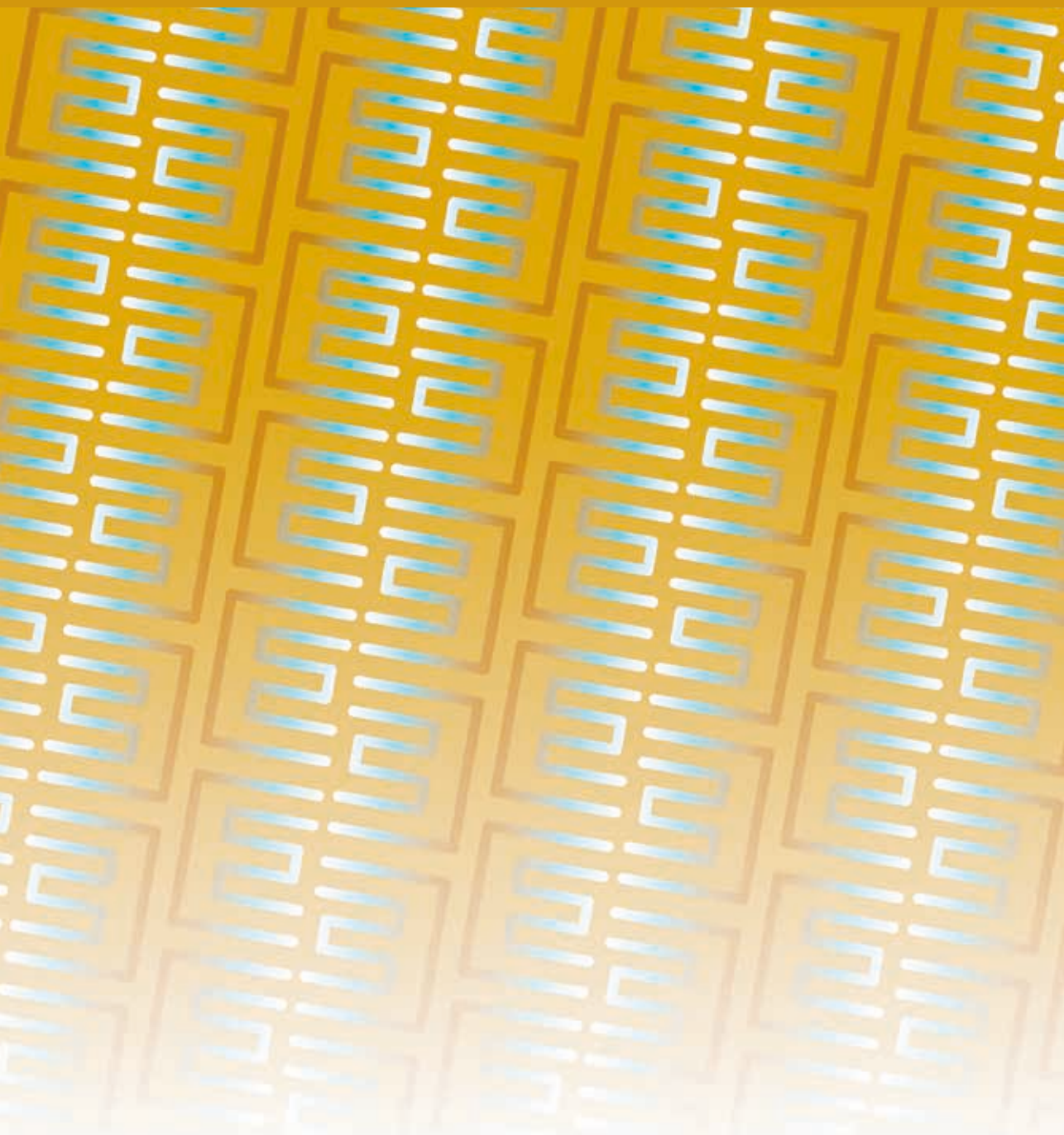


COMISIONES REGIONALES
DE VERIFICACIÓN
DE LA EUTANASIA

RTE

INFORME ANUAL 2018



COMISIONES REGIONALES
DE VERIFICACIÓN
DE LA EUTANASIA



INFORME ANUAL 2018

Nota sobre la traducción:

Con esta traducción al español, las CRV pretenden explicar al público internacional la política holandesa sobre la eutanasia. Por consideraciones económicas, se ha optado por no incluir en esta traducción determinados apartados dedicados a la forma de trabajo y organización de las CRV. Asimismo, tampoco se han traducido varios casos prácticos que servían como ejemplo y varios dictámenes en los que la comisión dictaminó que el médico había actuado “sin la diligencia y el cuidado debidos”. Esto se consigna en cada caso. Los dictámenes en cuestión pueden consultarse (en neerlandés) en el sitio web de las CRV (www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg), indicando el número mencionado.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I ACONTECIMIENTOS EN 2018	
1 Informe anual	11
2 Notificaciones	11
Número de notificaciones	11
Proporción hombre - mujer	13
Proporción entre terminación de la vida a petición propia - ayuda al suicidio	13
Naturaleza de las enfermedades	13
Enfermedades más comunes	13
Demencia	13
Enfermedades mentales	15
Acumulación de enfermedades propias de la vejez	15
Otras enfermedades	15
Edad	15
Lugar de la terminación de la vida	17
Médicos comunicantes	17
Eutanasia y donación de órganos y tejidos	19
Parejas (cónyuges)	19
No conformidad con los requisitos de diligencia y cuidado	19
“Zonas grises” en la verificación en la práctica	19
3 Forma de trabajo de las CRV, cambios	21
Casos que suscitan preguntas (VO), casos que no suscitan preguntas (NVO) y casos con dictamen resumido (ODB)	21
Notificaciones complejas	22
Código sobre la Eutanasia 2018	23
Sala de reflexión	23
Organización	23
CAPÍTULO II CASUÍSTICA	
1 Introducción	28
2 El médico ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado	31
2.1 Cinco casos representativos	31
Dictamen escrito resumido	32
Cáncer	
Caso 2018-116	33
Enfermedad del sistema nervioso	
Caso 2018-117 (no incluido)	35

Enfermedades pulmonares	
Caso 2018-118 (no incluido)	35
Enfermedades cardiovasculares	
Caso 2018-119 (no incluido)	35
Combinación de afecciones	
Caso 2018-125 (no incluido)	35
2.2 Casos ordenados según los cuatro requisitos de diligencia y cuidado de la WTL	36
Petición voluntaria y bien meditada	36
Caso 2018-80	36
Sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora	38
Caso 2018-32 (no incluido)	38
Ausencia de otra solución razonable	39
Caso 2018-120 (no incluido)	39
Consulta independiente	40
Casos 2018-121 y 2018-122 (no incluido)	40
2.3 Cinco notificaciones relativas a pacientes con enfermedades mentales, demencia o una acumulación de enfermedades propias de la vejez	41
Enfermedades mentales	41
Caso 2018-31	41
Demencia	44
Caso 2018-123	44
Caso 2018-41	46
Acumulación de enfermedades propias de la vejez	51
Caso 2018-44 (no incluido)	51
Caso 2018-50 (no incluido)	51
3 El médico no ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado	52
No se ha actuado conforme a los requisitos de una petición voluntaria y bien meditada y un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora	52
Caso 2018-69	53
Caso 2018-70 (no incluido)	59
No se ha actuado conforme al requisito de consulta (adicional) en el caso de un paciente psiquiátrico	59
Caso 2018-42	59
No se ha actuado conforme al requisito de consulta con, al menos, otro médico independiente	63
Caso 2018-04 (no incluido)	63
No se actuado conforme al requisito de realización con la diligencia de la práctica médica	64
Caso 2018-23	64
Caso 2018-75 (no incluido)	66

INTRODUCCIÓN

Discusión social

El año 2018 no pasará a la historia como un año en el que la eutanasia se haya experimentado como una figura asentada e incontrovertida.

Algunas de las causas fueron las discusiones sobre peticiones de eutanasia de pacientes con una enfermedad mental y sobre peticiones escritas de pacientes con una forma avanzada de demencia, que ya no podían expresar su voluntad en el momento de la realización efectiva. Discusiones que suscitaron diversos puntos de vista en los medios de comunicación, la política, el público en general y los médicos.

La Directriz sobre terminación de la vida a petición de pacientes con un trastorno psíquico (*Richtlijn levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis*) de la Asociación Holandesa de Psiquiatría (*Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, NvVP*), que fue publicada en el otoño de 2018, puede aportar algo de tranquilidad a la discusión sobre psiquiatría y eutanasia. También puede contribuir la intención de la Real Sociedad Holandesa para el Fomento de la Medicina (KNMG) de intentar ofrecer a los médicos una mayor orientación para resolver dilemas que surgen cuando se pide a un médico que acceda a una petición de eutanasia partiendo de una declaración escrita de voluntad, de una persona que ha perdido su capacidad legal en el momento de acceder a dicha petición.

En la primavera de 2018, las Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia (en lo sucesivo: las CRV) publicaron el Código sobre la Eutanasia 2018 (*EuthanasieCode*). En dicho documento se ofrece un práctico resumen de la forma en que las comisiones regionales de verificación interpretan los requisitos de diligencia y cuidado de la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio (*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*; en lo sucesivo: la WTL). Las CRV han expresado su satisfacción por el envío del Código sobre la Eutanasia 2018 a todos los médicos de familia, con ayuda financiera del ministro de Sanidad, Bienestar y Deportes (según sus siglas en neerlandés: VWS). Las CRV consideran el Código sobre la Eutanasia 2018 de lectura obligatoria para todos los médicos que se enfrentan a peticiones de pacientes que desean que les ayuden a morir (eutanasia o ayuda al suicidio).

Aunque la psiquiatría y la demencia avanzada, en combinación con la eutanasia, plantean irremediablemente cuestiones especialmente esenciales y complejas, debe constatarse al mismo tiempo que en 2018, del total de 6.126 notificaciones recibidas por las CRV, alrededor del 1 % se referían a pacientes que sufrían una enfermedad mental (67) o a pacientes a los que se aplicó la eutanasia conforme a una declaración de voluntad por escrito (2).

Al igual que en 2017, en 2018 más del 90% de las notificaciones se referían a situaciones en las que el paciente sufría de forma insoportable y sin posibilidades de mejora como consecuencia de una enfermedad sin curación o para las que se habían agotados los tratamientos, como cáncer, enfermedades cardiovasculares, demencia en sus primeras fases, enfermedades del sistema nervioso o una combinación de varias enfermedades (5553).

Papel del Ministerio Fiscal y la Inspección de Sanidad y Juventud (IGJ)

2018 fue además un año especial, porque la Inspección de Sanidad y Juventud (*Inspectie Gezondheid en Jeugd*, en lo sucesivo, según sus siglas en neerlandés: la IGJ) llevó ante el juez de medidas disciplinarias una petición de eutanasia, por primera vez en más de diez años. Más tarde en ese mismo año, la Junta de fiscales generales (*College van procureurs-generaal*, en lo sucesivo: la junta de FG) resolvió por primera vez desde la entrada en vigor de la WTL en 2002, procesar penalmente al mismo médico. La junta de FG decidió abrir un sumario penal en otros cuatro casos sobre los que las CRV dictaminaron en 2017 que los médicos en cuestión no habían cumplido uno o más de los requisitos de diligencia y cuidado de la WTL. Las reacciones de los medios de comunicación a todas estas novedades fueron muy diversas: desde “un cambio de tendencia poco deseable” hasta “finalmente, el Ministerio Fiscal hace lo que el legislador esperaba de él”.

La WTL prescribe que si la CRV dictamina que un médico no ha actuado conforme a uno o más de los requisitos de diligencia y cuidado descritos en dicha ley, el dictamen debe comunicarse a la junta de FG y a la IGJ.

Seguidamente, la IGJ y la junta de FG investigan y evalúan los casos que les ha comunicado la CRV.

Las CRV, la junta de FG y la IGJ estudian los mismos casos, pero desde puntos de vista y marcos jurídicos diferentes.

Las CRV examinan la cuestión de si el médico ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado de la WTL.

La IGJ comprueba (resumidamente) si la actuación del médico puede conllevar un riesgo para la atención sanitaria.

Finalmente, la junta de FG responde, en el mismo caso, si existe causa para procesar penalmente al médico.

Para responder a esas tres preguntas, las tres entidades disponen de distintos métodos de investigación y de distintas formas de resolución.

Resolución de casos controvertidos en 2017 y 2018

Considerando los años 2017 y 2018, debemos plantearnos la pregunta de si los dictámenes y resoluciones de las CRV, la junta de FG y la IGJ proporcionan normas unívocas y claras para la práctica: ¿partiendo de dichas actuaciones, pueden saber los médicos qué deben hacer en

situaciones comparables? Y si pueden señalarse diferencias en los resultados de la evaluación de esas tres instancias, ¿qué lecciones pueden extraerse?

En la búsqueda de respuesta para esas preguntas, el estudio detallado de los dictámenes de las CRV y de las resoluciones adoptadas al respecto por la IGJ y la junta de FG ofrece la imagen que se esboza a continuación.

En 2017, las CRV consideraron en doce casos que no se había actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado de la WTL. De esas doce notificaciones que “no cumplían los requisitos de diligencia y cuidado”, ocho fueron archivadas (de forma condicional) tras la correspondiente investigación y entrevista, con todos los matices expresados en la resolución o dictamen correspondientes.¹ La IGJ consideró que no existía motivo para procesar disciplinariamente a los médicos en esos casos. Se trataba de notificaciones en las que las CRV consideraron que se había comprometido la independencia del médico que se debía consultar o bien que la terminación de la vida no se había llevado a cabo con la diligencia y el cuidado debidos. Según la Instrucción sobre la decisión de procesamiento en casos de terminación de la vida a petición del paciente (*Aanwijzing vervolgingsbeslissing inzake levensbeëindiging op verzoek*), esos dos requisitos de diligencia y cuidado de la WTL no se consideran “normas sustanciales de diligencia y cuidado”.²

Los médicos en cuestión suscribieron el dictamen de la CRV o, al menos, indicaron que habían aprendido del dictamen y que, en cualquier caso, en los casos que pudieran presentarse en el futuro se ajustarían a las normas indicadas en el dictamen de la CRV.

En esos ocho casos, la IGJ y la junta de FG suscribieron también la infracción de la WTL constatada por la CRV. Pero como los médicos habían aprendido de los actos objeto de discusión, la IGJ consideró que no había motivo para temer una reiteración o un peligro para la salud. Por motivos prácticamente idénticos, la junta de FG indicó que no se podía procesar penalmente al médico o, al menos, que no consideraba oportuno procesar penalmente al médico.

En 2018, las CRV consideraron en seis casos que no se había actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado de la WTL. De esos seis casos considerados “faltos de la diligencia y el cuidado debidos”, hasta el momento presente la junta de FG y la IGJ han concluido la tramitación de cinco. Un caso todavía se está investigando. En los otros cinco casos, la IGJ resolvió, después de

1 Las resoluciones de la junta de FG sobre dictámenes de las CRV se publican en <https://www.om.nl/onderwerpen/euthanasie/beslissingen-college/>

2 La Instrucción sobre la decisión de procesamiento en casos de terminación de la vida a petición del paciente (eutanasia y ayuda al suicidio) puede encontrarse en: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0039555/2017-05-17>

haber hablado con los médicos, que teniendo en cuenta la seguridad del paciente, no existían motivos para seguir investigando o para adoptar medidas adicionales con relación a la actuación médica de los médicos en cuestión. En esos mismos cinco casos, la junta de FG decidió (tras la correspondiente investigación y después de haber mantenido conversaciones con los médicos) archivar (provisionalmente) las causas. La junta de FG suscribió en esos casos la infracción de los requisitos de diligencia y cuidado constatada por la CRV. Pero dado que los médicos en cuestión se habían sometido al control y habían indicado que en el futuro se encargarían de no volver a cometer las infracciones alegadas, la junta de FG resolvió que los médicos no debían ser procesados penalmente o que no era oportuno procesarlos. La junta de FG y la IGJ todavía deben pronunciarse sobre una de las notificaciones que las CRV consideraron en 2018 “falta de la diligencia y el cuidado debidos”.

