  - el médico administra el relajante muscular
- Sustancias recomendadas, dosis, métodos de administración y métodos de verificación del coma: Directrices 2012 de KNMG/KNMP
- El médico debe tener disponible una dosis de medicamentos de emergencia de las sustancias intravenosas

### **Puntos clave del 'protocolo médico para el suicidio asistido'**

- Pasos a seguir:
  - insertar una cánula IV y administrar la medicación previa contra las náuseas
  - acordar con el paciente y su familia el tiempo de espera antes del fallecimiento si fuera necesario
  - el médico facilita la poción de barbitúricos al paciente
  - el médico permanece presente o en las inmediaciones hasta que se confirma el fallecimiento
- Sustancias recomendadas, dosis y métodos de administración: Guía 2012 de KNMG/KNMP
- El médico debe tener disponible una dosis de emergencia de sustancias intravenosas

## 4

### PROBLEMAS ESPECÍFICOS

#### 4.1 LAS DIRECTRICES ANTICIPADAS

El artículo 2 (2) de la Ley de Terminación de la Vida a Petición Propia y suicidio Asistido estipula que un paciente mayor de 16 años y competente puede redactar unas directrices anticipadas con petición de eutanasia.<sup>25</sup> Si en algún momento el paciente ya no es capaz de expresar su voluntad, el médico puede aceptar las directrices anticipadas como una solicitud conforme al artículo 2 (1) (a) de la Ley. Por lo tanto, las directrices anticipadas tienen el mismo rango que una petición oral de eutanasia.

El artículo 2 (2) de la Ley establece que, en el caso de las directrices anticipadas, los criterios de tratamiento adecuado mencionados en la Ley son aplicables *mutatis mutandis*. Esto significa, de acuerdo con la jurisprudencia, que los criterios de tratamiento adecuado se adaptan en la mayor medida posible a la situación dada.<sup>26</sup> En otras palabras, en la evaluación de los criterios de tratamiento adecuado, el médico debe tener en cuenta las circunstancias específicas del caso; por ejemplo, si el paciente ya no es capaz de comunicarse o responder a preguntas. El médico, generalmente, habrá hablado con el paciente cuando él todavía era capaz de expresar su voluntad. Si surge una situación posteriormente en la que las directrices anticipadas del paciente entran en juego, la información obtenida en las anteriores conversaciones con el paciente será particularmente útil para el médico.

#### Otros criterios de tratamiento adecuado aplicables *mutatis mutandis*

Cuando las directrices anticipadas sustituyen una solicitud oral, los otros criterios de tratamiento adecuado se aplican *mutatis mutandis*. Los siguientes puntos generales deben tenerse en cuenta.

- a. La solicitud del paciente debe ser voluntaria y bien fundamentada: el médico será capaz de evaluar sobre la base de su comunicación anterior con el paciente si la petición hecha en las directrices anticipadas es 'voluntaria y bien fundamentada'. El hecho de que el paciente elaboró unas directrices anticipadas (y probablemente repitió y confirmó los deseos establecidos en las mismas, siempre y cuando fue capaz de hacerlo) puede considerarse como un claro indicio de que la solicitud es voluntaria y bien meditada. El médico también puede basar su conclusión en conversaciones con la familia del paciente o su representante.
- b. El paciente debe padecer un sufrimiento insoportable, sin perspectivas de mejora: aunque las directrices anticipadas sustituyan una solicitud oral, el médico todavía debe establecer o estar convencido de que el paciente está experimentando un sufrimiento insoportable inmediatamente antes de la terminación de la vida a petición propia.
- c. El paciente debe ser informado de su situación y pronóstico: el médico debe saber que el paciente fue informado de su situación y del pronóstico, cuando la comunicación oral con éste todavía era posible.

<sup>25</sup> La edad mínima fijada en el artículo 2(2) de la Ley es 16 años. Según la última frase del artículo 2(4), los pacientes con edades comprendidas entre 12 y 16 años pueden, asimismo, redactar unas directrices anticipadas legalmente válidas.

<sup>26</sup> Esto se establece en la exposición de motivos de la modificación de la Ley, relativo a la incorporación de la segunda frase del artículo 2(2) (Documentos Parlamentarios, Cámara de Representantes, 26 de 691, no. 35)

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

- d. No debe haber una alternativa razonable: como se indicó anteriormente (sección 3.5), esto es una conclusión a la que el médico y el paciente deben llegar juntos. Por tanto, es importante que el médico considere cuidadosamente lo que el paciente ha escrito sobre este asunto en sus directrices anticipadas y lo que dijo cuando todavía era capaz de comunicarse. Debe evaluar si las opiniones del paciente se aplican a la situación actual.
- e. El médico independiente: la ley establece que el médico independiente debe ver al paciente. Esto también es posible en esta situación, a pesar de que habrá poca o ninguna posibilidad de comunicación entre el médico independiente y el paciente. Por lo tanto, el médico independiente tendrá que basar su informe sobre sus propias observaciones y la información adicional obtenida de otras fuentes (historial de pacientes, directrices anticipadas, conversaciones con médicos y familiares).

*> Véanse también las secciones 3.6 y 4.7*

- f. Tratamiento médico adecuado: no hay problemas específicos en relación con este criterio en situaciones en las que se realiza la terminación de la vida sobre la base de unas directrices anticipadas.

Es importante que el médico informe meticulosamente sobre estos puntos, de manera que se puedan realizar evaluaciones correctas.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 2 (2) de la Ley, se considera que las directrices anticipadas reflejan la voluntad del paciente. En los casos en que las directrices anticipadas son coherentes con las declaraciones hechas por el paciente por vía oral cuando él todavía era racionalmente competente, no surgen dudas. Incluso si el paciente ya no es capaz de comunicarse normalmente, puede ser posible establecer a partir de su comportamiento y expresiones que sus deseos actuales son coherentes con los deseos anteriormente expresados, lo que confirma las directrices anticipadas. El médico debe estar alerta a cualquier comportamiento y expresiones que puedan indicar resistencia u objeciones a la terminación de la vida. Si este fuese el caso, la eutanasia no podrá llevarse a cabo.