Confirmación explícita de las normas de las CRV

Del total de dieciocho notificaciones sobre las que las CRV consideraron en 2017 y 2018 que no se habían cumplido uno o más de los requisitos de diligencia y cuidado, trece han sido archivadas (provisionalmente) con una confirmación explícita de las normas de la CRV, porque no existía reprochabilidad penal o porque se consideró que el procesamiento no era oportuno. La IGJ también decidió sobre esos trece casos que no era necesario sancionar disciplinariamente al médico.

A pesar de que todas esas notificaciones han sido estudiadas y juzgadas desde diversos puntos de vista jurídicos por tres instancias independientes, el resultado es unívoco y claro: los médicos pueden saber a partir de ahora lo que deben hacer en situaciones comparables.

Quedan los cuatro casos de 2017 sobre los que las CRV consideran que se ha actuado de forma contraria a la WTL y sobre los cuales la junta de FG hizo público el 8 de marzo de 2018 que en dichos casos se iba a abrir “una instrucción penal sobre una posible eutanasia punible”.

La junta de FG considera que los requisitos de diligencia y cuidado de la WTL que han sido infringidos en esos cuatro casos son “normas sustanciales de diligencia y cuidado”. Se trata de responder a la pregunta de si el médico ha podido concluir razonablemente que existía una petición voluntaria y bien meditada del paciente y a las cuestiones que conlleva sobre la validez de la declaración de voluntad por escrito. Además, se trata de responder a la pregunta de si el médico ha podido concluir que existía un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora del paciente.

En dos de esos cuatro casos que han sido objeto de un proceso penal, la junta de FG ya ha resuelto el archivo definitivo.

En ambos casos, lo que resalta al comparar el dictamen de la CRV y las resoluciones de archivo adoptadas por la junta de FG es que, durante la

instrucción penal realizada por un fiscal, por encargo de la junta de FG, salieron a la luz hechos diferentes y, en ocasiones, nuevos. En la instrucción penal, el fiscal interroga al médico en calidad de investigado (a diferencia de la CRV). Además, el fiscal también puede interrogar (bajo juramento) a otras personas, como por ejemplo familiares. No se puede excluir que, como consecuencia de ello, salgan a la luz hechos que no se trataron en la entrevista entre el médico y la CRV.

Para evitar que salgan nuevos hechos a la luz (demasiado tarde), es recomendable que el médico al que se pide que ofrezca explicaciones durante una reunión de la CRV, sobre una eutanasia practicada por él o ella, se prepare con mayor meticulosidad y facilite a la CRV toda la información relevante imaginable (hechos y circunstancias).

Durante la conversación con el médico, las CRV deben adoptar una postura más firme (a pesar de que el médico no es explícitamente un “investigado” para la CRV) para averiguar todos los hechos y circunstancias relevantes.

En resumen

En 2017 y 2018 las CRV evaluaron en conjunto un total de 12.711 notificaciones de eutanasia. Las CRV consideraron que dieciocho de esas notificaciones implicaban situaciones contrarias a uno o más requisitos de diligencia y cuidado de la WTL. De esos dieciocho casos, actualmente la junta de FG ha archivado ya quince.

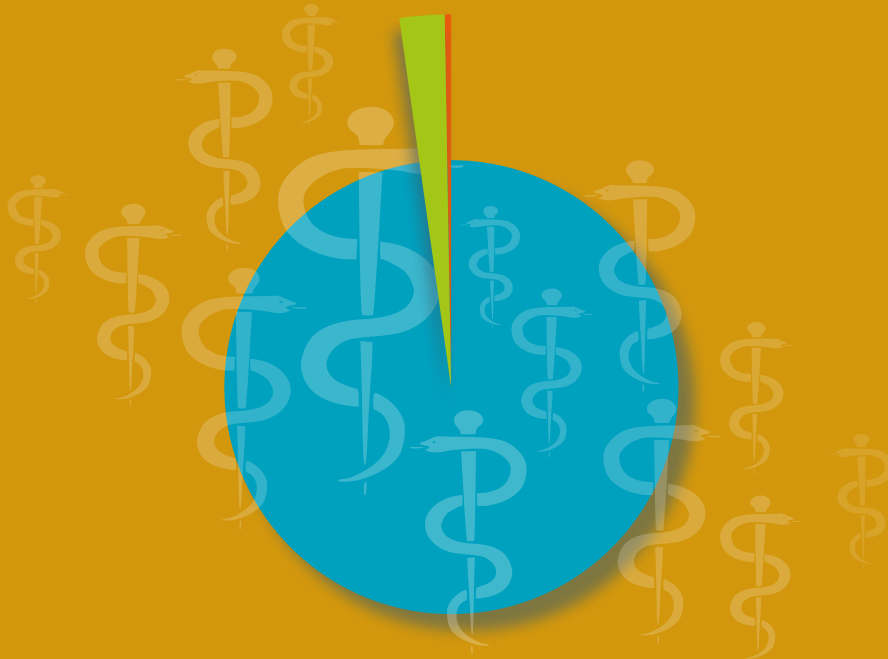
Evidentemente, los médicos experimentan como bastante estresante el que una CRV evalúe sus actos, y mucho más si posteriormente deben justificar esos mismos actos ante la IGJ y el Ministerio Fiscal. La práctica de la eutanasia en los Países Bajos se controla de una forma especialmente intrusiva. Pero según las cifras anteriores, no debería existir una mayor preocupación entre los médicos. Las normas derivadas de dicho control contribuyen a la diligencia y el cuidado de la práctica, sin que los médicos se vean enfrentados innecesariamente a procesos interpuestos contra ellos.

El cumplimiento de las directrices de la Real Sociedad Holandesa para el Fomento de la Medicina (KNMG), la mayor orientación ofrecida por la KNMG sobre cuestiones de eutanasia y demencia y la consulta intensiva por parte de los médicos del Código sobre la Eutanasia 2018 redactado por las CRV deben reducir las tensiones en torno a la realización de la eutanasia y aumentar el grado de precaución en el cumplimiento de los requisitos de diligencia y cuidado de la WTL.

Jacob Kohnstamm

Presidente coordinador de las Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia

Marzo de 2019



PROPORCIÓN ENTRE TERMINACIÓN DE LA VIDA A PETICIÓN PROPIA - SUICIDIO ASISTIDO

10

● terminación de la vida a petición	5898
● suicidio asistido	212
● combinación de ambos	16

CAPÍTULO I

ACONTECIMIENTOS EN 2018



1 INFORME ANUAL

Para más información sobre las líneas principales de la ley, la forma de trabajo de las comisiones, etc., véase el Código sobre la Eutanasia 2018 en euthanasie-commissie.nl.

En el informe anual, las Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia (en lo sucesivo: las CRV) informan sobre su trabajo durante el pasado año natural. De esta manera, rinden cuentas a la sociedad y la política sobre la forma en que han dado contenido a su tarea legal. Dicha tarea legal incluye verificar que las notificaciones de terminación de la vida a petición del paciente y de ayuda al suicidio cumplan los requisitos de diligencia y cuidado incluidos en la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio (en lo sucesivo, según las siglas en neerlandés: la WTL). En este informe anual, ambas formas de terminación de la vida se incluyen en el concepto general de eutanasia. Solo cuando sea necesario se hará una distinción entre la terminación de la vida a petición del paciente y la ayuda al suicidio.

Además, el informe tiene como objetivo informar a los médicos y otros interesados sobre la forma en que las comisiones han verificado y evaluado notificaciones concretas. En el informe anual también se tratan dichas notificaciones. Se ha intentado hacer accesible el informe anual para un público más amplio, evitando en lo posible usar o explicar términos jurídicos y médicos.

11

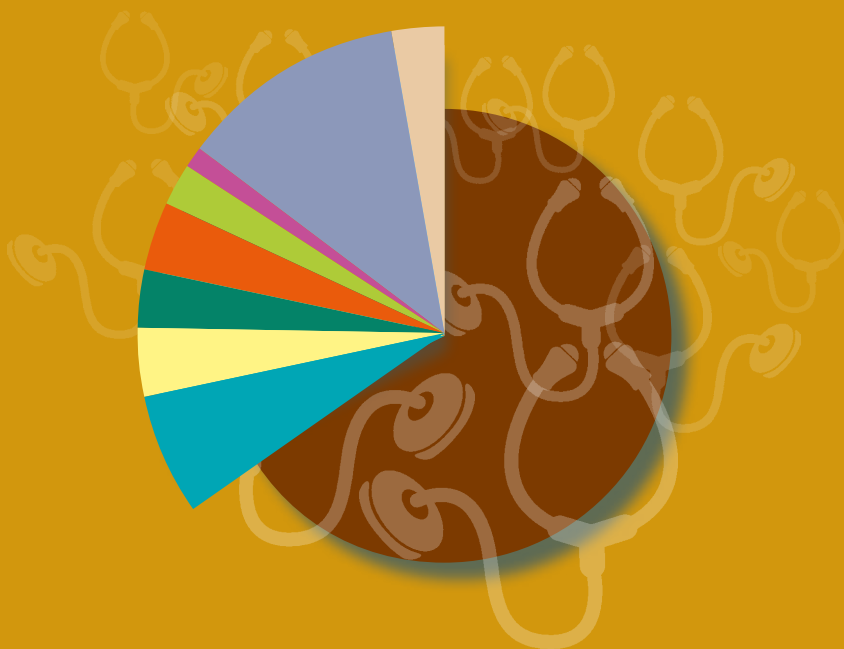
2 NOTIFICACIONES

Número de notificaciones

Pueden consultarse los resúmenes con el número total de notificaciones de eutanasia en cada una de las cinco regiones, en el sitio web (véase: euthanasie-commissie.nl/uitspraken-en-uitleg).

En 2018, las CRV recibieron 6.216 notificaciones de eutanasia. Se trata del 4,0 % del número total de personas fallecidas en los Países Bajos en 2018 (153.328). En 2017, las CRV recibieron 6.585 notificaciones, que constituían el 4,4 % de la cifra total de fallecimientos (150.027). Es la primera vez desde hace años que ha disminuido el número de notificaciones con respecto al año anterior. Tanto en cifras absolutas como en cifras relativas al número de fallecimientos en los Países Bajos. El ministro de Sanidad, Bienestar y Deporte respondió el 6 de noviembre en el turno de preguntas del Congreso que en la primavera de 2020 se ofrecerán al Congreso los resultados de un estudio ya iniciado sobre el número de notificaciones de eutanasia en los años 2003-2018. Posiblemente, dicho estudio explique el descenso de 2018.³

3 Congreso del Parlamento holandés, Periodo de sesiones 2018-2019, Apéndice del Diario de Sesiones, 521



ENFERMEDADES

12

● cáncer	4013
● enfermedades del sistema nervioso	382
● enfermedades cardiovasculares	231
● enfermedades pulmonares	189
● acumulación de enfermedades propias de la vejez	205
● demencia	146
● enfermedades mentales	67
● combinación de enfermedades	738
● otras enfermedades	155

Proporción de hombres y mujeres

La proporción de notificaciones realizadas por hombres y mujeres es prácticamente igual: 3.191 hombres (52,1 %) y 2.935 mujeres (47,9 %).

Proporción entre terminación de la vida a petición propia - ayuda al suicidio

En 5.898 casos (96,2 %) se trató de terminación de la vida a petición del paciente, en 212 (3,4 %) de ayuda al suicidio y 16 casos (0,3 %) fueron una combinación de ambos. Hablamos de combinación cuando un paciente, después de ingerir las sustancias facilitadas por el médico en el marco de la ayuda al suicidio, no fallece dentro de un periodo de tiempo acordado entre el médico y el paciente. En ese caso, el médico procede a llevar a cabo la terminación de la vida a petición del paciente (eutanasia) mediante la administración intravenosa de una sustancia que induce el coma, seguida de un bloqueador neuromuscular.

Véase para la diligencia de la práctica médica el Código sobre la Eutanasia 2018, p. 33 y siguientes.

Naturaleza de las enfermedades

Enfermedades más comunes

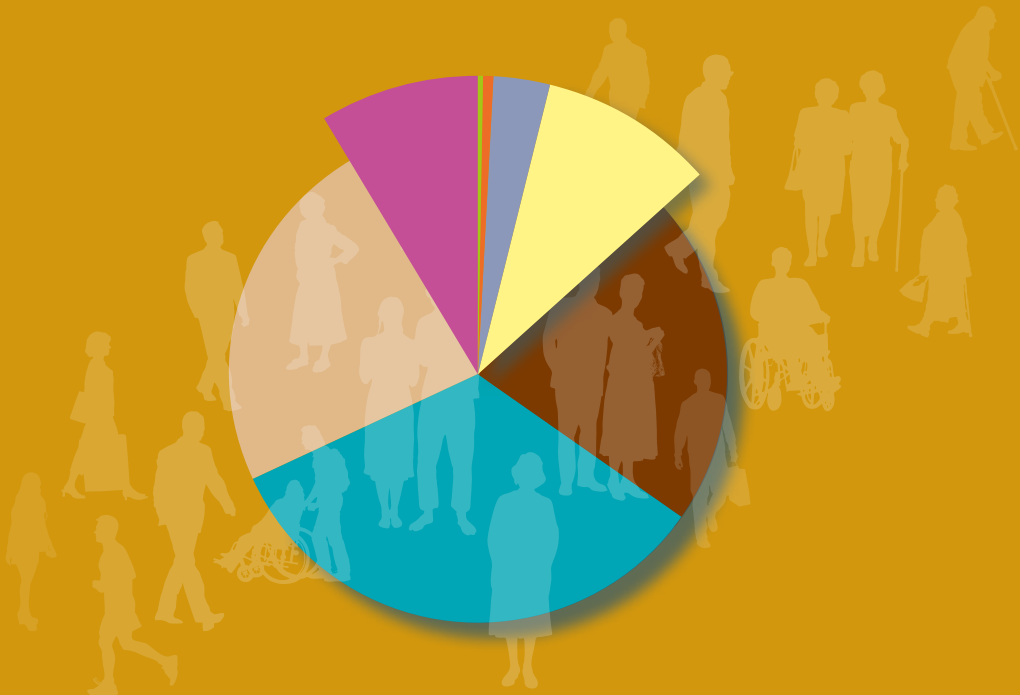
En más del 90,6 % de los casos notificados (5.553) se trataba de personas con:

- un cáncer (ya) incurable (4.013);
- enfermedades del sistema nervioso, como por ejemplo, la enfermedad de Parkinson, EM, ELA (382);
- enfermedades cardiovasculares (231);
- enfermedades pulmonares (189) o
- una combinación de afecciones (738).

Demencia

En 2018, dos notificaciones se refirieron a pacientes en un estado (muy) avanzado de demencia, que ya no estaban en condiciones de comunicarse sobre su petición y en los que fue determinante la declaración de voluntad por escrito para establecer la voluntariedad de la petición. Véase la notificación 2018-41, incluida en el capítulo II, y la notificación 2018-21, publicada en www.euthanasie.commissie.nl. En 144 notificaciones, la causa del sufrimiento era la demencia en fases tempranas. Se trataba de pacientes en una fase de demencia en la que todavía tenían conciencia de (los síntomas de) su enfermedad, como la pérdida de orientación y personalidad. Fueron considerados capaces de expresar su voluntad con relación a su petición, porque todavía podían prever las consecuencias de su petición. Es un ejemplo de ello la notificación 2018-123, incluida en el capítulo II.