### Contenido de las directrices anticipadas

Las directrices anticipadas pueden sustituir una solicitud oral, pero también pueden ayudar al médico a determinar cuándo llevar a cabo la petición del paciente. Esto depende de lo que el paciente ha especificado en sus directrices anticipadas. Es importante que el paciente indique lo más claramente posible las circunstancias específicas en las que su solicitud se deberá llevar a cabo. Estas deben ser circunstancias en las que el paciente esté padeciendo un sufrimiento insoportable.<sup>27</sup> El contenido de las directrices anticipadas desempeña un papel importante en la evaluación de si el sufrimiento es insoportable para este paciente en particular, además de la conducta del paciente y la opinión médica en cuanto a la evolución esperada de la enfermedad.

La Ley no limita la validez de las directrices anticipadas, ni requiere que sean actualizadas periódicamente. Sin embargo, cuanto más antiguas sean, más dudas puede haber en cuanto a su capacidad de reflejar los deseos reales del paciente. Las directrices anticipadas tendrán más fuerza si el paciente las ha actualizado, o si ha reafirmado su contenido por vía oral. Las directrices anticipadas deben redactarse preferentemente con la debida antelación y actualizarse con regularidad, y describir lo más precisamente posible las circunstancias en las que el paciente desearía no prolongar su vida. Es la responsabilidad del paciente hablar de sus directrices anticipadas con su médico cuando las redacte u actualice. El médico debe incluir esta información en el historial médico del paciente. Unas directrices anticipadas redactadas por el paciente, en las cuales se exprese con sus propias palabras, se consideran generalmente de más peso que un formulario estándar pre-impreso.

<sup>27</sup> Una excepción al requerimiento de que los médicos establezcan que el paciente está padeciendo un sufrimiento insoportable está descrita en la sección 4.7.

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

Los siguientes aspectos son, por tanto, importantes.

- ¿En qué medida o de qué manera el paciente confirmó sus directrices anticipadas (por vía oral o de otra manera) cuando aún era competente?
- Si el paciente ya no es capaz de una comunicación (efectiva), ¿ha habido algo en su comportamiento o expresiones que contradiga sus deseos expresados en las directrices anticipadas?
- Inmediatamente antes de la terminación de la vida, ¿el paciente se encuentra en un estado descrito en sus directrices anticipadas como una situación en la que desearía poner fin a su vida?

Considerando todas estas cosas, el deseo del paciente de que se le practique la eutanasia debe haber sido expresado de manera coherente en el tiempo para que las directrices anticipadas puedan considerarse como la expresión de su voluntad en el momento final de la vida.

### **Directrices anticipadas: puntos a tomar en cuenta:**

- Claridad de las directrices anticipadas
- ¿El paciente confirmó sus directrices anticipadas cuando era todavía competente?
- Tomando en consideración todos los datos: ¿se puede afirmar que las directrices anticipadas expresan la voluntad del paciente?
- ¿Se puede considerar que el paciente está experimentando un sufrimiento insoportable en el momento de llevar a cabo la eutanasia?
- ¿El comportamiento y las expresiones del paciente no contradicen de ninguna manera el contenido de las directrices anticipadas?
- ¿El médico ha informado meticulosamente de todo el proceso?

## 4.2 MENORES DE EDAD

La Ley para la eutanasia se aplica a las personas mayores de 12 años, pero impone una serie de requisitos adicionales para los menores de edad:

- Si el paciente es un menor con edad comprendida entre 12 y 16 años, la terminación de la vida a solicitud del paciente sólo podrá llevarse a cabo con el consentimiento de los padres (s) o tutor(es) (artículo 2 (4) de la Ley).
- Si el paciente es un menor con edad de 16 o 17 años, los padres(s) o tutor(es) deben ser consultados en el proceso de toma de decisiones, pero no se requiere su consentimiento (artículo 2 (3) de la Ley).

Los procedimientos descritos en la sección 3 de este documento son, por supuesto, aplicables en ambos casos. Los requisitos legales relativos a la participación de los padres (s) o tutor(es) en el proceso de toma de decisiones también se aplican si la solicitud del menor es realizada mediante unas directrices anticipadas<sup>28</sup>.

En el caso de la solicitud de un menor de edad, se prestará especial atención a la capacidad de tomar decisiones manifestada por el paciente. No se considera imposible que un menor de edad sea competente con respecto a la eutanasia, pero el médico y el médico independiente tendrán ambas consideraciones especialmente cuidadosas en este aspecto.

Las notificaciones de eutanasia relacionadas con menores de edad comprendida entre 12 y 18 años son poco frecuentes. Entre 2002 y 2014 los Comités Regionales de Revisión de la Eutanasia (RET) recibieron sólo cinco notificaciones. En todos los casos, la familia del paciente entendió y respetó la solicitud de eutanasia formulada por el paciente.

<sup>28</sup> Ver nota 25.

## 4.3 PACIENTES CON TRASTORNO PSIQUIÁTRICO

De acuerdo con la sentencia del Tribunal Supremo en el caso *Chabot* en 1994, los médicos deben prestar especial atención cuando una solicitud de eutanasia está motivada (en gran medida) por un sufrimiento mental.<sup>29</sup> Tales casos implican a menudo problemas psiquiátricos complejos, y requieren conocimientos específicos de expertos.<sup>30</sup> Se debe extremar el cuidado al evaluar el carácter voluntario y bien fundamentado de la solicitud, la ausencia de perspectivas de mejora, así como la falta de una razonable alternativa. Hay que descartar que el trastorno psiquiátrico del paciente haya deteriorado su capacidad para formar juicios razonados. Si el paciente no es competente para tomar decisiones con respecto a la eutanasia, su solicitud no puede ser considerada como voluntaria y bien razonada. El médico debe tener especialmente en cuenta si el paciente parece capaz de captar información relevante, entiende su enfermedad y es coherente en sus deliberaciones.

➤ Véase también la sección 3.2

Por lo que respecta al sufrimiento sin perspectivas de mejora y a la ausencia de una alternativa razonable, la posibilidad de otras opciones de tratamiento para el paciente debe ser cuidadosamente explorada. Esto es particularmente cierto en caso de paciente relativamente joven que podría vivir aún muchos años.<sup>31</sup> Si el médico no tiene los conocimientos y la experiencia necesarios para evaluar si se dispone de alternativas, tendrá que consultar a los médicos que sí tienen la capacidad de hacerlo. Si el paciente rechaza una alternativa razonable, no puede, en principio, decirse que está sufriendo sin perspectivas de mejora. Al mismo tiempo, los pacientes no están obligados a someterse a todas las formas imaginables de tratamiento. Véase también la sección 3.5.