Véase para los puntos de atención en pacientes con demencia, el Código sobre la Eutanasia 2018, p. 42 y siguientes.



EDAD

● hasta 30 años	25
● 30-40 años	43
● 40-50 años	181
● 50-60 años	574
● 60-70 años	1363
● 70-80 años	1986
● 80-90 años	1442
● 90 años y mayores	512

Véase para los puntos de atención en pacientes con una enfermedad mental, el Código sobre la Eutanasia 2018, p. 40 y siguientes.

Enfermedades mentales

En 67 notificaciones de eutanasia, el sufrimiento estaba basado en una enfermedad mental. De esas 67 notificaciones, en 34 casos el médico comunicante era un psiquiatra, en veinte casos un médico de familia, en dos casos un geriatra y en once casos otro tipo de médico. En esos casos, el médico debe aplicar un cuidado especial, como sucedió en la notificación 2018-31 (incluida en el capítulo II). La Asociación Holandesa de Psiquiatría (según sus siglas en neerlandés: NVvP) publicó en 2018 una versión revisada de la Directriz sobre peticiones de terminación de la vida en pacientes con una enfermedad mental (*Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis*). En la directriz se describen los procedimientos conforme a los cuales deben actuar los psiquiatras en el caso de una petición de eutanasia de un paciente.⁴

Véase para los puntos de atención en casos de acumulación de enfermedades propias de la vejez el Código sobre la Eutanasia 2018, p. 21 y siguientes.

Acumulación de enfermedades propias de la vejez

También una acumulación de enfermedades propias de la vejez, como alteraciones visuales (enfermedades de la vista), alteraciones auditivas, osteoporosis (descalcificación ósea), artrosis (desgaste), problemas de equilibrio y deterioro cognitivo (problemas de memoria y conocimiento) puede causar un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Este tipo de enfermedades suelen aparecer en edades avanzadas y constituyen un cúmulo de una o más enfermedades, con los síntomas que conllevan. Todo ello, conjuntamente con el historial clínico, la biografía, la personalidad, el patrón de valores y el umbral de aguante del paciente, puede ser experimentado por dicho paciente como insoportable y sin perspectivas de mejora. En 2018, las CRV recibieron 205 notificaciones en esta categoría.

Otras enfermedades

Finalmente, las CRV también utilizan en el registro de notificaciones la categoría residual “otras enfermedades”. Se trata de enfermedades no incluidas en las categorías anteriores, como por ejemplo un síndrome de dolor crónico. En 2018 fueron 155 casos.

Edad

Véase para los puntos de atención en pacientes menores de edad, el Código sobre la Eutanasia 2018, p. 40

El mayor número de notificaciones de eutanasia (1.986, un 32,4 %) se produjo en el abanico de edades entre 70 y 80 años, seguida de las edades entre 80 y 90 años (1.442, un 23,5 %) y de las edades entre 60 y 70 años (1.363, un 22,2 %).

En 2018, las CRV recibieron tres notificaciones de eutanasia de un menor de edad (de 12 a 17 años). Aparecen publicadas en el sitio web con los números 2018-48, 2018-51 y 2018-94.

⁴ Dicha directriz y otros documentos que tratan la misma cuestión pueden consultarse en el sitio web de la NVvP (nvvp.net/website/onderwerpen/detail/euthanasie).



MÉDICOS COMUNICANTES

16

● médico de familia	5194
● especialistas en geriatría	294
● médicos especialistas	293
● médicos en formación para especialistas	64
● médicos con otra formación	281

(por ejemplo médicos vinculados a la Fundación de la Clínica para el Final de la Vida)

En la categoría de edad de 18 a 40 años se recibieron 68 notificaciones. En 42 de esos casos, el motivo del sufrimiento era el cáncer, y en diez casos se trataba de una enfermedad mental. Dentro de la categoría de demencia, el mayor número de notificaciones comprendía personas entre 80 y 90 años (60 notificaciones). En la categoría de psiquiatría, en 2018 se produjeron dieciséis notificaciones tanto en personas de entre 50 y 60 años, como entre personas de 60 y 70 años. Dentro de la categoría “acumulación de enfermedades propias de la vejez”, la mayoría de las notificaciones corresponden a edades de 90 años en adelante (139 notificaciones).

Lugar de la terminación de la vida

En la mayor parte de las notificaciones (4.919, esto es: el 80,2%) la terminación de la vida se llevó a cabo en el domicilio del paciente. En los demás casos, el lugar de fallecimiento fue un hospital de cuidados paliativos (491, esto es: 8,0 %), una residencia para asistidos (239, el 3,9 %), una residencia de convalecencia (233, el 3,8 %), un hospital (169, un 2,8 %) u otros lugares, por ejemplo en el domicilio de familiares, un centro de vivienda asistida o un hotel con servicios de asistencia (75, un 1,2 %).

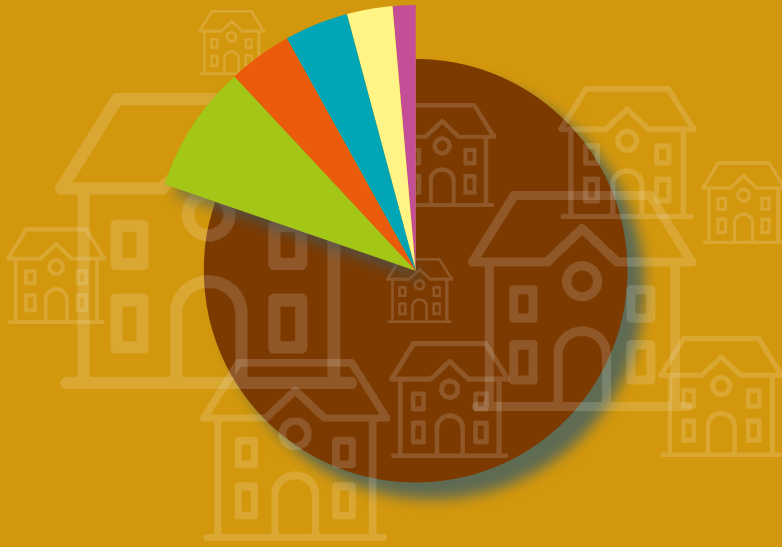
Médicos comunicantes

En la mayor parte de las notificaciones (5.194), el médico comunicante fue el médico de familia (84,8 % de las notificaciones). El resto de los médicos comunicantes fueron: especialistas en geriatría (294), médicos especialistas (293) y médicos en formación para especialistas (64). Finalmente, todavía queda un gran grupo de médicos con otra formación (281), la mayoría de ellos vinculados a la Fundación de la Clínica para el Final de la Vida (*Stichting Levensindekliniek*: la SLK).

Las CRV comprobaron en 2018 que prácticamente no varió el número de notificaciones de médicos vinculados a la SLK (726).

En 2017 fueron 751, lo que supone un descenso del 3,4 %.

Tal y como se desprende de los datos de las notificaciones, los médicos acuden con más frecuencia a los médicos de la Clínica para el Final de la Vida en las solicitudes de eutanasia que consideran más difíciles. Puede acudir a la SLK por iniciativa del médico encargado del tratamiento, a petición del propio paciente o de su familia. Una gran parte de las notificaciones en las que existía una enfermedad mental provenía de un médico de la Clínica para el Final de la Vida: 44 de las 67 notificaciones (más de un 65 %). De las 146 notificaciones basadas en un sufrimiento derivado de una forma de demencia, 59 notificaciones (más del 40 %) provenían también de un médico de la Clínica para el Final de la Vida. Por lo demás, 81 de las 205 notificaciones se debieron a una acumulación de enfermedades propias de la vejez (esto es, un 39,5 %),



LUGAR DE LA TERMINACIÓN DE LA VIDA

18

● domicilio del paciente	4919
● hospital de cuidados paliativos	491
● residencia para asistidos	233
● residencia de convalecencia	239
● hospital	169
● otros lugares	75
(por ejemplo en el domicilio de familiares, un centro de vivienda asistida o un hotel con servicios de asistencia)	

provenientes de médicos de la SLK. También acuden regularmente a la SLK los médicos que se niegan a practicar eutanasia por razones de principios o que solo quieren llevar a cabo la eutanasia cuando se trata de una enfermedad terminal.

Eutanasia y donación de órganos y tejidos

La terminación de la vida por medio de la eutanasia no impide la donación de órganos y tejidos. En la Directriz sobre donación de órganos tras la eutanasia (*Richtlijn Orgaandonatie na euthanasie*), la Fundación Holandesa de Trasplantes (*Nederlandse Transplantatie Stichting*) describe ampliamente el procedimiento a seguir, que consta de varios pasos.⁵ Las CRV recibieron en 2018 siete notificaciones que incluían donación de órganos después de la eutanasia.

Parejas (cónyuges)

En dieciocho notificaciones se practicó simultáneamente la eutanasia a los dos miembros de una pareja (nueve parejas). Los dictámenes 2018-121 y 2018-122 son un ejemplo de esos casos. Naturalmente, el médico debe cumplir los requisitos de diligencia y cuidado de la WTL para cada una de las personas por separado.

No conformidad con los requisitos de diligencia y cuidado

En seis de los 6.126 casos notificados, las CRV han dictaminado que el médico encargado no cumplió los requisitos de diligencia y cuidado del artículo 2, párrafo 2 de la WTL: es un porcentaje inferior al 0,1 % del número total de notificaciones. Los seis se incluyen en el capítulo 2.

“Zonas grises” en la verificación en la práctica

Esta información no sería completa si no se incluyeran los matices de la verificación en la práctica y solo indicásemos con qué frecuencia las CRV han dictaminado que el médico no había actuado conforme a uno o más de los requisitos de diligencia y cuidado. La verificación en la práctica se enfrenta también con “zonas grises”. Incluyendo los seis casos mencionados anteriormente, la comisión ha solicitado una explicación escrita detallada al médico en 37 notificaciones y al asesor en una notificación. En 35 notificaciones, la comisión ha invitado al médico comunicante, y en un caso al asesor o al anterior médico de familia del paciente, para que respondieran las preguntas de la comisión durante una de sus reuniones. Generalmente, las explicaciones verbales y escritas de médicos y consultores fueron tan clarificadoras para la

⁵ La directriz y los antecedentes y motivaciones que han llevado a su redacción pueden consultarse a través de transplantatiestichting.nl/bestel-en-download/richtlijn-orgaandonatie-na-euthanasie.



PROPORCIÓN HOMBRE - MUJER

20

hombres	3191
mujeres	2935

comisión que dictaminaron que el médico había actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado. Esto no quita que las comisiones también hayan ofrecido regularmente indicaciones a los médicos sobre la forma en que pueden mejorar en el futuro sus actos y la notificación de esos actos.

3 FORMA DE TRABAJO DE LAS CRV, CAMBIOS

Casos que suscitan preguntas (VO), casos que no suscitan preguntas (NVO) y casos con dictamen resumido (ODB)

Desde 2012, las CRV aplican el siguiente método de trabajo a la evaluación de una notificación. Cuando se recibe una notificación, el secretario de la comisión (un jurista experimentado) califica el expediente como notificación “que no suscita preguntas” (notificaciones NVO, según sus siglas en neerlandés) y “notificaciones que suscitan preguntas” (VO). En 2018 se añadió una tercera categoría:

DIAGRAMA 1

± 85% DE LAS NOTIFICACIONES
(QUE NO SUSCITAN PREGUNTAS)



notificaciones NVO cuyo dictamen detallado se sustituye en determinados casos por un dictamen resumido (ODB). En esta última categoría se incluyen únicamente notificaciones cuyo sufrimiento viene ocasionado por cáncer, EPOC, ELA o insuficiencia cardíaca, o una combinación de dos o más de dichas enfermedades.

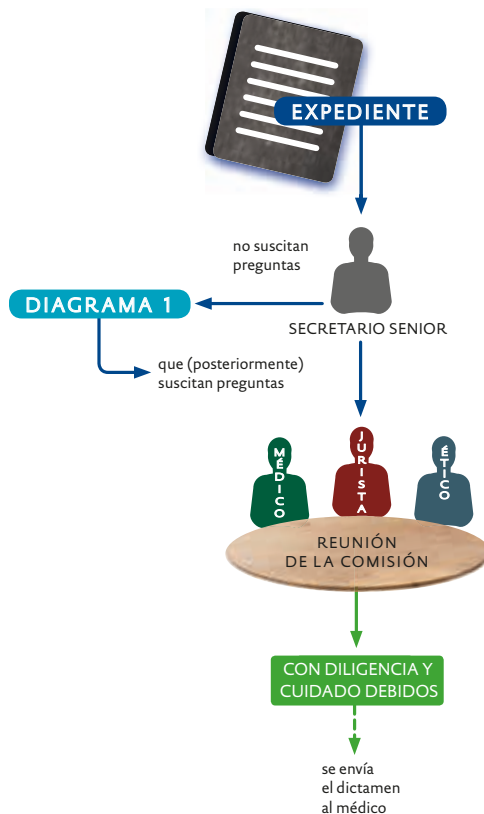
Las notificaciones se clasifican como NVO u ODB cuando el secretario de la comisión considera que la información ofrecida es completa y que el médico ha cumplido los requisitos legales de diligencia y cuidado.

Tras la primera selección, la comisión evalúa las notificaciones. Dicha evaluación es digital para las notificaciones calificadas como NVO u ODB. Como ejemplo de notificaciones que no suscitan preguntas (NVO) o con un dictamen resumido (ODB) se incluyen en el capítulo II los casos 2018-116, 2018-117, 2018-118, 2018-119 y 2018-125. Si la comisión también considera que se han cumplido todos los requisitos de diligencia y cuidado y que la notificación puede tramitarse con un dictamen resumido, se informa al médico del resultado del dictamen en una carta breve, que se remite a los hechos consignados en la notificación en cuestión. En la página 31 de este informe anual se

DIAGRAMA 2

± 14% DE LAS NOTIFICACIONES
(QUE SUSCITAN PREGUNTAS)

22



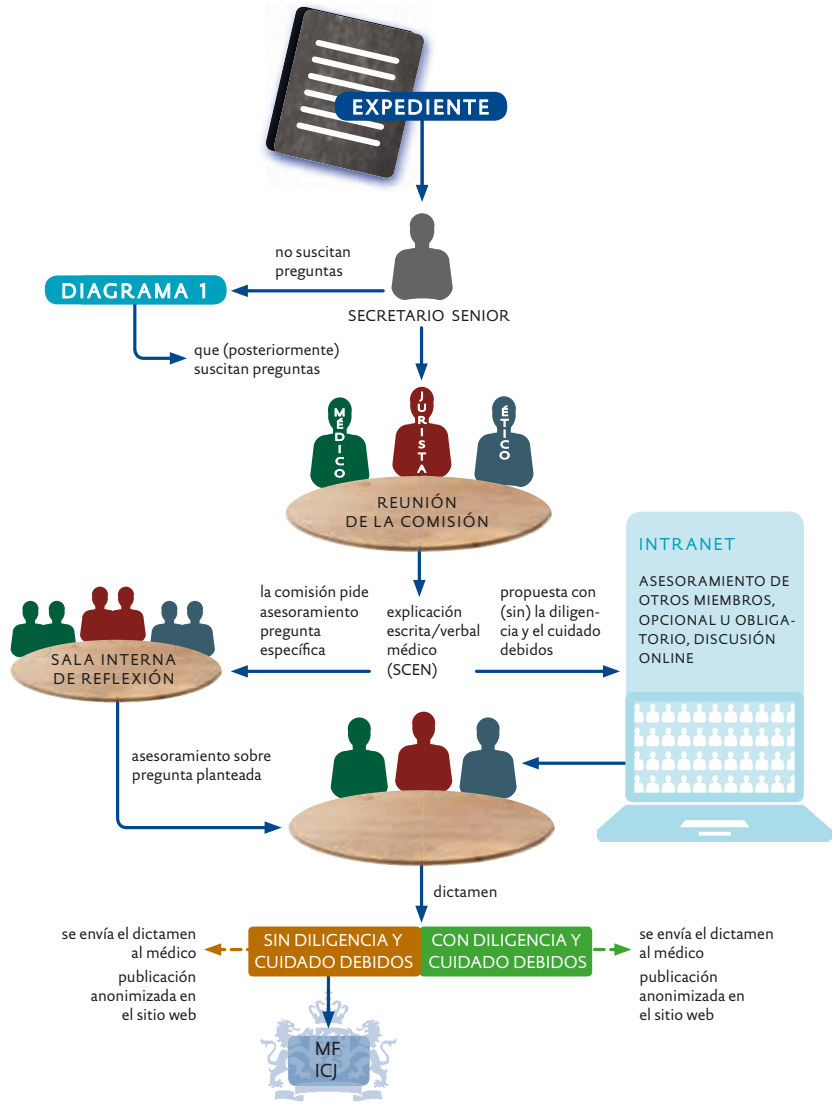
incluye un ejemplo de un caso con dictamen resumido (ODB). Los dictámenes 2018-116 y 2018-117, antes mencionados, ahora se enviarían al médico con la forma de un dictamen resumido.