Además de consultar a un médico independiente que evalúe si se cumplen todos los requisitos mencionados en los artículos 3.2 a 3.5, el médico también debe consultar con un psiquiatra independiente, para evaluar la aptitud del paciente a tomar decisiones en relación con su solicitud, y si está sufriendo sin perspectivas de mejora. Con el fin de evitar molestias innecesarias al paciente, la mejor opción consiste en consultar con un médico independiente (o un médico de la organización SCEN) que sea un psiquiatra cualificado.

## Combinación de trastornos somáticos y psiquiátricos

Lo anterior se refiere a pacientes que solicitan la eutanasia a causa de un sufrimiento asociado con un trastorno psiquiátrico. Los pacientes cuyo sufrimiento es causado en gran parte por un trastorno somático también pueden tener problemas mentales que agraven su sufrimiento. En estos casos, además, el médico y el médico independiente deben considerar explícitamente si los problemas mentales impiden realizar una solicitud voluntaria y bien fundamentada. Si el médico no es un psiquiatra, también puede ser necesario buscar el consejo de un psiquiatra. Debe decirse, sin embargo, que es normal que los pacientes estén desanimados en las circunstancias que les conducen a formular una solicitud de eutanasia, de modo que esto en sí no es necesariamente un signo de depresión.

<sup>29</sup> Concretamente, el Tribunal Supremo ordenó tener especial cuidado en aquellos casos donde el sufrimiento del paciente no resulta de manera clara de una enfermedad o de un trastorno somático y no consiste únicamente en la percepción del dolor y pérdida de funciones físicas (Tribunal Supremo 21 Junio 1994, NJ 1994/656).

<sup>30</sup> Ver también las directrices de la asociación Holandesa de psiquiatría (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie) en 'Tratamiento de las solicitudes de suicidio asistido procedentes de pacientes con trastorno psiquiátrico'. Utrecht 2009.

<sup>31</sup> Ver casos 11 y 12 en el Informe Anual de 2013, los cuales estaban relacionados con mujeres en la treintena. En ambos casos, el Comité encontró que todos los requisitos y procedimientos se habían cumplido.

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

El número de notificaciones recibidos por los Comités sobre pacientes con trastornos psiquiátricos se ha incrementado en los últimos años, especialmente desde el año 2011.

### **Pacientes con un trastorno psiquiátrico: puntos a tomar en cuenta:**

- ¿Se puede considerar el deseo de morir del paciente como una solicitud voluntaria y bien fundamentada, o más bien como un síntoma de su enfermedad?
- ¿Se ha establecido que no hay alternativa razonable para este paciente en particular?
- ¿Se ha consultado con un psiquiatra independiente además del médico independiente, o el médico independiente es psiquiatra?

## **4.4 PACIENTES CON DEMENCIA**

También hay razones para considerar los requisitos legales y los procedimientos con especial cuidado en los casos de pacientes con demencia. Esto es especialmente cierto con respecto a los criterios de competencia para tomar decisiones y de sufrimiento insoportable. A medida que avanza la demencia del paciente, su competencia para tomar decisiones disminuirá. Después de un tiempo, el paciente puede llegar a ser completamente incapaz de tomar una decisión razonada.

### **Demencia en etapas tempranas**

En la mayoría de los casos hasta ahora notificados a los Comités, el paciente estaba en una etapa temprana de demencia. En esta etapa el paciente generalmente tiene una comprensión suficiente de su enfermedad y es capaz de tomar una decisión en relación con su solicitud de eutanasia. Además de la disminución de la capacidad cognitiva y de la capacidad de actuar, el sufrimiento del paciente es a menudo determinado en parte por su miedo a un declive posterior y al impacto negativo sobre su autonomía y dignidad en particular (véase también la sección 3.3). El factor clave es la percepción por el paciente de la pérdida progresiva de personalidad, funciones y habilidades, y la comprensión de que este proceso es imparable. Esta perspectiva puede causar sufrimiento profundo en el momento presente.

### **Demencia en etapas tardías**

Todavía es posible conceder una solicitud de eutanasia en la etapa en que ha progresado la demencia hasta tal punto que el paciente ya no es competente para tomar una decisión y ya no puede comunicarse (o es capaz de comunicarse sólo mediante simples enunciados o gestos), siempre y cuando el paciente hubiese redactado unas directivas anticipadas cuando aún era competente. Las directrices anticipadas deben ser claras y evidentemente aplicables a la situación actual.

➤ *Para más información sobre las Directrices anticipadas, ver la sección 4.1*

El médico y el médico independiente deben considerar todo el proceso de la enfermedad y cualquier otra circunstancia específica al evaluar la solicitud. Deben interpretar los comportamientos y las declaraciones del paciente, tanto durante el proceso de la enfermedad como poco antes de que la eutanasia sea realizada. En ese momento, el médico debe estar convencido de que la eutanasia está conforme con las directrices anticipadas del paciente y que no existen contraindicaciones (como signos de que el paciente ya no desea que se termine su vida). También debe ser palpable para el médico que el paciente padece de sufrimiento insoportable en este momento. Como se ha indicado anteriormente, la evaluación del contenido de las directrices anticipadas tendrá una influencia importante.

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

En los casos de eutanasia en pacientes con demencia tardía, el médico y el médico independiente tienen mayor responsabilidad. El médico independiente (en su Informe) y el médico (en los documentos que presenta al comité) tendrán que proporcionar una descripción precisa de sus deliberaciones y de los hechos y circunstancias sobre los cuales han basado sus decisiones.

### Consulta

El procedimiento normal de consulta de un médico independiente generalmente será suficiente si el paciente que se encuentra en las primeras etapas de la demencia desea la eutanasia. El paciente tiene que haber sido diagnosticado de demencia según la práctica médica normal.

Cuando la eutanasia se debe realizar en las últimas etapas de la demencia, el médico debe consultar a un médico independiente reconocido (médico del SCEN), para evaluar los requisitos legales definidos en los artículos 3.2 a 3.5, y a un médico especializado en demencia (geriatra o médico de medicina interna especializado en geriatría). Con el fin de evitar molestias innecesarias al paciente, puede ser preferible consultar a un médico independiente (médico del SCEN) que también tenga tal experiencia. En las últimas etapas de la demencia, el médico independiente no siempre podrá hablar con el paciente. El médico independiente debe entonces basar su evaluación en todos los demás hechos y circunstancias. Unas directrices anticipadas redactadas por el paciente e informaciones adicionales por parte del médico o de la familia pueden ayudar en este proceso.

#### **Pacientes con demencia: puntos a considerar:**

- ¿Está todavía el paciente en condiciones de confirmar y expresar sus deseos?
- ¿Si no, existen unas directrices anticipadas ?
- ¿El paciente sigue siendo capaz de comunicarse en el momento en que debe realizarse la eutanasia?  
Si no:
  - ¿se trata, evidentemente, de una situación mencionada en las directrices anticipadas ?
  - ¿hay señales claras de que el paciente no desea terminar su vida ?
- ¿Ha consultado el médico a otro médico con experiencia en este campo o es ya el médico independiente un especialista?

### 4.5 PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Las notificaciones de casos de eutanasia en pacientes con discapacidad intelectual son raras.<sup>32</sup> Hay casos en que los pacientes con una discapacidad intelectual leve son capaces de formular una solicitud de eutanasia, voluntaria y bien fundamentada, que cumpla con todos los requisitos legales.<sup>33</sup> En estos casos, se debe prestar especial atención a la aptitud del paciente para tomar una decisión relativa a una solicitud de eutanasia.

Además del médico independiente normal, que evalúa los requisitos legales definidos en los artículos 3.2 a 3.5, el médico también tendrá que consultar con un médico que tenga la experiencia necesaria para evaluar la competencia del paciente (médico especializado en la atención a personas con discapacidad intelectual). Con el fin de evitar molestias innecesarias para el paciente, será preferible consultar con un médico independiente (médico del SCEN) que tenga tal experiencia.

<sup>32</sup> Ver caso 2 en el Informe Anual de 2012.

<sup>33</sup> Ver también *Medische beslissingen rond het levenseinde bij mensen met een verstandelijke beperking* ['Decisiones médicas en el final de la vida en personas con discapacidades intelectuales'], por la asociación Holandesa de médicos para las personas con discapacidades intelectuales (NVAVG), 2007.

## 4.6 PACIENTES CON AFASIA

La afasia es un desorden del lenguaje. Los pacientes con afasia suelen tener problemas en el uso y/o la comprensión del lenguaje. Un paciente con afasia puede ser capaz de realizar una solicitud voluntaria y bien fundamentada, pero generalmente tendrá problemas para expresar verbalmente su opinión y sus deseos. Un paciente con afasia será capaz generalmente de expresar su voluntad o de responder a las preguntas de otra manera, como por ejemplo apretando la mano de alguien, o con expresiones o gestos de la cara. Otra opción podría ser hacer sólo preguntas que requieran un sí o un no por respuesta, que el paciente podrá expresar mediante gestos o signos. De esta manera, a pesar del desorden de lenguaje del paciente, será posible valorar adecuadamente su solicitud de eutanasia y su grado de competencia para decidir. Si también se cumplen los restantes criterios, la solicitud de eutanasia podrá llevarse a cabo.

Unas directrices anticipadas formuladas por el paciente pueden utilizarse como ayuda y complemento de sus limitadas expresiones verbales.

## 4.7 ESTADOS DE COMA O DE CONSCIENCIA REDUCIDA

El sufrimiento experimentado por el paciente tiene especial importancia a la hora de considerar si la eutanasia de un paciente en estado de coma o de consciencia reducida es aceptable.

### **Coma**

El sufrimiento presupone la existencia de cierta consciencia. Si un paciente se encuentra en coma, es decir, en un estado de inconsciencia completa, es incapaz de experimentar sufrimiento.

### **Consciencia reducida**

Si un paciente se encuentra en un estado de consciencia reducida, no puede descartarse la posibilidad de que esté sufriendo, quizá de forma insoportable<sup>34</sup>

## **Cuando el estado de coma o de consciencia reducida aparece justo antes de llevar a cabo la eutanasia**

Es posible que un paciente entre en coma o en un estado de consciencia reducida justo antes del momento acordado o previsto para realizar la eutanasia. Esta es una situación difícil, porque plantea la cuestión de si la eutanasia puede llevarse a cabo. Para responder a esta pregunta es necesario distinguir entre las diferentes situaciones que pueden plantearse.

### **1. Coma irreversible (está causado por una enfermedad, o no se puede reanimar al paciente)**

El paciente puede haber entrado en coma de forma espontánea en la fase final de su enfermedad. Puesto que en este estado no puede experimentar sufrimiento, el médico no puede practicar la eutanasia, incluso si ya había consentido en llevarla a cabo.

### **Estado de consciencia reducida irreversible (causado por la enfermedad, no se puede reanimar al paciente)**

<sup>34</sup> La Escala de Coma de Glasgow (GCS) proporciona una guía para determinar en qué medida la consciencia del paciente, y por lo tanto su potencial de sufrimiento, se encuentran reducidos. La GCS está incluida en las "Directrices KNMG de Eutanasia en pacientes en estado de consciencia reducida", Utrecht, 2010.

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

El paciente entra espontáneamente en un estado de consciencia disminuida del que no es posible reanimarle pero existen indicios de que puede estar sufriendo. En esta situación el médico puede proceder a realizar la eutanasia. Si no existen indicios de que el paciente puede estar sufriendo la eutanasia no puede realizarse.

### **Estado de coma o consciencia reducida reversible (ha sido inducido médicamente, y puede revertirse retirando la medicación)**

Si el paciente se encuentra en un estado de coma o consciencia reducida que no ha ocurrido espontáneamente, sino que ha sido inducido mediante medicación, es posible reanimarle para constatar si está sufriendo o no. No obstante, los Comités consideran que este procedimiento es inhumano. En consecuencia, en esta situación, el médico puede llevar a cabo la eutanasia si el paciente la había solicitado previamente, o bien mediante unas directrices anticipadas. De esta forma no es necesario reanimar al paciente de su estado de coma o consciencia reducida (con o sin indicios de sufrimiento) sólo para que confirme al médico o a un médico independiente que su sufrimiento es insoportable.