Una asignación eficaz de las notificaciones a los miembros de la comisión y un cambio en su tramitación administrativa han reducido el periodo que transcurre entre la recepción de una notificación y la comunicación del dictamen al médico. La introducción del dictamen resumido también ha contribuido notablemente a dicha reducción del plazo.

El plazo transcurrido entre el recibo de la notificación y el envío del dictamen fue en 2018 de una media de 37 días.

DIAGRAMA 3

± 1% DE LAS NOTIFICACIONES (QUE SUSCITAN PREGUNTAS)



Si uno de los miembros de la comisión considera que una notificación calificada por el secretario como NVO o como ODB suscita determinadas preguntas, la notificación se remite para su tratamiento en la reunión mensual de la comisión. Una pequeña parte de las notificaciones consideradas NVO u ODB (42, alrededor del 0,7 % del número total de notificaciones) se comentaron posteriormente en la reunión de la comisión como notificaciones que suscitan preguntas.

Las notificaciones calificadas como VO (que suscitan preguntas) siempre se comentan verbalmente y evalúan en la reunión mensual de la comisión.

En 2018, el 46 % de las notificaciones recibidas fueron calificadas como “no suscitan preguntas”. En el 39 % del número de notificaciones, el dictamen definitivo de la CRV se envió al médico con la forma de un dictamen resumido (ODB). Debemos recordar que el dictamen resumido se introdujo en el transcurso de 2018.

De todas las notificaciones recibidas, el 14 % (798) fueron calificadas directamente como “suscitan preguntas” (VO), por ejemplo (aunque no exclusivamente) porque existía una enfermedad psiquiátrica o demencia o porque el expediente facilitado por el médico era demasiado conciso.

Notificaciones complejas

Las comisiones se consultan mutuamente de forma intensiva sobre notificaciones complejas, en las que se considera conveniente que todos los miembros de la comisión expresen su punto de vista. En ese sentido, la práctica fija es que cuando una comisión considera que la notificación no cumple los requisitos de diligencia y cuidado, sube a la intranet de la CRV el borrador del dictamen acompañado del expediente digital, para que lo consulten todos los demás miembros de la comisión. Después de conocer las reacciones, la comisión redacta su dictamen definitivo.

También se suben a la intranet los borradores de dictámenes de otras notificaciones en las que la comisión necesita que se mantenga un debate interno. El objetivo es mantener la calidad de la formación del dictamen lo más elevada posible y conseguir la mayor uniformidad posible en los dictámenes. En 2018 se discutieron dieciocho notificaciones (incluidas las notificaciones consideradas “sin la diligencia y el cuidado debidos”).

Código sobre la Eutanasia 2018

En la primavera de 2018 se publicó una versión actualizada del *Code of Practice* (Código de buenas prácticas) publicado en 2015, con el título Código sobre la Eutanasia 2018, explicación de la verificación en la práctica”. En dicho documento se explican los aspectos que las CRV consideran importantes en el desempeño de sus tareas legales. El objeto del Código sobre la Eutanasia 2018 es ofrecer una información clara y accesible (sobre todo para los médicos encargados de la eutanasia y para los asesores) sobre la forma en que las CRV interpretan y aplican los requisitos legales de diligencia y cuidado. El Código sobre la Eutanasia 2018 fue enviado a todos los médicos de familia de los Países Bajos, con ayuda financiera del ministro de Sanidad, Bienestar y Deportes (según sus siglas en neerlandés: VWS). Puede consultarse el Código sobre la Eutanasia 2018 en <https://euthanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies/euthanasiecode>.

Sala de reflexión

En 2016, las CRV decidieron crear una sala de reflexión interna, entre otras cosas para favorecer la homogeneidad y la armonización interna. La sala de reflexión consta de dos juristas, dos médicos y dos expertos en cuestiones éticas o espirituales; todos ellos deben haber formado parte de la CRV durante al menos tres años y se espera que sigan en sus puestos durante al menos otros dos años. Cuentan con la asistencia de un secretario. Una comisión puede consultar con la sala de reflexión cuando se enfrenta a una cuestión compleja. La sala de reflexión no evalúa la totalidad de la notificación, sino que solo se centra en una o más preguntas específicas formuladas por la comisión que solicita su asesoramiento. Teniendo en cuenta el tiempo que requiere el trabajo de la sala de reflexión, se informa al médico comunicante de que posiblemente el dictamen se va a hacer esperar algo más de lo habitual. En 2018, la sala de reflexión emitió tres asesoramientos. El primero se refería al término “fundamento médico”, el segundo trataba el cuidado especial necesario en los casos de pacientes psiquiátricos y el tercero versaba sobre las declaraciones de voluntad por escrito. En 2019 se evaluará la sala de reflexión.

Organización

Las CRV se dividen en cinco regiones. Cada región tiene tres juristas (presidente), tres médicos y tres expertos en cuestiones éticas o espirituales (experto en ética). En consecuencia, las CRV cuentan con un total de 45 miembros.

Los miembros de las comisiones se reclutan públicamente y son nombrados, a propuesta de las comisiones, para un periodo de cuatro años (el nombramiento corre a cargo de los ministros de Sanidad,

Bienestar y Deporte, y de Justicia y Seguridad). Todos los miembros pueden ser nombrados una vez más para un nuevo periodo.

Las comisiones son independientes. Esto quiere decir que las comisiones evalúan las notificaciones de eutanasia conforme a los requisitos de cuidado y diligencia y emiten sus dictámenes sin intervención de los ministros, la política o terceros. En otras palabras: los miembros y el presidente coordinador son nombrados por los ministros, pero los ministros no pueden dar “indicaciones” sobre el contenido de los dictámenes.

El presidente coordinador de las CRV preside la consultas que celebran los presidentes para fijar la política, en las cuales siempre está presente un representante de los médicos y de los expertos en ética. El presidente coordinador es además presidente de una de las cinco regiones.

Las comisiones están asistidas por una secretaría que tiene unos 25 empleados. La secretaría está formada por un secretario general, secretarios (juristas) y empleados administrativos. Los secretarios tienen un voto consultivo en las reuniones de la comisión.

La dirección de los secretarios (en cuanto al contenido de su trabajo) está en manos del secretario general. En el aspecto funcional, las secretarías están bajo la dirección del director adjunto de la Unidad de secretarías de órganos disciplinarios de la atención sanitaria y las comisiones de verificación de la eutanasia (según sus siglas en neerlandés: ESTT).

Los empleados de la secretaría están vinculados al Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deporte, en la unidad ESTT. En la unidad trabajan más de 70 personas. También forman parte el personal el departamento empresarial (10 personas) y la dirección (director y directores adjuntos).

Los empleados administrativos de las CRV son responsables de todos los procesos administrativos, desde el registro de las características de una notificación recibida hasta el envío del dictamen de la comisión al médico comunicante o al Ministerio Fiscal y a la Inspección de Sanidad y Juventud.

La secretaría de las comisiones tiene su domicilio en tres ubicaciones: Groningen, Arnhem y La Haya. El departamento empresarial y la unidad ESTT se encuentran en La Haya.

Actualmente, se han previsto cambios que reduzcan la vulnerabilidad de unidades descentralizadas (demasiado) pequeñas y que mejoren la profesionalización continuada de la secretaría de las CRV.

El órgano de gobierno del Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deporte decidió en 2018 emprender una reorganización con el objetivo de trasladar toda la secretaría a Utrecht. Formalmente, hablamos de una

“propuesta de decreto de reorganización”. Se espera que el decreto definitivo se adopte a principios de 2020, con la forma de un Informe de Organización y Formación todavía por redactar.

El tipo de funciones y el número de empleados no van a cambiar; solo variará el lugar de trabajo. Esto implica un gran cambio para la mayoría de los empleados: el traslado desde Groningen, Arnhem y La Haya hasta Utrecht. La idea es que todas las reuniones de las CRV también se celebren en Utrecht. Se ha previsto la mudanza para principios de 2020.

Para terminar, unos datos sobre los costes.

En 2018, los costes de las CRV ascendieron a más de 4,2 millones de euros. 857.000 € de dicha cantidad corresponden a compensaciones para los miembros de la comisión. Los costes de material, TIC y alojamiento ascendieron a 998.000 €. 2.380.000 € se destinaron a personal (dirección, departamento empresarial y secretarías).

CAPÍTULO II

CASUÍSTICA

II

1 INTRODUCCIÓN

En este capítulo mostramos dictámenes de las CRV. Esencialmente, el trabajo de las CRV consiste en evaluar los expedientes de los médicos sobre la terminación de la vida a petición del paciente y la ayuda al suicidio (en lo sucesivo: eutanasia).

Un médico que haya llevado a cabo una eutanasia tiene la obligación legal de notificarlo al forense municipal. Seguidamente, el forense municipal envía la notificación y los documentos correspondientes a las CRV. El expediente entregado por el forense consta principalmente de un informe del médico comunicante, un informe del médico independiente consultado como asesor, partes del expediente médico del paciente (como el historial del paciente y cartas de especialistas), una declaración escrita de voluntad del paciente, si existe dicha declaración, y una declaración del forense municipal. El médico independiente suele ser casi siempre un médico que se consulta a través del programa Apoyo y Asesoramiento en casos de Eutanasia en los Países Bajos (*Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland: SCEN*), de la Real Sociedad Holandesa para el Fomento de la Medicina (KNMG); se conocen como médicos SCEN.

La comisión estudia si el médico comunicante ha cumplido los seis requisitos de diligencia y cuidado que impone la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio (WTL) en su art. 2, párrafo 1:

Los requisitos de diligencia y cuidado implican que el médico:

- a. haya llegado al convencimiento de que la petición del paciente es voluntaria y bien meditada;
- b. haya llegado al convencimiento de que el sufrimiento del paciente es insoportable y sin perspectivas de mejora;
- c. haya informado al paciente sobre la situación en que se encuentra y sobre sus perspectivas de futuro;
- d. haya llegado al convencimiento, junto con el paciente, de que no existe ninguna otra solución razonable para la situación en que se encuentra este último;
- e. haya consultado al menos con otro médico independiente que también haya visto al paciente y haya emitido su dictamen escrito sobre los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en los apartados a al d, y

- f. haya llevado a cabo la terminación de la vida o la ayuda al suicidio con la mayor diligencia y cuidado posibles desde el punto de vista médico.

En su verificación, las CRV comparan su actuación con la ley, el historial legal, la jurisprudencia relevante y el Código sobre la Eutanasia 2018, redactado partiendo de resoluciones anteriores de las CRV. También tienen en cuenta anteriores resoluciones del Ministerio Fiscal y la Inspección de Sanidad y Juventud.

Las CRV evalúan si se ha constatado que se han cumplido los requisitos de información (c), asesoramiento (e) y ejecución con la debida diligencia de la práctica médica (f). Se trata de cuestiones que pueden comprobarse en la práctica con facilidad. Los otros tres requisitos de diligencia y cuidado prescriben que el médico haya llegado al convencimiento de que la petición es voluntaria y bien meditada (a), de que existe un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora (b) y de que no había ninguna otra solución razonable para la situación del paciente (d). Teniendo en cuenta la formulación de estos tres requisitos de diligencia y cuidado (que el médico “haya llegado al convencimiento”), se deja al médico cierto margen de juicio. Por ello, al verificar los actos del médico con respecto a estos tres puntos, la CRV examina la forma en que el médico ha investigado los hechos y la motivación que ofrece para su decisión. Esto es: la CRV verifica si el médico, teniendo en cuenta el margen de juicio que le deja la ley, ha podido llegar al convencimiento de que se han cumplido estos tres requisitos de diligencia y cuidado y la forma en que el médico motiva estos aspectos. El informe del asesor también aporta datos para la motivación.

Las notificaciones incluidas en este capítulo están divididas en notificaciones que fueron evaluadas por las CRV como “cumplen los requisitos de diligencia y cuidado” (apartado 2) y notificaciones evaluadas como “no cumplen los requisitos de diligencia y cuidado” (apartado 3). Esto último quiere decir que la comisión correspondiente ha dictaminado que el médico no ha cumplido uno o más de los requisitos de diligencia y cuidado.

El apartado 2 está dividido en tres subapartados.

En el primero (apartado 2.1) recogemos cinco notificaciones representativas de la gran mayoría de las notificaciones que reciben las CRV. Se trata de notificaciones sobre casos en los que no existe curación posible, con pacientes con cáncer, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades pulmonares, enfermedades cardiovasculares o una combinación de enfermedades.

A continuación (apartado 2.2) nos centramos en diferentes requisitos de diligencia y cuidado. Tratamos principalmente la voluntariedad y la

consideración dada a la petición (a), el sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora (b), la ausencia de otra solución razonable (d) y la consulta (e). En ese apartado, presentamos notificaciones algo más complicadas que las incluidas en el apartado 2.1. Esto se traduce en la inclusión de más datos sobre el paciente, su petición y la descripción de su sufrimiento, y en consideraciones extra de la comisión. Existen dos requisitos de diligencia y cuidado que no se tratan explícitamente en este lugar: la información al paciente sobre sus perspectivas (c) y la diligencia y el cuidado médico debidos en la realización de la eutanasia (f). El requisito mencionado en (c) está estrechamente relacionado con otros requisitos de diligencia y cuidado, como el requisito de que exista una petición voluntaria y bien meditada. Eso solo puede existir si el paciente ha sido informado de su estado de salud y de sus perspectivas. La realización con la diligencia y el cuidado médico debidos se trata en las notificaciones en las que no se cumplen los requisitos de diligencia y cuidado.

Finalmente (apartado 2.3), describimos varias notificaciones en las que se llevó a cabo la eutanasia o la ayuda al suicidio en un paciente de una categoría especial: personas con enfermedad mental (una notificación), personas con demencia (dos notificaciones) y personas con una acumulación de enfermedades propias de la vejez (dos notificaciones).

En todos los casos descritos en el apartado 2 la comisión dictaminó que el médico había cumplido los requisitos de diligencia y cuidado que impone la WTL.

En el apartado 3 se tratan seis notificaciones en las que la comisión dictaminó que no se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado. Se trata de dos notificaciones en las que la comisión dictaminó que el médico no había cumplido los requisitos relativos al sufrimiento y a la ausencia de una alternativa razonable; una notificación en la que no se cumplió con el especial cuidado que exige la eutanasia cuando se trata de un paciente psiquiátrico; una notificación trata de la consulta independiente y en dos notificaciones la comisión dictaminó que la terminación de la vida no se llevó a cabo con la diligencia y el cuidado médico necesarios.