### **El estado de coma o de consciencia reducida aparece después de producirse la consulta**

Si el paciente entra en un estado de consciencia reducida o coma reversible después de que un médico independiente le haya visitado y se haya comunicado con él, la eutanasia puede realizarse, no es necesario llamar nuevamente a dicho médico. En esta situación no es necesariamente imperativo disponer de las directrices anticipadas del paciente, incluso si éste ya no es capaz de expresar su voluntad en el momento de llevar a cabo la eutanasia.<sup>35</sup>

### **El estado de consciencia reducida se produce antes de que la eutanasia haya sido acordada**

El paciente también puede entrar en un estado de consciencia reducida o de coma reversible, en los que la eutanasia es en principio permisible, antes de que el médico independiente haya podido verle. En este caso, el médico independiente no puede comunicarse con él y debe basar su evaluación de la solicitud del paciente en la información que le proporciona el médico habitual, en las directrices anticipadas, en el historial médico del paciente y en la información proporcionada por otros. Tendrá que valorar el sufrimiento del paciente basándose en su propia observación, el historial del paciente y la información proporcionada verbalmente por su médico habitual y otras personas, tales como la familia del paciente y las personas encargadas de su cuidado.

➤ [Ver también la sección 4.8 sobre eutanasia y sedación paliativa.](#)

## **Cuando el estado de coma o de consciencia reducida aparece antes de que se planifique la eutanasia**

Un paciente puede entrar en coma o en un estado de consciencia reducida inesperadamente, antes de que el médico y el paciente hayan completado, o incluso iniciado, los procedimientos hacia la eutanasia. Con objeto de proceder a la misma, debe existir al menos unas directrices anticipadas elaboradas por el paciente. El médico independiente deberá ver al paciente. Además, si la situación de consciencia reducida es irreversible, deben existir indicios de que el paciente está o puede estar sufriendo.

➤ [Ver también las secciones 3.6 y 4.1](#)

<sup>35</sup> Ver también KNMG “Eutanasia para pacientes en estado de consciencia reducida” Utrecht, 2010.

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

### Coma/Estado de consciencia reducida: puntos a tomar en cuenta:

- El estado de coma o de consciencia reducida se produce poco antes del momento en que iba a llevarse a cabo la eutanasia programada:
  - ¿El medico ha establecido la profundidad del coma o de la reducción de consciencia?.
  - ¿Ha utilizado el GCS?
  - El estado de coma o de consciencia reducida, ¿es reversible?
  - Si el estado de consciencia reducida es irreversible, ¿se observan indicios de que el paciente está o puede estar sufriendo?
  - Si el medico independiente no vio al paciente antes de que entrara en coma o en el estado de consciencia reducida, ¿tiene información suficiente para llegar a una conclusión?
- El coma o el estado de consciencia reducida se produce antes de que se haya planificado la eutanasia:
  - Además de lo señalado anteriormente, ¿el paciente ha redactado unas directrices anticipadas?

## 4.8 EUTANASIA Y SEDACIÓN PALIATIVA

La eutanasia y la sedación paliativa son dos formas diferentes de acabar con, o disminuir, el sufrimiento insoportable del paciente. En el caso de la eutanasia la vida del paciente finaliza. Con la sedación paliativa, se conduce al paciente a un estado de consciencia reducida hasta el momento de su muerte. A diferencia de la eutanasia, la sedación paliativa es una práctica médica usual, aunque sujeta a determinados criterios y condiciones<sup>36</sup>.

Los pacientes con un sufrimiento insoportable pueden solicitar la eutanasia, pero a veces pueden optar por la sedación paliativa. Algunos de ellos no quieren la eutanasia, y para ellos la sedación paliativa puede ser una buena alternativa. Otros rechazan la sedación paliativa porque quieren permanecer conscientes hasta el final; en este caso, el paciente puede decidir que la sedación paliativa no es una 'alternativa razonable'. El rechazo de la sedación paliativa no constituye por tanto un obstáculo a la eutanasia.

➤ [Ver también la sección 3.5](#)

Existen casos en que se ha decidido acceder a la solicitud de eutanasia del paciente, pero se ha administrado la sedación antes de que la eutanasia se llevara a cabo. Este hecho puede dar lugar a una situación en la que el paciente es conducido a un estado de consciencia reducida justo antes de realizar la eutanasia, por lo que ya no es capaz de reiterar o reafirmar su solicitud. En este caso, puede realizarse la eutanasia si el paciente ha expresado con antelación –oralmente o mediante unas directrices anticipadas - que, de producirse esta situación, querría que la eutanasia se llevara a cabo. La opinión del Comité es que en estos casos seria inhumano reanimar al paciente con objeto únicamente de que confirme lo insoportable de su sufrimiento a su médico o al médico independiente

A veces, el paciente puede realizar una solicitud 'condicional' de eutanasia. En este caso, el paciente es inicialmente sedado, pero el paciente y el médico acuerdan que la eutanasia se llevará a cabo si se dan determinadas circunstancias. Por ejemplo:

- si la muerte se retrasa más de lo que el paciente desea<sup>37</sup>.

<sup>36</sup> Ver también Richtlijn palliatieve sedatie ("Directriz de sedación paliativa"). KNMG, Utrecht, 2009. Una de las condiciones es una esperanza de vida de dos semanas o menos.

<sup>37</sup> En este caso, puede concluirse que el paciente no da su consentimiento al mantenimiento de la sedación paliativa, en el sentido del consentimiento contemplado en la Ley de Contratos de Tratamiento Médico (artículo 450(1) del Libro 7 del Código Civil).

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

- si el paciente continua manifestando indicios de sufrimiento, a pesar de encontrarse en un estado de consciencia reducida.

El Comité recalca que es esencial que el paciente informe al médico de las situaciones específicas en las que su acuerdo para una sedación paliativa no es válido y solicita la eutanasia. En estas situaciones, el médico habitual deberá determinar también cual es el mejor momento para consultar con el médico independiente.

### 4.9 La “VIDA TERMINADA”

Como muestran claramente los debates hasta la aprobación de la Ley, la expresión “vida terminada” se refiere a la situación de personas generalmente de avanzada edad para las cuales la profesión médica no ha establecido la existencia de una enfermedad o desorden que venga acompañado de gran sufrimiento, pero que han llegado a la conclusión de que, para ellas, el valor de su vida se ha reducido hasta el punto de que prefieren morir a seguir viviendo. El tema de la “vida terminada” ha sido sujeto de debate desde hace años. La cuestión es si debe permitirse la eutanasia en estos casos<sup>38</sup>. Actualmente no está permitida. Como ponen de manifiesto la jurisprudencia y el historial legislativo, el sufrimiento insostenible debe tener una dimensión médica (ver también la sección 3.3). Sin embargo, no se requiere la existencia de una situación médica grave o de riesgo para la propia vida. Existen también numerosos síndromes geriátricos susceptibles de causar un sufrimiento insostenible sin perspectivas de mejora<sup>39</sup>.

### 4.10 REQUISITOS NO ESTABLECIDOS POR LA LEY

Existen ciertos malentendidos respecto a los criterios y condiciones previos a la eutanasia. Las notificaciones recibidas por los Comités muestran que los médicos y los médicos independientes establecen a veces condiciones no mencionadas en la Ley. Los requisitos establecidos en la Ley han sido debatidos y explicados en el Código de Aplicación. A continuación se incluye una lista de condiciones que *no* figuran en la Ley. Resumen:

- No es necesario que el paciente se encuentre en la fase terminal de su enfermedad. (ver la sección 2.2).
- No es necesario que el médico esté tratando al paciente (ver apartado 3.1).
- No es necesario que el paciente realice una solicitud de eutanasia por escrito, además de su solicitud verbal (sección 3.2).
- La solicitud del paciente debe estar bien fundamentada pero no es necesario que sea reiterada (sección 3.2).
- No es necesario el permiso del médico independiente para llevar a cabo la eutanasia (sección 3.6).
- Consultar con un médico experto en la evaluación de la capacidad de decisión de un paciente no es obligatorio, a menos que existan razones para ello (por ejemplo, si hay dudas razonables sobre la capacidad de decisión del paciente, en el caso de pacientes como los descritos en las secciones 4.2 a 4.5).
- La sedación paliativa no es una 'alternativa razonable' en el sentido del artículo 2 (1) (d) de la Ley (sección 4.8).

<sup>38</sup> Durante la redacción de este Código de Aplicación, un comité presidido por el Profesor Paul Schnabel estuvo trabajando en un informe de evaluación de las consecuencias de dar una respuesta positiva al deseo de un creciente grupo de personas en Holanda favorable a más autonomía para decidir sobre la forma de asistencia que reciben cuando consideran que su vida ha terminado. El informe se publicará en 2015.

<sup>39</sup> Ver también *De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde* [“El papel del médico en la finalización de la vida a petición del paciente”], KNMG, Utrecht, 2011, pp. 21-23, (en holandés).

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

- Generalmente es deseable, además de evidente, que la familia del paciente se involucre en una solicitud de eutanasia, pero no es un requisito; como tampoco lo es su consentimiento a la eutanasia<sup>40</sup>.

---

<sup>40</sup> La situación es diferente cuando el paciente que solicita la eutanasia es menor de edad; ver apartado 4.2.

# 5

## REFERENCIAS ÚTILES

### 5.1 WEBSITE DE LOS COMITÉS

La página web de los comités es [www.euthanasiecommissie.nl](http://www.euthanasiecommissie.nl). En ella se incluye información detallada sobre los procedimientos de los Comités. También se puede acceder a una selección de sus conclusiones, así como a los informes anuales conjuntos de dichos comités. Los informes anuales contienen descripciones de casos. La página web también contiene:

- un modelo de impreso para ser utilizado por los médicos en su informe de notificación al forense municipal
- un modelo de impreso del informe que los médicos deben adjuntar a la notificación.
- un modelo de impreso que deben utilizar los forenses municipales para sus notificaciones al Comité.

### 5.2 LA ORGANIZACIÓN SCEN

La organización SCEN, dependiente de KNMG, cumple un papel fundamental en relación con los procedimientos a aplicar en la consulta con el médico independiente (ver sección 3.6). En la gran mayoría de los casos, los médicos consultan con un médico formado en el SCEN. Para más información (en holandés) ver <http://knmg.artsennet.nl/Diensten/SCEN.htm>.

### 5.3 EVALUACIONES DE LA LEY

La Ley de Terminación de la Vida a Petición Propia y Suicidio Asistido (Procedimientos de Revisión) ha sido objeto de valoración dos veces, en 2007 y en 2012. Los informes de evaluación pueden encontrarse (en holandés) en [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl):

- Informe de evaluación de 2007:  
[http://www.zonmw.nl/nl/publicaties/detail/evaluatie-wettoetsing-levensbeeindiging-op-verzoek-en-hulp-bij-elfdoding/no\\_cache=1&cHash=864e5c92957c5f5d2746ec94897ee990](http://www.zonmw.nl/nl/publicaties/detail/evaluatie-wettoetsing-levensbeeindiging-op-verzoek-en-hulp-bij-elfdoding/no_cache=1&cHash=864e5c92957c5f5d2746ec94897ee990)
- Informe de evaluación de 2012:  
[http://www.zonmw.nl/nl/publicaties/detail/tweede-evaluatiewet-toetsing-levensbeeindiging-op-verzoek-en-hulp-bij-zelfdoding/?no\\_cache=1&cHash=048a18562816c15095a3b1b3a5f3b48d](http://www.zonmw.nl/nl/publicaties/detail/tweede-evaluatiewet-toetsing-levensbeeindiging-op-verzoek-en-hulp-bij-zelfdoding/?no_cache=1&cHash=048a18562816c15095a3b1b3a5f3b48d)

### 5.4 NORMAS DE ENVÍO DE EXPEDIENTES A LA FISCALÍA

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

Las notificaciones de eutanasia en las que los comités encuentran que el médico ha incumplido uno o varios de los requisitos legales son enviadas a la fiscalía y a la Inspección de Sanidad. El procedimiento seguido en estos casos por la fiscalía está establecido en las *Aanwijzing vervolgingsbeslissing levensbeëindiging opverzoek (euthanasie en hulp bij zelfdoding)* ["Instrucciones para las decisiones de imputación de delito en materia de terminación de la vida y suicidio asistido"], que pueden encontrarse (en holandés) en <https://www.om.nl/vaste-onderdelen/zoeken/@86299/aanwijzing-5/>.

Las decisiones de la fiscalía y de la Inspección de Sanidad se encuentran resumidas en los informes anuales de los Comités de Revisión que se publican en internet.

# Anexo

## DISPOSICIONES LEGALES PERTINENTES

Boletín Oficial 2001, 194

Ley del 12 de abril de 2001 que concierne la revisión de los procesos de terminación de la vida por petición propia y suicidio asistido y las enmiendas al Código Penal y a la Ley de Entierro e Incineración.