Todos los casos vienen indicados con un número. Con dicho número puede leerse todo el dictamen en el sitio web de las CRV (www.euthanasiecommissie.nl).

2 EL MÉDICO HA ACTUADO CONFORME A LOS REQUISITOS DE DILIGENCIA Y CUIDADO

2.1 Cinco notificaciones muy habituales

Tal y como se desprende del capítulo 1, la eutanasia se lleva a cabo en su mayor parte en pacientes con cáncer, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares y en combinaciones de enfermedades. Sirvan como ejemplo las siguientes cinco notificaciones (todas son ejemplos de expedientes que no suscitan preguntas (NVO)).

En la primera notificación descrita, se incluye casi todo el dictamen completo. Únicamente se han omitido los datos identificadores de la persona. Para las notificaciones NVO que se refieren a casos de cáncer, ELA, insuficiencias cardíacas o EPOC, desde mitad de 2018 el médico recibe un dictamen resumido (ODB, véase la página 31) en lugar de un dictamen detallado. En un dictamen resumido (ODB), se indica qué presidente, qué médico y qué experto en ética de la CRV han estudiado digitalmente la notificación y se expresa que consideran que el médico ha cumplido los requisitos de diligencia y cuidado. En todas las demás notificaciones, se redacta un dictamen completo. Los siguientes ejemplos reflejan cómo es un dictamen de la CRV cuando el caso no suscita preguntas (NVO). Las cinco notificaciones juntas ofrecen una imagen representativa de la mayoría de las notificaciones que reciben las CRV. En una única ocasión se añade una característica especial, como el internamiento en un hospital de cuidados paliativos o una discapacidad intelectual, o una forma especial de comunicación del paciente.

DICTAMEN ESCRITO RESUMIDO

Estimado [señor o señora] [nombre]:

El (fecha), la Comisión Regional de Verificación de la Eutanasia (en lo sucesivo: la comisión de verificación) recibió su informe y los documentos correspondientes, relativos a su notificación de una terminación de la vida a petición del señor/de la señora (nombre), nacido/a el (fecha) y fallecido/a el (fecha). La comisión de verificación ha estudiado detenidamente todos los documentos facilitados por usted.

Teniendo en cuenta los hechos y circunstancias consignados en los documentos, la comisión dictamina que usted pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada del/de la paciente y un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Usted informó suficientemente al/a la paciente sobre la situación en que se encontraba y sobre sus perspectivas de futuro. Usted pudo llegar junto con el/la paciente al convencimiento de que no existía otra solución razonable en la situación en que se encontraba. Usted consultó al menos con otro médico independiente que también visitó al/a la paciente y emitió su dictamen escrito sobre los requisitos de diligencia y cuidado. Finalmente, usted llevó a cabo la terminación de la vida con la diligencia debida de la práctica médica.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, la comisión de verificación dictamina que usted ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en el artículo 2, párrafo primero, de la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio.

La comisión de verificación estaba formada por:

(nombre), presidente, jurista

(nombre), miembro, médico

(nombre), miembro, experto en ética

Confiamos haberle informado suficientemente al respecto con esta carta.

Atentamente,

presidente

(Firma)

secretario

(Firma)

CÁNCER CASO 2018-116

DICTAMEN: se ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado

Puntos de atención: notificación que no suscita preguntas (NVO); actualmente, se habría enviado al médico un dictamen resumido, en una notificación de este tipo.

HECHOS Y CIRCUNSTANCIAS

Del informe del médico y del asesor y del resto de los datos recibidos, se ha demostrado con respecto a:

a. Carácter del sufrimiento, información y alternativas

En diciembre de 2017, se diagnosticó a un hombre de entre 60 y 70 años un tumor maligno de mediastino. No existía curación posible. El tratamiento se centró únicamente en la mejora de la calidad de vida (atención paliativa).

El sufrimiento del hombre constaba de dolor, sobre todo en el abdomen y la cabeza, náuseas, vómitos, incapacidad para comer y prácticamente, también para beber. Tenía dificultades para tragar y había adelgazado considerablemente. También sufría de estreñimiento, mareos, debilidad, cansancio y movilidad reducida. Sufría por la ausencia de perspectivas de mejora de su situación y la perspectiva de un mayor deterioro físico hasta llegar a una dependencia total de otros.

Consideraba su sufrimiento insoportable. El médico estaba convencido de que el sufrimiento era insoportable para el hombre y de que no existían perspectivas de mejora, conforme a la opinión médica imperante.

Ya no existían para el hombre más posibilidades aceptables de aliviar el sufrimiento.

De los documentos puede deducirse que el médico y los especialistas habían informado al hombre suficientemente sobre la situación en que se encontraba y sobre sus perspectivas.

b. Petición de terminación de la vida

El hombre ya había comentado anteriormente con el médico la eutanasia.

Tres días antes del fallecimiento, le pidió al médico que procediera a la terminación de su vida. Posteriormente, reiteró su petición.

Según el médico, se trataba de una petición voluntaria y bien meditada.

c. Consulta

El médico consultó con un asesor (un médico SCEN independiente). El asesor visitó al hombre dos días antes de la terminación de la vida, después de que el médico le hubiera informado al efecto y después de consultar la documentación médica relevante.

En su informe, el asesor ofreció un resumen del historial clínico y de la naturaleza del sufrimiento del paciente.

En su informe, el asesor llegaba a la conclusión (basándose también en la conversación con el hombre) de que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

d. Realización

El médico llevó a cabo la terminación de la vida a petición del paciente con las sustancias, con la cantidad y de la forma recomendada en el documento de la KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* (Directriz sobre práctica de la eutanasia y la ayuda al suicidio), de agosto de 2012.

EVALUACIÓN

La comisión verifica a posteriori la conducta del médico, de acuerdo con los requisitos de diligencia y cuidado consignados en el artículo 2 de la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio.

Teniendo en cuenta los hechos y circunstancias anteriores, la comisión considera que el médico pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada del paciente y que padecía un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. El médico informó suficientemente al paciente sobre la situación en que se encontraba y sobre sus perspectivas de futuro. El médico pudo llegar junto con el paciente al convencimiento de que no existía otra solución razonable en la situación en que se encontraba. El médico consultó al menos con otro médico independiente que también visitó al paciente y que ha emitido su dictamen escrito sobre los requisitos de diligencia y cuidado. El médico llevó a cabo la terminación de la vida a petición del paciente con la diligencia debida de la práctica médica.

DICTAMEN

El médico ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en el artículo 2, párrafo 1 de la Ley de verificación de la terminación de la vida a petición propia y ayuda al suicidio.

ENFERMEDAD DEL SISTEMA NERVIOSO CASO 2018-117

DICTAMEN: se ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado

PUNTOS DE ATENCIÓN: Notificación que no suscita preguntas (NVO), ELA, limitación en la comunicación; actualmente, se habría enviado al médico un dictamen resumido, en una notificación de este tipo.

No incluido

ENFERMEDAD PULMONAR CASO 2018-118

DICTAMEN: se ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado

No incluido

35

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR CASO 2018-119

DICTAMEN: se ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado

No incluido

COMBINACIÓN DE AFECCIONES CASO 2018-125

DICTAMEN: se ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado

No incluido

2.2 Cinco notificaciones ordenadas según cuatro requisitos de diligencia y cuidado de la WTL

A continuación se describen cuatro notificaciones que se refieren a cuatro requisitos de diligencia y cuidado: el médico debe haberse convencido de que existe una petición voluntaria y bien meditada, existe un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora, no existe ninguna otra alternativa razonable para aliviar el sufrimiento y, finalmente, la consulta. En alguna de las notificaciones descritas, desempeña un papel alguna particularidad, por ejemplo que el paciente estaba ingresado por orden judicial (ingreso obligatorio), una combinación de enfermedades físicas y psiquiátricas y una eutanasia doble (eutanasia de dos personas al mismo tiempo).

PETICIÓN VOLUNTARIA Y BIEN MEDITADA

La WTL establece que un médico debe haber adquirido el convencimiento de que existe una petición voluntaria y bien meditada del paciente. La ley no prescribe que deba tratarse de una petición escrita. Es suficiente con una petición verbal. Por lo que se refiere a este requisito de diligencia y cuidado, en determinadas situaciones se pueden plantear preguntas especiales. Por ejemplo, en la siguiente notificación, en la que el paciente estaba internado en una entidad por orden judicial. El motivo era que, en esos momentos, el hombre constituía un peligro para los demás y para sí mismo, entre otras cosas porque mostraba conductas suicidas. Es importante excluir que la enfermedad psiquiátrica afecte a la capacidad de decidir del paciente.

CASO 2018-80

DICTAMEN: se ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado

PUNTOS DE ATENCIÓN: Notificación que suscita preguntas (VO), excluir depresión por recomendación del asesor.

Un hombre de entre 80 y 90 años sufrió en 2012 un derrame cerebral, después del cual sufrió un grave deterioro físico. En los años siguientes, desarrolló diversas afecciones y a finales de 2017 se constató que padecía demencia vascular (demencia como consecuencia de falta de riego en el cerebro). Desde ese momento, la situación del hombre se fue deteriorando progresivamente. En marzo de 2018, fue internado en un establecimiento psicogeriátrico por orden judicial. El motivo fue la alteración de la situación en casa, debido al cambio de carácter sufrido por el hombre. Era en ocasiones agresivo. Su estado siguió deteriorándose debido a un ingreso hospitalario y a un ingreso en una

residencia de convalecencia por una situación de crisis, seguido de un internamiento permanente. Esto se debió, entre otras cosas, a la cantidad de estímulos experimentados durante los ingresos, el cambio de entorno y las pruebas médicas. Después de varias semanas en la residencia de convalecencia disminuyó el comportamiento agresivo y el hombre se tranquilizó algo.

El hombre dependía del cuidado de otros, y eso para él era terrible. Sufría porque sabía que no había posibilidad de mejora y que el deterioro de sus facultades psíquicas y físicas solo iba a empeorar. Sabía que el daño ocasionado por el derrame cerebral era irreversible y consideraba que no tenía ninguna calidad de vida. Además, tenía miedo de sufrir un nuevo derrame que le impidiera expresarse. El hombre no quería sufrir un mayor deterioro y quería morir con dignidad.

Alrededor de mes y medio antes del fallecimiento, el hombre habló por primera vez de eutanasia con el médico; en ese momento ya pidió al médico que procediera con la terminación de su vida. Durante las conversaciones que el hombre mantuvo con el médico, el hombre era consciente de sus actos, de la situación y de la decisión que había tomado. El médico consideró que tenía capacidad de expresar la voluntad, con respecto a su petición. Según el médico, se trataba de una petición voluntaria y bien meditada.

El médico consultó con un médico SCEN independiente. Dicho médico constató que se había recomendado con anterioridad que el hombre fuera examinado por un psiquiatra debido a sus pensamientos suicidas, y que no se había celebrado dicha consulta. El asesor aconsejó no prorrogar (o anular) la orden judicial para que el hombre tuviera mayor libertad y fuera posible trasladarlo a otro entorno residencial en el que podría estar mejor. También se preguntó si podía modificarse la medicación que tomaba el hombre.

En la conversación con la comisión, el médico indicó que no tenía sentido prorrogar la orden judicial, que solo se había emitido para el internamiento. El hombre estaba ahora más tranquilo y colaboraba más.

El médico indicó que, en su opinión, el hombre no estaba de ninguna forma deprimido. A pesar de que el médico no tenía dudas sobre la capacidad del hombre para expresar su voluntad, siguió el asesoramiento del asesor y consultó con un psiquiatra independiente.

El psiquiatra independiente visitó al hombre alrededor de una semana antes del fallecimiento. Estudió si una depresión podía estar desempeñando un papel en su deseo de eutanasia. El psiquiatra independiente no percibió de ninguna forma que existiera un cuadro depresivo. El hombre no tenía tendencias suicidas. Sí que sufría de

síntomas de tristeza como reacción a la pérdida de autonomía y al deterioro físico y psíquico. El psiquiatra independiente consideró que el hombre tenía capacidad de expresar su voluntad con respecto a su petición de eutanasia. Con respecto a la medicación, el psiquiatra independiente consultado consideró que no existía ningún motivo para modificar la política psicofarmacológica. El consumo de medicamentos ya se había reducido prácticamente a la nada, y las limitaciones y el funcionamiento del hombre no habían experimentado modificaciones.

Teniendo en cuenta los hechos y circunstancias anteriores, la comisión dictamina que el médico pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada del paciente. Según la comisión, también se han cumplido los demás requisitos de diligencia y cuidado.

SUFRIMIENTO INSOPORTABLE Y SIN PERSPECTIVAS DE MEJORA

El médico debe adquirir el convencimiento de que existe un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora del paciente. La forma en que un paciente experimenta el sufrimiento rara vez tiene una única dimensión. En la práctica, normalmente se trata de una combinación de facetas, que comprenden la ausencia de perspectivas de mejora, y que determinan que sea considerado insoportable. En consecuencia, el médico debe estudiar todos los aspectos que, en conjunto, hacen que el sufrimiento del paciente sea insoportable.

CASO 2018-32

DICTAMEN: se ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO), combinación de enfermedades físicas y psiquiátricas, sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora, petición voluntaria y bien meditada, síndrome de estrés postraumático (SEPT) y afecciones propias de la vejez.

No incluido

INEXISTENCIA DE OTRA SOLUCIÓN RAZONABLE

El médico debe llegar junto con el paciente al convencimiento de que no existe otra solución razonable en la situación en que se encuentra. Este requisito de diligencia y cuidado, que debe verse en relación con la ausencia de perspectivas de mejora del sufrimiento, está relacionado con el carácter transcendental e irreversible de la eutanasia. Si existen maneras menos drásticas de eliminar el sufrimiento insoportable o de reducirlo considerablemente, deberá darse preferencia a esas opciones. En este requisito de diligencia y cuidado se trata de que exista un convencimiento conjunto de médico y paciente. Esto significa que la experiencia personal y los deseos del paciente desempeñan un importante papel. Existe una alternativa para la eutanasia si hay una salida real y razonable para el paciente, para mitigar o eliminar el sufrimiento. Una intervención complicada o de larga duración con unas posibilidades limitadas de conseguir un resultado positivo, normalmente no puede considerarse una “alternativa razonable”. Sí que se considera generalmente una “alternativa razonable” una intervención médica o un tratamiento que puede reducir considerablemente el sufrimiento o incluso eliminarlo durante un largo plazo.

CASO 2018-120

DICTAMEN: se ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO), ausencia de otra solución razonable, una semana antes del fallecimiento: fracturas en pelvis tras una caída. Operación quirúrgica de riesgo con posibilidades de éxito inseguras, la paciente renuncia a la operación por falta de motivación, porque las posibilidades de volver a caminar tras la operación eran mínimas.

No incluido

CONSULTA CON ASESOR INDEPENDIENTE

Antes de llevar a cabo la eutanasia, el médico debe consultar al menos con otro médico independiente que examine al paciente y evalúe si se cumplen los requisitos relativos a la petición, el sufrimiento, la ausencia de una alternativa razonable y la información facilitada al paciente. En ocasiones, puede ser que los dos miembros de una pareja presenten simultáneamente una petición de eutanasia. Si se accede a ambas peticiones, se denomina también “eutanasia doble”. Las comisiones esperan que, en ese caso, el médico o médicos consulten a un asesor diferente para cada uno de los miembros de la pareja. Esto es necesario para garantizar que cada caso se evalúa por separado. Ambos asesores deben asegurarse de que no existe ninguna presión impropia de un miembro de la pareja sobre (la petición de eutanasia de) el otro.