### TERMINACIÓN DE LA VIDA A PETICIÓN PROPIA Y SUICIDIO ASISTIDO (PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN)

#### CAPÍTULO I. DEFINICIONES

##### Artículo 1

Para los objetivos de esta Ley, se aplican las definiciones siguientes:

- Nuestros Ministros: el Ministro de Justicia y el Ministro de Sanidad, Bienestar y Deporte;
- Suicidio asistido: ayudar intencionadamente a una persona a suicidarse o facilitarle los medios necesarios a tal fin, tal y como se recoge en el artículo 294, párrafo segundo, segunda frase, del Código Penal;
- El médico: el médico que, según la notificación, ha llevado a cabo la terminación de la vida a petición del paciente o ha prestado auxilio al suicidio;
- El médico independiente: el segundo médico consultado sobre la petición de terminación de la vida del paciente;
- Los asistentes: los asistentes sociales a que se refiere el artículo 446, párrafo primero, del Libro 7 del Código Civil;
- El Comité: comité regional de revisión tal como definido en el artículo 3;
- Inspector regional: un inspector regional perteneciente al Cuerpo de Inspectores del Servicio Público de Asistencia Sanitaria.

#### CAPÍTULO II. REQUISITOS LEGALES

##### Artículo 2

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

1. Para cumplir con los requisitos legales definidos en el artículo 293, párrafo segundo, del Código Penal, el médico debe:
  - a. asegurarse de que la petición del paciente es voluntaria y bien fundamentada;
  - b. asegurarse de que el sufrimiento del paciente es insoportable, sin perspectiva de mejora;
  - c. informar al paciente sobre su situación y pronóstico;
  - d. llegar a la conclusión, junto con el paciente, de que no existe ninguna solución alternativa razonable para la situación en la que se encuentra el paciente;
  - e. consultar al menos con otro médico independiente, que deberá examinar al paciente y emitir su dictamen por escrito sobre el cumplimiento de los requisitos a los que se refieren los apartados (a) al (d);
  - f. llevar a cabo la terminación de la vida o el auxilio al suicidio con el máximo cuidado y esmero profesional posibles.
2. El médico podrá atender la petición de un paciente que cuente al menos con dieciséis años de edad, que ya no esté en condiciones de expresar su voluntad pero que estuvo en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses al respecto antes de pasar a encontrarse en el citado estado de incapacidad y que redactó una declaración por escrito que contenga una petición de terminación de su vida. Se aplicarán *mutatis mutandis* los requisitos a los que se refiere el párrafo primero.
3. Si se trata de un paciente menor de edad, cuya edad esté comprendida entre los dieciséis y los dieciocho años, al que se le pueda considerar en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses en este asunto, el médico podrá atender una petición de terminación de su vida o una petición de auxilio al suicidio, después de que los padres o el padre o la madre que ejerza(n) la patria potestad o la persona que tenga la tutela sobre el menor, haya(n) participado en la toma de la decisión.
4. En caso de que el paciente menor de edad tenga una edad comprendida entre los doce y los dieciséis años y que se le pueda considerar en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses en este asunto, el médico podrá atender una petición de terminación de su vida o una petición de auxilio al suicidio, en el caso de que los padres o el padre o la madre que ejerza(n) la patria potestad o la persona que tenga la tutela sobre el menor, esté(n) de acuerdo con la terminación de la vida del paciente o con el auxilio al suicidio. Se aplicará por analogía el párrafo segundo.

### **CAPÍTULO III. COMITES REGIONALES DE REVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE TERMINACIÓN DE LA VIDA A PETICIÓN PROPIA Y DEL SUICIDIO ASISTIDO**

#### **Parte 1: Constitución, composición y nombramiento**

##### **Artículo 3:**

1. Existen Comités regionales para la revisión de las notificaciones de casos en los que se ha llevado a cabo la terminación de la vida a petición propia y el auxilio al suicidio a las que

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

se refieren el artículo 293, párrafo segundo, y el artículo 294, párrafo segundo, segunda frase del Código Penal.

2. Un Comité estará compuesto por un número impar de miembros, de los cuales al menos uno deberá ser jurista - a la vez será presidente - un médico y un experto en cuestiones de ética. También formarán parte de este Comité los suplentes de las personas de cada una de las categorías nombradas anteriormente.

### **Artículo 4**

1. El presidente y los miembros del Comité, así como los miembros suplentes, serán nombrados por Nuestros Ministros para un periodo de seis años. Los miembros sólo podrán ejercer un segundo mandato de seis años.
2. Cada Comité tendrá un secretario y uno o varios secretarios suplentes, todos ellos juristas, que serán nombrados por Nuestros Ministros. El secretario tendrá un voto consultivo en las reuniones del Comité.
3. En todo lo relativo a su trabajo para el Comité, el secretario sólo deberá rendir cuentas ante dicho Comité.

### **Parte 2: Dimisión y despido**

#### **Artículo 5**

El Presidente, los miembros y los miembros suplentes podrán presentar su dimisión a Nuestros Ministros en todo momento.

#### **Artículo 6**

El Presidente, los miembros y los miembros suplentes podrán ser despedidos por Nuestros Ministros por razón de ineptitud o incapacidad o por cualquier otra razón bien fundamentada.

### **Parte 3: Remuneración**

#### **Artículo 7**

El Presidente, los miembros y los miembros suplentes percibirán dietas y el reembolso de sus gastos de viaje y alojamiento conforme al actual baremo oficial, siempre que estos gastos no estén cubierto por el Tesoro Público por otro concepto.

### **Parte 4: tareas y competencias**

#### **Artículo 8**

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

1. Partiendo del informe referido en el artículo 7, párrafo dos, de la Ley de Entierros e Incineraciones, el Comité juzgará si el médico que ha realizado la terminación de la vida a petición del paciente o el auxilio al suicidio, ha actuado conforme a los requisitos legales referidos en el artículo 2.
2. El Comité podrá solicitar al médico que complete su informe por escrito u oralmente, en el caso de que esta medida se considere necesaria para poder evaluar convenientemente la actuación del médico.
3. El Comité podrá pedir información al médico forense, al asesor o a los asistentes pertinentes, en el caso de que ello sea necesario para poder evaluar adecuadamente la actuación del médico.

### Artículo 9

1. El Comité comunicará al médico por escrito su dictamen motivado dentro del plazo de seis semanas contadas a partir de la recepción del informe al que se refiere el artículo 8, párrafo primero.
2. El Comité comunicará su dictamen a la Fiscalía General del Estado y al inspector regional para la asistencia sanitaria:
  - a. en caso de que, en opinión del Comité, el médico no haya actuado conforme a los requisitos referidos en el artículo 2; o
  - b. en caso de que se produzca una situación como la recogida en el artículo 12, última frase de la Ley de Entierros e Incineraciones. El Comité comunicará esta circunstancia al médico.
3. El plazo citado en el apartado 1 podrá ser prolongado una sola vez por un máximo de seis semanas. El Comité se lo comunicará al médico.
4. El Comité tendrá competencia para dar una explicación oral al médico sobre su dictamen. Esta explicación oral podrá realizarse a petición del Comité o a petición del médico.

### Artículo 10

El Comité estará obligado a facilitar al fiscal toda la información que solicite y que sea necesaria:

- 1º para poder juzgar la actuación del médico en un caso como el referido en el artículo 9, párrafo segundo; o
- 2º para una investigación criminal.

## PARTE 6: Método de trabajo

### Artículo 11

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

El Comité se encargará de llevar un registro de todos los casos de terminación de la vida a petición propia o de auxilio al suicidio que se le hayan notificado. Nuestros Ministros podrán establecer reglas más detalladas al respecto mediante orden ministerial.

### Artículo 12

1. El dictamen del Comité se aprobará por mayoría simple de votos.
2. Un dictamen sólo podrá ser aprobado por el Comité en el caso de que todos sus miembros tomen parte en la votación.

### Artículo 13

Los presidentes de los Comités regionales de revisión se reunirán por lo menos dos veces al año para evaluar el método de trabajo y el funcionamiento de los Comités. A la reunión acudirán un representante de la Fiscalía General del Estado y un representante del Departamento de Inspección del Servicio Público de Asistencia médica.

## Parte 7: Confidencialidad y abstención

### Artículo 14

Los miembros o los miembros suplentes del Comité estarán obligados a mantener la confidencialidad de los datos a los cuales tienen acceso en la realización de sus tareas, salvo que alguna disposición legal les obligue a comunicarlos o que la realización de su tarea lo haga necesario.

### Artículo 15

Todo miembro del Comité deberá abstenerse y podrá ser recusado cuando se trate un caso y se produzcan hechos o circunstancias que pudieran afectar a la imparcialidad de su dictamen.

### Artículo 16

Los miembros, los miembros suplentes y el secretario del Comité se abstendrán de opinar acerca de la intención de un médico de llevar a cabo la terminación de la vida a petición del paciente o de prestar auxilio al suicidio.

## Parte 8: De los informes

### Artículo 17

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

Una vez al año, antes del 1 de abril, los Comités presentarán ante Nuestros Ministros un informe sobre el trabajo realizado en el pasado año natural. Nuestros Ministros establecerán el modelo mediante orden ministerial.

En el informe sobre el trabajo realizado referido en el párrafo anterior, se hará mención en todos los casos:

- a. del número de casos de terminación de la vida a petición propia y de suicidio asistido que se le hayan notificado y sobre los cuales el Comité ha emitido un dictamen;
- b. la naturaleza de estos casos;
- c. los dictámenes razonados emitidos por el Comité.

### Artículo 18

Cada año, con ocasión de la presentación del presupuesto al Parlamento, Nuestros Ministros entregarán un informe sobre el funcionamiento de los Comités, basado en el informe del trabajo mencionado en el artículo 17, párrafo primero.

### Artículo 19

1. A propuesta de Nuestros Ministros y por medio de decreto ley, se fijarán:
  - a. el número de Comités y sus competencias;
  - b. sus sedes.
2. En virtud de o mediante decreto ley, Nuestros Ministros podrán establecer más reglas referentes a:
  - a. el número de miembros y la composición de los Comités;
  - b. sus métodos de trabajo y la presentación de sus informes.

## CAPÍTULO IIIA. BONAIRE, SAN EUSTAQUIO Y SABA

*(NdT: esta parte del texto trata de la modificación de las leyes particulares de territorios holandeses en el Caribe para incorporar la presente ley.)*

*Wikipedia: Caribe Neerlandés (en neerlandés, Caribisch Nederland) es el nombre que reciben tres islas con el estatus político de municipalidades especiales de los Países Bajos localizadas en el mar Caribe. La región está conformada por Bonaire, San Eustaquio y Saba. )*

## CÓDIGO PENAL

### Artículo 293

1. El que quitare la vida a otra persona, según el deseo expreso y serio de la misma, será castigado con pena de prisión de hasta doce años o con una multa de la categoría quinta.
2. El supuesto al que se refiere el párrafo 1 no será punible en el caso de que haya sido cometido por un médico que haya cumplido con los requisitos y procedimientos recogidos en el artículo 2 de la Ley de Terminación de la Vida a Petición Propia y de Suicidio Asistido (procedimientos de revisión), y lo haya comunicado al forense municipal conforme al artículo 7 párrafo segundo de la Ley de Entierros e Incineraciones.

### Artículo 294

1. El que de forma intencionada indujere a otro para que se suicide será, en caso de que el suicidio se produzca, castigado con una pena de prisión de hasta tres años o con una multa de categoría cuarta.
2. El que de forma intencionada prestare auxilio a otro para que se suicide o le facilitare los medios necesarios para ese fin, será, en caso de que se produzca el suicidio, castigado, con una pena de prisión de hasta tres años o con una multa de categoría cuarta. Se aplicará el artículo 293, párrafo segundo, *mutatis mutandis*

## LEY DE ENTIERROS E INCINERACIONES

### Artículo 7

1. El que haya realizado la autopsia procederá a expedir un certificado de defunción si está convencido de que la muerte se ha producido por causas naturales.
2. En el caso de que el fallecimiento se haya producido como consecuencia de la aplicación de técnicas de terminación de la vida a petición propia o de suicidio asistido, a las que se refiere el artículo 293, párrafo segundo y el artículo 294, párrafo segundo, segunda frase del Código Penal, el médico que trata el paciente no expedirá ningún certificado de defunción e informará inmediatamente de las causas del fallecimiento al forense municipal o a uno de los forenses municipales mediante la cumplimentación de un formulario. El médico enviará además un informe motivado sobre el cumplimiento de los requisitos legales a los que se refiere el artículo 2 de la Ley de Terminación de la Vida y del Suicidio Asistido (Procedimientos de revisión).

## Holanda Código Prácticas Eut (Traducción por DMD)

3. Si el médico que trata al paciente decide, en casos diferentes a los referidos en el párrafo 2, que no puede expedir un certificado de defunción, lo notificará al forense municipal o a uno de los forenses municipales rellenando un formulario al efecto.