CASOS 2018-121 Y 2018-122

DICTAMEN: se ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado

PUNTOS DE ATENCIÓN: Notificación que suscita preguntas (VO), consulta sobre eutanasia doble, realización

No incluido

2.3 Cinco notificaciones relativas a pacientes con enfermedades mentales, demencia o una acumulación de enfermedades propias de la vejez

ENFERMEDAD MENTAL

La terminación de la vida a petición del paciente y la ayuda al suicidio no están limitadas a los pacientes en la última fase de la vida. También pueden ser objeto de eutanasia personas con una expectativa de vida más larga, como los pacientes psiquiátricos. En ese tipo de casos, debe actuarse con un cuidado especial. Ese cuidado especial adquiere forma con el requisito que obliga a consultar a un psiquiatra independiente u otro experto. Además, se trata de que se emita un dictamen sobre la capacidad de expresar la voluntad del paciente con relación a la petición de eutanasia, el sufrimiento sin perspectivas de mejora y la existencia o no de otra solución razonable.

CASO 2018-31

DICTAMEN: se ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO), cuidado especial con paciente con enfermedad mental, consulta con psiquiatra independiente, ausencia de otra solución razonable. Combinación de trastorno de ansiedad, depresión y trastornos de la personalidad.

Un hombre de entre 50 y 60 años padecía desde el final de su adolescencia problemas psiquiátricos y de adicción. Padecía un trastorno depresivo persistente y trastornos de ansiedad social. También tenía un trastorno de personalidad con rasgos elusivos y dependientes, capacidad reducida de enfrentarse a frustraciones y dificultades para controlar el enfado.

Desde su adolescencia había sentido deseos de morir (con altibajos). El hombre había intentado varias veces terminar con su vida. Se sometió a varios tratamientos con medicamentos y sin medicamentos, incluida (sin resultados duraderos) la terapia electroconvulsiva (TEC: aplicación de corrientes eléctricas en el cerebro a través de electrodos colocados en la cabeza, bajo anestesia). Los síntomas no desaparecieron con los tratamientos terapéuticos y medicamentosos de las directrices multidisciplinares. El hombre también tenía daños cerebrales tras la TEC.

El sufrimiento del hombre constaba de tristeza crónica, no se sentía vinculado con nada ni nadie, dolor crónico y movilidad reducida. El hombre no salía de un estado de tristeza y pensamientos negativos. No tenía ninguna motivación desde hacía años. No conseguía encontrar ningún propósito. La incapacidad de establecer contactos con otras personas también contribuía al sufrimiento insoportable. Sufría por la ausencia de perspectivas de su situación y la falta de perspectivas de mejora. Todos los días eran una lucha. La mayor parte del tiempo lo pasaba en la cama, porque no tenía energía ni voluntad para estar en cualquier otro lugar. El hombre experimentaba cada día como un día más de sufrimiento. Consideraba su sufrimiento insoportable.

A petición del médico, un psiquiatra independiente visitó al hombre unos dos meses antes del fallecimiento. El psiquiatra independiente constató que existían muy escasas posibilidades de que tratamientos psicológicos más largos e intensivos se tradujeran en una mejora considerable y persistente.

El médico estaba convencido de que el sufrimiento era insoportable para el hombre y de que no existían perspectivas de mejora, conforme a la opinión médica imperante. Ya no existían para el hombre más posibilidades aceptables de aliviar el sufrimiento.

Desde cuatro años antes del fallecimiento, el hombre tenía un claro deseo de eutanasia. En aquel momento, el médico todavía consideraba que existían algunas posibilidades de tratamiento, conforme al protocolo de la depresión. El hombre había colaborado totalmente con las opciones de tratamiento propuestas por el médico.

Desde algo menos de un año antes del fallecimiento, existía un deseo permanente y coherente de eutanasia. Unos nueve meses antes del fallecimiento, el hombre pidió al médico que procediera a la terminación de su vida. Posteriormente, el hombre expresó de forma coherente su petición de eutanasia.

El psiquiatra independiente mencionado anteriormente constató que la conciencia del hombre era clara y que estaba en situación de adoptar decisiones coherentes y lógicas. Según el médico, el hombre comprendía los marcos legales en torno a su petición de eutanasia y podía calcular bien las consecuencias de su decisión. Según el médico, se trataba de una petición voluntaria y bien meditada.

El médico consultó con un asesor (un médico SCEN independiente, que también era especialista en geriatría). El asesor visitó al hombre once días antes de la terminación de la vida. Según el asesor, el hombre podía prever las consecuencias de su petición de eutanasia. El asesor concluyó que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

Con respecto a la petición voluntaria y bien meditada y a la ausencia de perspectivas de mejora y al sufrimiento insoportable, la comisión considera lo siguiente: en el caso de una enfermedad mental debe tratarse con un cuidado especial una petición de eutanasia. En opinión de la comisión, el médico actuó correctamente en esta notificación. El médico, que había sido durante nueve años el psiquiatra que trataba al hombre, consultó con un psiquiatra independiente, además del médico SCEN independiente. El psiquiatra independiente confirmó la opinión del médico de que, después de un largo periodo de tratamientos psiquiátricos numerosos e intensivos, sin mejoras estructurales, debía concluirse que ya no existían alternativas razonables para el hombre y que, en consecuencia, el sufrimiento insoportable no tenía perspectivas de mejora y que la petición del hombre era voluntaria y bien meditada. El asesor confirmó la opinión del médico de que se habían cumplido los requisitos legales de diligencia y cuidado.

La comisión dictamina que el médico ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado.

DEMENCIA

Cuando hablamos de demencia y eutanasia, se puede hacer una distinción entre eutanasia en un paciente con 1) demencia en fases iniciales (esto es: la fase en la que el paciente todavía se da cuenta de su enfermedad y sus síntomas) y eutanasia en un paciente con 2) demencia avanzada, en la cual existen dudas sobre si el paciente todavía tiene capacidad de expresar la voluntad con relación a la petición de eutanasia, y la eutanasia en un paciente 3) cuyo proceso de demencia está tan avanzado que ya no puede pedir la eutanasia. En las dos últimas situaciones, una declaración de voluntad por escrito puede sustituir a la petición efectiva, generalmente verbal.

A continuación se trata una notificación de eutanasia de un paciente con demencia que todavía tiene capacidad de expresar la voluntad y una notificación de eutanasia de un paciente demente que se basa en una declaración de voluntad por escrito. Durante el pasado año se ha prestado mucha atención a una notificación del año 2016, sobre la que la comisión de verificación dictaminó que no se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado. Las dos razones aducidas para ello fueron: la poca claridad de la declaración de voluntad por escrito y la forma de realización. Las principales diferencias entre la notificación de 2016 y la notificación 2018-41, en la página 52, son las muchas conversaciones que mantuvo el médico con el paciente antes de que perdiera la capacidad de expresar su voluntad, el hecho de que la declaración de voluntad por escrito fuera clara y la medicación previa como parte del ejercicio de una práctica médica diligente.

CASO 2018-123

DICTAMEN: se ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO), capacidad de expresar la voluntad, deterioro de facultades que habían determinado la vida del paciente.

A un hombre de entre 70 y 80 años de edad se le diagnosticó en 2014 la enfermedad de Alzheimer, tras sufrir un periodo de molestias. Con el tiempo, la situación del hombre se fue deteriorando progresivamente. El sufrimiento del hombre constaba de la pérdida progresiva de sus funciones cognitivas, de lo cual era plenamente (y permanentemente) consciente. El hombre, cuya vida había transcurrido en torno a la lectura, la formulación aguda, el estudio y el debate, no podía hacer ya nada de lo anterior debido a su enfermedad. Cada vez perdía más cosas y no podía expresar correctamente sus pensamientos. El hombre

estaba constantemente intranquilo, frustrado y desesperado. Sufría porque sabía que no había posibilidades de que su situación mejorase y que solo le esperaba un empeoramiento progresivo. Se sentía desorientado y no quería sufrir un mayor deterioro. El hombre consideraba su sufrimiento insoportable. El médico estaba convencido de que el sufrimiento era insoportable para el hombre y de que no existían perspectivas de mejora, conforme a la opinión médica imperante. Ya no existían para el paciente más posibilidades aceptables de aliviar el sufrimiento.

El hombre ya había comentado anteriormente con el médico la eutanasia. El médico mantuvo durante un largo periodo conversaciones intensivas con el hombre. Durante dichas conversaciones, el hombre todavía podía expresar correctamente sus ideas. El médico no tenía dudas sobre la capacidad del hombre de expresar su voluntad. Unos tres meses antes del fallecimiento, el hombre pidió al médico que procediera a la terminación de su vida.

Siete meses antes del fallecimiento, el hombre fue examinado por un psiquiatra independiente, por trastornos del estado de ánimo. Según el psiquiatra independiente, los trastornos del estado de ánimo podían explicarse como una reacción a la enfermedad y todo lo que ella conlleva. No se trataba de un cuadro depresivo. El hombre podía expresar y motivar correctamente su deseo de eutanasia y el psiquiatra independiente consideró que tenía capacidad de expresar la voluntad con respeto a su petición.

El médico consultó tres veces con el mismo médico SCEN independiente, en calidad de asesor. La primera vez, el asesor visitó al hombre unos seis meses antes de la terminación de la vida. Se trató de una consulta temprana. En esos momentos, el hombre todavía no realizó una petición concreta de eutanasia y todavía no experimentaba su sufrimiento como insoportable. La segunda vez, el asesor visitó al hombre alrededor de un mes antes de la terminación de la vida. Según el asesor, el hombre tenía capacidad de expresar su voluntad, no estaba depresivo y era consecuente al expresar su deseo de eutanasia. No obstante, el hombre todavía no expresó una petición concreta de eutanasia, en parte porque tenía dificultad para establecer una fecha. La tercera vez, el asesor visitó al hombre alrededor de dos semanas antes de la terminación de la vida. El hombre ya consideraba su sufrimiento insoportable y expresó una petición concreta de eutanasia. El asesor concluyó que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

La comisión dictamina que el médico ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado.

CASO 2018-41

DICTAMEN: se ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO), médico de familia, demencia avanzada, sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora, petición voluntaria y bien meditada, eutanasia partiendo de una declaración de voluntad por escrito, diligencia de la práctica médica, administración de medicación previa. Cuando se efectúa la eutanasia partiendo de una declaración de voluntad por escrito, siempre se invita al médico a que ofrezca una explicación verbal.

Unos seis años antes del fallecimiento, se diagnosticó a una mujer de entre 60 y 70 años la enfermedad de Alzheimer, partiendo de síntomas de larga duración. La mujer se sometió a tratamiento medicamentoso para retrasar el proceso de la enfermedad. Pero la medicación tuvo muy escasos efectos. Con el transcurso de los años, su estado empeoró progresivamente. Unos cuatro años antes del fallecimiento, la mujer fue internada en una residencia de convalecencia.

El deterioro cognitivo de la mujer era tal que al final no reconocía a nadie y era totalmente dependiente del cuidado de otros. Vivía en un estado permanente de incomodidad. La mujer sufría de pánico y expresaba su angustia frecuentemente. Se asustaba (entre otras cosas) de su propio reflejo en el espejo (posiblemente lo tomaba por una intrusa). Durante las horas nocturnas solía presentar un estado de agitación y vagaba gritando por los pasillos de la residencia. La mujer ya no podía comunicar lo que le molestaba. Ya no comprendía lo que le decían otras personas y tampoco podía responderles. Estaba claro que sufría por su incapacidad de no poder ir sola al aseo. Se hacía sus necesidades encima con regularidad y de los gritos que emitía se podía deducir que le parecía horrible.

La mujer consideraba su sufrimiento insoportable. El médico constató que ya no existían momentos de reciprocidad o de alegría. Según el médico, ya no era posible ofrecer a la mujer una existencia digna. El médico estaba convencido de que el sufrimiento era insoportable para la mujer y de que no existían perspectivas de mejora, conforme a la opinión médica imperante. Ya no existían para la mujer más posibilidades aceptables de aliviar el sufrimiento.

Según el médico, la mujer todavía tuvo inicialmente capacidad de expresar la voluntad. Tras el diagnóstico indicó inmediatamente que deseaba la eutanasia si, en un momento dado, se encontrase en una

fase avanzada de su enfermedad y sufriera de forma insoportable. Unos cinco años antes del fallecimiento, redactó a esos efectos una declaración de voluntad por escrito, cuyo contenido comentó detalladamente con el médico. En los años siguientes, la mujer actualizó en varias ocasiones su declaración de voluntad por escrito. En ella hacía hincapié en que daba mucho valor a una buena calidad de vida y a un final digno de su vida. Las circunstancias que consideraba insoportables y que, de darse, serían motivo para desear la eutanasia eran, entre otras, no reconocer a sus familiares cercanos, ser totalmente dependiente del cuidado de otros y perder su dignidad.

En varias consultas multidisciplinarias se comentaron las circunstancias que había mencionado la mujer en su declaración de voluntad por escrito. Inicialmente, su familia tenía dificultades para hacerse una idea de su situación. Pero unos cinco meses antes del fallecimiento todos opinaban que se habían producido las circunstancias mencionadas por la mujer en su declaración de voluntad por escrito. Pidieron por escrito al médico que evaluase la situación de la mujer.

En las siguientes consultas multidisciplinarias se estableció, entre otras cosas, que el personal asistencial de la residencia de convalecencia observase estrechamente a la mujer y que informasen sobre sus constataciones. De los citados informes se desprendió que la mujer todavía parecía tener momentos buenos. No obstante, su situación empeoró con el transcurso del tiempo. Ya no podía dar ningún contenido a sus días y tenía graves problemas de estado de ánimo.

A petición del médico, un especialista independiente en medicina geriátrica evaluó la situación de la mujer unos tres meses antes del fallecimiento. La comunicación era muy difícil por trastornos de expresión y comprensión. La mujer ya no estaba en situación de mantener la atención durante la conversación y se marchó al poco tiempo. El especialista independiente (geriatra) concluyó que la mujer ya no estaba en condiciones de explicar su petición.

Después de todo ello, el médico llegó al convencimiento de que podía acceder a la petición de la mujer, partiendo de su declaración de voluntad por escrito.

El médico consultó con un asesor (un médico SCEN independiente). Alrededor de un mes antes del fallecimiento, el asesor habló con la supervisora personal y con cinco familiares cercanos de la mujer, después de que el médico le hubiera informado sobre la situación de la mujer y de haber consultado la documentación médica relevante. Después de todo ello, visitó a la mujer conjuntamente con su supervisora personal.

La supervisora personal informó al asesor de que la mujer había expresado sus deseos con claridad y frecuentemente, mientras todavía estuvo en condiciones de hacerlo. En lo principal coincidían con lo que había nombrado en su declaración de voluntad por escrito. Según la supervisora personal, medio año antes del fallecimiento la mujer había llegado a la fase a la que no quería llegar. Entonces todavía podían observarse momentos de cierta satisfacción.

En los meses posteriores, su situación empeoró rápidamente y cada vez estaba más intranquila. Con el transcurso del tiempo, llegó a un estado de permanente angustia e intranquilidad, en el que regularmente se golpeaba deliberadamente contra las paredes. La causa de ese comportamiento no era clara y, en consecuencia, no se le podía ayudar. Según el asesor, los familiares de la mujer daban una impresión de implicación y equilibrio y defendían firmemente los deseos de la mujer. Durante la visita a la mujer, el asesor no pudo establecer contacto con ella. Observó a la mujer y constató que ofrecía un aspecto intranquilo, triste y ensimismado. Cuando transcurrió cierto tiempo, la mujer se marchó y vagó por los pasillos de la residencia.

El asesor constató que la mujer ya no estaba en condiciones de reconocer a nadie y que era totalmente dependiente del cuidado de otros. Su aspecto era de infelicidad. Según el asesor, la supervisión en la residencia para asistidos era óptima, pero no era suficiente para aliviar su sufrimiento, como tampoco era suficiente la atención amorosa de sus familiares cercanos.

En su informe y partiendo de sus constataciones, el asesor llegó a la conclusión de que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado. Sí que consideró que era recomendable que un psiquiatra independiente especializado en personas mayores evaluase el grado en que el sufrimiento de la mujer era insoportable.

Esto sucedió unas dos semanas antes del fallecimiento. El psiquiatra independiente especializado en personas mayores constató que para la mujer era una auténtica tragedia el declive sufrido como consecuencia de la enfermedad. La mujer ya no podía expresar con palabras sus pensamientos, ya no reconocía a su familia y presentaba un aspecto intranquilo, que parecía estar ocasionado por impotencia y frustración. Partiendo también de las conversaciones mantenidas con familiares cercanos, constató que la mujer no sufría de un trastorno depresivo, trastorno de ansiedad o trastorno psicótico. El psiquiatra independiente especializado en personas mayores concluyó que no existía una problemática psiquiátrica susceptible de tratamiento.

Después de consultar con el asesor y con un internista-intensivista, el médico decidió administrar una medicación previa a la mujer, antes de

proceder a la terminación de la vida. Lo hizo porque la mujer presentaba en ocasiones un comportamiento imprevisible en momentos de contacto con otros. El médico no podía asegurar que la mujer no se extrajese la vía y se causase alguna lesión. El personal asistencial de la residencia de convalecencia entregó por la mañana a la mujer una pastilla de ingestión oral con 7,5 miligramos de dormicum (un relajante). Unos tres cuartos de hora más tarde, el médico le administró bajo la piel (tras aplicar una crema analgésica bajo un apósito) 10 miligramos de dormicum y 25 miligramos de nozinan (una sustancia que se usa como somnífero y que refuerza los efectos de los analgésicos).

Después de media hora, le puso la vía un enfermero de un equipo especializado de una organización de asistencia a domicilio. Seguidamente, el médico llevó a cabo la terminación de la vida con las sustancias, con la cantidad y de la forma recomendada en el documento de la KNMG/KNMP *Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding* (Directriz sobre práctica de la eutanasia y la ayuda al suicidio), de agosto de 2012.

La comisión dictaminó que el médico pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada de la mujer. La comisión constata que la capacidad comunicativa de la mujer era de tal naturaleza que, durante el último periodo previo al fallecimiento, ya no podía expresar su voluntad. La comisión considera que, en el momento en que la mujer redactó y actualizó su declaración de voluntad por escrito, no existían motivos para suponer que ya no tenía capacidad de expresar su voluntad.

De las declaraciones del médico, el asesor, la supervisora personal, los enfermeros y sus familiares cercanos se desprende que la mujer siempre fue coherente en la expresión de su deseo y que reiteró su deseo en varias ocasiones. La comisión está convencida de que en el momento de la terminación de la vida se daban las circunstancias mencionadas por la mujer en su declaración de voluntad por escrito. La comisión también dictamina que el médico ha demostrado suficientemente que existía un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora. Del expediente se desprende que el médico profundizó detenidamente en la situación de la mujer. El médico constató que la mujer se encontraba en una situación de gran sufrimiento. Por consejo del asesor, el médico encargó que también evaluase a la mujer un psiquiatra independiente especializado en personas mayores. De dicha evaluación se desprendió también que su enfermedad conllevó una pérdida total de autonomía e incapacidad para comprender el mundo que la rodeaba. Esa situación se traducía también en sentimientos permanentes de miedo e intranquilidad. Todo

ello hacía que el médico pudiera sentir el sufrimiento de la mujer como insoportable y sin perspectivas de mejora.

La comisión considera que el médico informó suficientemente a la mujer, cuando todavía tenía capacidad de expresar la voluntad, sobre la situación en que se encontraba y sobre sus perspectivas. Además, la comisión opina que el médico pudo llegar al convencimiento de que no existía ninguna otra solución razonable para la situación en que se encontraba la mujer. El médico apoyó esa postura en los informes del personal asistencial y en el informe del asesor. De todo ello se desprendía claramente que no se podía ejercer ninguna influencia positiva en su estado y que existía un sufrimiento insoportable real y sin perspectivas de mejora.

La comisión constata también de los informes y de la explicación verbal del médico que el médico utilizó una medicación previa antes de la realización de la terminación de la vida. El motivo para ello fue que la mujer, durante el último periodo previo al fallecimiento, se encontraba en un estado permanente de agitación y angustia y que existía una posibilidad real de que una posible reacción de susto comprometiera una realización sin problemas de la eutanasia. La comisión considera que la administración de una medicación previa por parte del médico fue un acto médico diligente en estas circunstancias específicas. El médico llevó a cabo la terminación de la vida con la diligencia debida de la práctica médica.

En este caso, el médico demostró suficientemente que había llegado al convencimiento de que la realización de la terminación de la vida estaba en línea con declaraciones de voluntad por escrito redactadas anteriormente y que se habían cumplido los restantes requisitos de diligencia y cuidado.

La comisión dictamina que el médico ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado.

ACUMULACIÓN DE ENFERMEDADES PROPIAS DE LA VEJEZ

Si una persona quiere ser considerada para la eutanasia, su sufrimiento tiene que tener un fundamento médico. Pero no es necesario que padezca una enfermedad que amenace a su vida. También una acumulación de enfermedades propias de la vejez, como problemas visuales, alteraciones auditivas, osteoporosis, artrosis, problemas de equilibrio, deterioro cognitivo, pueden ser motivo para un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora.

Esas enfermedades, generalmente degenerativas, suelen producirse en edades avanzadas. La suma de los síntomas derivados de una o más enfermedades puede ocasionar un sufrimiento que para la persona en cuestión puede ser insoportable y sin perspectivas de mejora. También desempeñan un papel el historial de la enfermedad, la biografía, la personalidad, el patrón de valores y el aguanate de la persona. A continuación siguen dos notificaciones relacionadas con estos aspectos.

CASO 2018-44

DICTAMEN: se ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO), sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora, diversas enfermedades en una paciente mayor de 90 años, que en sí mismas no amenazaban su vida, pero que hacían que su vida fuera insoportable.

No incluido

CASO 2018-50

DICTAMEN: se ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO), acumulación de enfermedades propias de la vejez, visión escasa y audición escasa

No incluido

3 EL MÉDICO NO HA ACTUADO CONFORME A LOS REQUISITOS DE DILIGENCIA Y CUIDADO

Los dictámenes en los que las CRV resuelven que el médico no ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado son siempre mucho más amplios que los dictámenes restantes. Esto se debe a que un dictamen de este tipo no se emite sin dar oportunidad al médico de ofrecer una explicación verbal.

En el año descrito en este informe, las CRV solo llegaron en seis ocasiones al dictamen de que el médico, al aplicar la eutanasia, no había actuado conforme a todos los requisitos de diligencia y cuidado. A continuación se tratan seis notificaciones en el orden en que la ley menciona los requisitos de diligencia y cuidado.

NO SE HA ACTUADO CONFORME A LOS REQUISITOS DE SUFRIMIENTO INSOPORTABLE Y SIN PERSPECTIVAS DE MEJORA Y AUSENCIA DE OTRA SOLUCIÓN RAZONABLE.

De acuerdo con la sentencia del Tribunal Supremo holandés (*Hoge Raad*) de 1994, en el caso Chabot, al médico se le exige el mayor cuidado y atención si la petición de eutanasia proviene (en gran medida) de sufrimiento consecuencia de una enfermedad mental. En este tipo de casos, suele tratarse de problemas psiquiátricos complejos y es necesario aportar expertos específicos. A diferencia de un asesor, dichos expertos pueden ofrecer asesoramiento sobre tratamientos. El mayor cuidado y atención que debe aplicar el médico se refieren sobre todo a los requisitos de diligencia y cuidado relativos a la voluntariedad y a la debida consideración de la petición, el sufrimiento sin perspectivas de mejora y la ausencia de otra solución razonable.

El primero de los siguientes dos dictámenes deja claro que un defecto en la consulta puede conllevar que la CRV dictamine que el médico no pudo llegar al convencimiento de que existía un sufrimiento sin perspectivas de mejora y que no había ninguna alternativa razonable. En el dictamen también queda claro que las CRV atribuyen al médico la responsabilidad de que el asesor presente un buen informe. En el segundo dictamen queda claro que el médico debe tomar en serio la opinión del asesor, en el sentido de que todavía existen posibilidades reales de tratamiento.

CASO 2018-69

DICTAMEN: no se ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO), sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora, alternativa razonable, consulta, el médico es responsable de la calidad del informe del experto.

Un hombre de entre 50 y 60 años padecía enfermedades mentales desde hacía más de treinta años. Tres años antes de su fallecimiento (después de que falleciera uno de sus padres) el hombre fue remitido a salud mental (según sus siglas en neerlandés: GGZ). Allí se constató que, gracias al apoyo y la estructura de su entorno directo, el hombre había podido quedar fuera del trayecto asistencial. El diagnóstico fue: reacción de duelo en un hombre con rasgos autistas y psicóticos. Se trataba de un hombre vulnerable, en el que una sobrecarga podía desencadenar depresión. Dos años antes de su fallecimiento, el hombre fue internado (brevemente) en dos ocasiones, por tendencias suicidas. Habló con su médico de familia sobre eutanasia. El médico no quiso cooperar. Seguidamente, algo más de dos años antes de su fallecimiento, el hombre se dirigió a la Fundación de la Clínica para el Final de la Vida (*Stichting Levensindekliniek*: SLK) con una petición de eutanasia. Tras una visita del enfermero de la SLK, la petición fue rechazada por el poco tiempo transcurrido desde el fallecimiento del progenitor.

El hombre fue tratado con medicamentos, entre otros con antidepresivos y antipsicóticos. Se mantuvieron conversaciones con el psiquiatra y se facilitó un contacto estructural de apoyo con un enfermero, con atención a las actividades cotidianas. Hizo trabajo de voluntariado, recibió terapia artística y psicoeducación. Tras esos tratamientos, los síntomas depresivos y psicóticos fueron menos patentes. No obstante, los tratamientos no tuvieron efectos dignos de mención en su sufrimiento.

Dicho sufrimiento constaba del hecho de que todo era demasiado para él: la luz del día desde el mismo momento de despertarse y todos los actos que debía realizar durante el día. Olvidaba nombres, se perdía con frecuencia y cada vez tenía más dificultades para realizar actos técnicos. Tenía pesadillas, ataques de pánico y de ira y una grave forma de sobreexcitación, entre otros por el contacto con terceros. Sufría por la dependencia de la ayuda de profesionales sanitarios. Su forma de comportarse, rígida y compulsiva, no le permitía adaptarse a personas siempre cambiantes en su entorno. Sufría una tensión constante y

perdía la perspectiva sobre la vida cotidiana. El pánico y la desesperación eran una amenaza constante. Se sentía impotente para funcionar en la sociedad actual y no era la persona que quería ser, alguien con un empleo y una familia. También tenía problemas intestinales, que agravaban su sufrimiento. Consideraba su sufrimiento insoportable.

Unos diez meses antes del fallecimiento, un psiquiatra implicado en su tratamiento indicó que la prolongación del tratamiento psiquiátrico no ofrecía ninguna perspectiva de mejora de los problemas. El psiquiatra sí que esperaba una mejora del funcionamiento del hombre si pudiera residir en un entorno adaptado; en un entorno protegido, con estructura, atención y compañía. Unos nueve meses antes del fallecimiento, el hombre se trasladó a vivir a un entorno de ese tipo. No obstante, eso no supuso un alivio del sufrimiento, entre otras cosas por el contacto obligado con terceros.

Alrededor de un año antes del fallecimiento, el hombre volvió a contactar con la SLK. Nueve meses antes del fallecimiento, habló por primera vez con el médico (un psiquiatra) sobre eutanasia. El hombre le pidió entonces que llevara a cabo la terminación de la vida. Desde algo más de tres meses antes del fallecimiento, el médico mantuvo otras cuatro conversaciones con él. El médico consultó con el médico de familia del hombre, y con el psiquiatra implicado, el enfermero psiquiátrico social implicado, su supervisor personal y su cuidador en el entorno familiar.

A raíz de la petición de eutanasia, el médico consultó con un psiquiatra independiente para pedir una segunda opinión sobre el diagnóstico, las eventuales posibilidades de tratamiento y su pronóstico. El psiquiatra independiente concluyó unos dos meses antes del fallecimiento que el diagnóstico principal era un trastorno del espectro autista (TEA); TEA es el nombre genérico de diversas formas de un trastorno (autismo), en el que la información transmitida al cerebro transcurre y es procesada de forma diferente a la considerada normal. Además tenía un trastorno no específico del espectro esquizofrénico, con psicosis de corta duración (una condición psiquiátrica en la que una persona experimenta el mundo de forma diferente a los demás; por ejemplo, escucha voces o ve cosas que no son reales) y un trastorno depresivo no específico del estado de ánimo. Según el psiquiatra independiente, prácticamente no existían posibilidades de tratamiento para el diagnóstico principal. Pero sí que había posibilidades para los síntomas psicóticos y depresivos. No obstante, el hombre las rechazó.

El médico consultó con un asesor (un médico SCEN independiente, que también era psiquiatra). El asesor constató que el hombre daba la impresión de ser una persona con episodios psicóticos que no podían ser clasificados dentro de los cuadros clínicos habituales (borderline). Vio a una persona con un intelecto limitado, con una forma relativamente suave de autismo y con rasgos compulsivos. El asesor prácticamente no pudo constatar que existiera un trastorno depresivo del estado de ánimo en sentido estricto.

A pesar de las peticiones reiteradas del asesor, el hombre no pudo darle una respuesta unívoca sobre su sufrimiento insoportable. Estaba muy centrado en su deseo y su intención de fallecer mediante eutanasia. Pero no pudo dejar claro al asesor en qué consistía exactamente su sufrimiento y por qué era insoportable y sin perspectivas de mejora. El asesor opinó que, debido en parte a su enfermedad mental, el hombre no podía hacerse una idea de las posibilidades de mejorar esencialmente sus condiciones físicas y psicosociales. Dicho psiquiatra indicó que no podía compartir la experiencia subjetiva del “sufrimiento insoportable”, al hacer una valoración más objetiva. Opinó que todavía se podían conseguir cosas considerables para este hombre. Según el asesor, la incapacidad o la falta de disposición para aceptar ayuda no justifican por sí solas un resultado como la eutanasia. También llegó a la conclusión de que no existía un deseo de muerte suficientemente patente, en el marco de un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora, en una persona que, por otra parte, tenía capacidad de expresar su voluntad. Así pues, según el asesor, no se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

El propio médico opinaba que el sufrimiento del hombre venía determinado de forma casi exclusiva por el diagnóstico principal, el TEA. El tratamiento de los diagnósticos secundarios (los episodios psicóticos y depresivos temporales) cambiarían muy poco la situación, incluso aunque fueran exitosos. El médico estaba convencido de que el sufrimiento era insoportable para el hombre y de que no existían perspectivas de mejora, conforme a la opinión médica imperante. Después de leer el expediente, la comisión tenía todavía preguntas para el médico. Entre otras, cómo le iba al hombre en el entorno protegido de residencia y por qué el médico no había pedido una consulta adicional, dado que el asesor había considerado que no se cumplían los requisitos de diligencia y cuidado.

Por lo que se refiere a la forma de vivienda, el médico comunicó que el hombre había indicado que le parecía difícil la residencia en la vivienda asistida. Tenía ventajas (personas con las que poder tener contacto, actividades cotidianas entretenidas), pero las desventajas eran mayores.

Experimentaba el contacto con el resto de los residentes (que eran pacientes psiquiátricos) como un enfrentamiento y como algo muy molesto. Había poca privacidad y se podía oír todo. Por ello, estaba constantemente sometido a un exceso de estímulos que le producía un mayor desajuste. El hombre no quería mudarse a otro entorno residencial alternativo, con más privacidad. De hecho, se había mudado al entorno actual desde una situación como la propuesta, porque la soledad también le producía tensión. Se daba cuenta de que volvería a caer en la misma situación a la que no pudo enfrentarse con anterioridad y que debería ser internado nuevamente con cierta regularidad en caso de sufrir alguna crisis. Ese dilema también aumentaba su sufrimiento. No podía vivir solo, pero la vida en el entorno residencial protegido tampoco era una opción para él.

Por lo que se refiere al caso omiso hecho a la opinión del asesor, el médico alegó que no estaba conforme con su conclusión. En general, el médico alegó que cuando un informe del SCEN le hace dudar de sus constataciones, estudia el caso con mayor detenimiento. En ese caso, el asesor no pudo hacerse una idea clara del sufrimiento. Según el médico, esto se debía a la naturaleza del trastorno del hombre. Alguien con un TEA no puede expresar y transmitir correctamente su sufrimiento. El asesor no explicó detalladamente en su informe el que todavía existieran perspectivas de tratamiento y que el hombre no mostrara disposición a seguir dichos tratamientos; tampoco después de que el médico le insistiera repetidamente al respecto. Posiblemente, el asesor se refería a las posibilidades de tratamiento de los diagnósticos secundarios que había mencionado el psiquiatra, incluida la depresión. Según el médico, el tratamiento de una eventual depresión no era relevante para mitigar el sufrimiento del hombre. Si existían problemas de depresión, eran de tipo reactivo y no determinaban esencialmente el sufrimiento. El sufrimiento del hombre estaba formado por sus limitaciones como consecuencia del TEA. Por consiguiente, el médico estaba convencido de que no existía para él ninguna otra solución razonable. En algunas ocasiones ya se había dado una oportunidad a las posibilidades de tratamiento propuestas por el psiquiatra que le trataba, pero lamentablemente no habían supuesto ninguna diferencia esencial para la gravedad del sufrimiento. Dado que el informe del asesor no le hizo dudar de su propia opinión, el médico no consideró que hubiese motivo para consultar a un segundo asesor SCEN. El médico tampoco lo consideró apropiado porque significaría una pesada carga extra para el paciente. Sobre todo, si se trataba de una nueva segunda opinión de un psiquiatra independiente. El médico tampoco quería dar la impresión de que estaba buscando candidatos un poco a ciegas.

La comisión constata que, tal y como han considerado en varias ocasiones las comisiones de verificación en conexión con la sentencia del Tribunal Supremo en el caso Chabot (1994), se pide del médico un cuidado y una diligencia especiales si la petición de eutanasia se deriva de sufrimiento consecuencia de una enfermedad mental. En ese tipo de casos, suele tratarse de problemáticas psiquiátricas complejas y es obligatoria la aportación de un experto específico (véase, de forma similar, la Directriz de 2009 sobre petición de ayuda al suicidio por parte de pacientes con una enfermedad mental (*Richtlijn verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis*), de la Asociación Holandesa de Psiquiatría (NVvP)). El gran cuidado y diligencia mencionados se refieren sobre todo a los requisitos de diligencia y cuidado relativos a la voluntariedad y a la debida consideración de la petición, el sufrimiento sin perspectivas de mejora y la ausencia de otra solución razonable (véase el Código sobre la Eutanasia 2018, apart. 4.3).

Queda constatado que el psiquiatra implicado en el tratamiento, el psiquiatra independiente y el asesor-psiquiatra consideraron que el hombre tenía capacidad de expresar la voluntad sobre su petición de eutanasia. Teniendo también en cuenta lo anterior, la comisión dictaminó que el médico pudo llegar al convencimiento de que existía una petición voluntaria y bien meditada del hombre.

¿También se actuó con gran cuidado y diligencia con respecto al sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora, y con respecto a la ausencia de otra solución razonable para su situación? La comisión cree que no. Con respecto al psiquiatra independiente concluye que, aunque se consultó a un psiquiatra como los mencionados, su informe tiene unas limitaciones de tal gravedad que no puede hablarse de una segunda opinión completa. La comisión considera que el médico no debería haberse conformado con un informe tan breve. Gran cuidado y diligencia significa también que debe prestarse un atención especial a la calidad del informe del compañero consultado. Del informe debe desprenderse que el estudio ha sido suficiente. También deben motivarse suficientemente las conclusiones extraídas. En caso contrario, es responsabilidad del médico pedir al psiquiatra independiente que realice un estudio más detallado o que modifique el informe entregado. Si esto no se traduce en un resultado satisfactorio, es responsabilidad del médico buscar información y asesoramiento de otros expertos para poder motivar su propio dictamen.

Con respecto al poco caso que hizo el médico del dictamen (negativo) del asesor, la comisión considera lo siguiente: si un médico SCEN considera que no se han cumplido uno o más de los requisitos de la WTL, esto debe hacer que el médico reflexione sobre si la eutanasia

debe realmente llevarse a cabo. Es cierto que la WTL únicamente prescribe que el asesor debe ser consultado, no que debe dar su autorización pero, cuando el dictamen del asesor es negativo, el médico debe fundamentar sólidamente por qué no ha seguido dicho dictamen (véase el Código sobre la Eutanasia 2018, apart. 3.6). Según la comisión, un dictamen negativo de un médico SCEN tiene todavía más importancia cuando la petición de eutanasia proviene de un paciente psiquiátrico. Ese mayor cuidado y diligencia conllevan que el médico todavía debe motivar más que en otros casos por qué opina que sí que se han cumplido todos los requisitos. Aunque no es un requisito imperativo, lo lógico es ponerse en contacto con un segundo médico SCEN (preferiblemente un psiquiatra). En este contexto, la comisión se remite a la directriz ya mencionada de la NVvP sobre petición de ayuda al suicidio (p. 44), en la que se determina que en caso de existir una diferencia fundamental de opinión (y la comisión considera que existía en este caso) debe consultarse siempre a otro asesor.

La comisión considera insuficientes los argumentos del médico para no hacerlo. El informe SCEN provenía de un psiquiatra experimentado con una considerable hoja de servicios. En el informe se argumentaba de forma clara y directa por qué no debía procederse a la eutanasia en este caso. A pesar de ello, el médico se mantuvo firme en su opinión, sin someterla a otros controles. Sin entrar en si esta es la actitud correcta, la comisión considera que el médico, en las circunstancias mencionadas (incluido también el informe limitado del experto independiente), debería haber consultado en cualquier caso a un segundo médico SCEN (preferiblemente, también psiquiatra) o a un segundo experto independiente. Así habría podido constatarse mejor si todavía había posibilidades de que el hombre reforzara su aguante (incluso aunque el diagnóstico principal fuera intratable). La comisión considera que el que un estudio más detallado habría supuesto ciertas molestias para el hombre no es razón suficiente para no hacerlo. Lo mismo es aplicable al argumento de que el médico no quería suscitar la impresión de que estaba buscando candidatos “un poco a ciegas”: contactar con un segundo médico SCEN hubiera reforzado en este caso la posición del médico, que se somete a verificación y se muestra dispuesto a que otra persona cuestione críticamente sus propósitos.

La comisión dictamina que el médico no ha actuado conforme al requisito de diligencia y cuidado mencionado en el artículo 2, párrafo 1, letras b y d, de la WTL. Sí que se han cumplido los demás requisitos de diligencia y cuidado.

CASO 2018-70

DICTAMEN: no se ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO), psiquiatría, gran cuidado y diligencia, sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora, ausencia de otra alternativa razonable.

No incluido

NO SE HA ACTUADO CONFORME AL REQUISITO DE CONSULTA (ADICIONAL) EN EL CASO DE UN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

En el caso de un paciente con una enfermedad mental, el médico siempre debe consultar con un psiquiatra independiente, además del asesor habitual que emite su opinión sobre los cuatro primeros requisitos de diligencia y cuidado. Dicho especialista debe evaluar principalmente si el paciente tiene capacidad de expresar la voluntad con relación a la petición, o si el sufrimiento no tiene perspectivas de mejora y si no existen alternativas razonables. A diferencia del asesor, también puede ofrecer asesoramiento sobre tratamientos. Si el contacto con un asesor y un psiquiatra supone una carga insuperable para el paciente, será suficiente consultar con un asesor (SCEN) que sea también psiquiatra. En la siguiente notificación, el médico no consultó con ningún psiquiatra.

59

CASO 2018-42

DICTAMEN: no se ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO), requisito de gran cuidado y diligencia con pacientes psiquiátricos, consulta con psiquiatra independiente, se pueden rechazar tratamientos.

Una mujer de entre 70 y 80 años sufría enfermedades mentales desde que tenía dieciocho años. Sus problemas fueron diagnosticados como un trastorno esquizoafectivo (una enfermedad mental con psicosis y trastornos del estado de ánimo). Pasaba periodos de grave depresión. En ocasiones también sufría psicosis. Había realizado varios intentos de suicidio y había estado ingresada varias veces. En relación con sus

enfermedades mentales, la mujer había seguido durante su vida amplios tratamientos medicamentosos y de psicoterapia. Pero no habían mejorado su estado psíquico.

Unos cinco meses antes del fallecimiento, se diagnosticó a la mujer un ensanchamiento de la aorta abdominal. Debía ser operada de urgencia. También se le diagnosticó cáncer de pulmón. La mujer rechazó el tratamiento porque sufría de forma insoportable y sin perspectivas de mejora por sus enfermedades mentales. Tenía deseos de morir desde hacía años. Consideró que el diagnóstico del ensanchamiento de la aorta abdominal y el cáncer de pulmón eran una buena oportunidad para ser liberada de su difícil vida.

Su médico de familia no lleva a cabo eutanasias por razones de principios y preguntó al médico (también un médico de familia) si estaba dispuesto a hacerse cargo del procedimiento de eutanasia. La primera conversación con el médico sobre eutanasia tuvo lugar unos dos meses antes del fallecimiento. Unas dos semanas y media antes del fallecimiento, la mujer pidió al médico que procediera a la terminación de su vida. El médico consultó telefónicamente con un psiquiatra de la institución donde se trataba a la mujer. Dicho psiquiatra opinaba que la mujer tenía un deseo real de someterse a eutanasia, por un sufrimiento grave y no tratable, de naturaleza psiquiátrica.

El médico consultó con un médico SCEN independiente, en calidad de asesor (no era psiquiatra). El asesor visitó a la mujer alrededor de semana y media antes de la terminación de la vida. El asesor concluyó que todavía no se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado. En su opinión, todavía no existía una petición concreta ni un sufrimiento insoportable. El asesor pidió al médico que se pusiera en contacto con él cuando se cambiaran dichas circunstancias. Dos días antes del fallecimiento, el asesor constató (partiendo de contactos telefónicos con el médico) que la situación de la mujer había cambiado. Había pedido la terminación de su vida en un corto plazo. El asesor estaba convencido de que existía una petición claramente basada en una combinación de sufrimiento crónico psiquiátrico grave y sin posibilidad de tratamiento y de posible sufrimiento físico recientemente constatado. El asesor concluyó que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

La comisión consideró que el expediente entregado era demasiado breve y pidió una explicación escrita al médico. La información facilitada no proporcionó suficiente claridad a la comisión, por lo que se invitó al médico a una conversación. Las preguntas se refirieron principalmente al historial de la mujer, al convencimiento del médico

de que existía una petición voluntaria y bien meditada y un sufrimiento insoportable y sin perspectivas de mejora, y a la ausencia de consulta a un psiquiatra independiente.

El médico respondió que el historial digital era insuficiente. Obtuvo información adicional hablando con el médico de familia y con el cónyuge de la mujer. También buscó contacto telefónico con la entidad de salud mental (GGZ) en la que se trataba a la mujer. No estaba totalmente claro quién la trataba, porque se había pasado el paciente de un psiquiatra a otro. Además, el contacto entre la GGZ y la mujer resultó ser bastante escaso en la actualidad.

A la pregunta de la comisión en el sentido de si la mujer todavía estaba en condiciones de negarse de forma bien meditada a recibir un tratamiento, el médico contestó que ella había pensado detenidamente sobre esa cuestión. Siempre estuvo totalmente convencido de su capacidad de expresar la voluntad. Existió un momento de duda, cuando leyó el primer informe del asesor y no lo comprendió bien. El asesor consideraba que el sufrimiento de la mujer todavía no era insoportable porque la mujer aún no había expresado una petición real. El médico también tenía la sensación de que la mujer le manipulaba. La visitó y se puso también en contacto con el asesor. Durante la conversación con el médico, la mujer se mostró muy desilusionada por el dictamen negativo del asesor.

El médico pudo comentar bien con la mujer en qué consistía su sufrimiento. Cada día suponía un sufrimiento terrible; sentía que su vida era un infierno. El médico consideraba que el informe del asesor no apoyaba suficientemente su postura y, de esta forma, pretendía no proceder a la eutanasia. Cuando la mujer pidió de forma clara y concreta la eutanasia a corto plazo, el médico consultó telefónicamente con el asesor. Este último concluyó que en ese momento sí que se cumplían los requisitos de diligencia y cuidado.

Por lo que se refiere a la consulta con un psiquiatra independiente, el médico dijo que no se le había ocurrido consultar con alguien así. Debido a su largo historial de enfermedad, la mujer había sido tratada por muchos psiquiatras a lo largo de los años, sin resultados notables. Sí que consultó con colegas. A posteriori, el médico reconoce que no actuó de forma totalmente correcta. Aunque reflexionó detenidamente sobre el cumplimiento de los requisitos de diligencia y cuidado y estaba totalmente convencido de que se cumplían, ahora tiene claro que no actuó con la especial diligencia y cuidado necesarios cuando el sufrimiento se debe a una enfermedad mental. Debería haberle dado más forma consultando a un psiquiatra independiente.

La comisión considera que en el caso de que un paciente padezca una enfermedad psiquiátrica, debe actuarse con sumo cuidado en una petición de eutanasia (tal y como se deriva de la sentencia dictada en 1994 por el Tribunal Supremo en el caso Chabot). Cuidado que se expresa consultando también a un psiquiatra independiente, además de al asesor habitual.

El psiquiatra independiente realiza un estudio propio de la voluntariedad y la correcta meditación de la petición (a). Se trata de descartar que la capacidad del paciente de formarse una opinión se haya visto afectada por la enfermedad mental. Para que el paciente pueda presentar una petición bien meditada también es necesario que tenga suficiente información sobre la enfermedad, sobre los diagnósticos realizados, los pronósticos y las posibilidades de tratamiento. Por ello, un paciente debe ser suficientemente informado de la situación en que se encuentra (c). Cuando se trata del sufrimiento sin perspectivas de mejora (b) y de la ausencia de otra solución razonable (d), el psiquiatra independiente debe estudiar si todavía existen posibilidades de tratamiento para el paciente (Código sobre la Eutanasia 2018, p. 41 y 42). Por otra parte, no se excluye que el papel del médico SCEN y el psiquiatra independiente sean desempeñados por la misma persona.

La comisión es consciente de que la tarea del médico era difícil, teniendo en cuenta todas las circunstancias. Respeta el hecho de que el médico estuviera dispuesto a hacerse cargo de este caso tan difícil (que en principio correspondía a un colega). No obstante, la comisión considera que de las notas entregadas por el médico, la explicación detallada por escrito del médico y la conversación con el médico se desprende que el médico no procedió con el gran cuidado y diligencia que debe esperarse en los casos de petición de eutanasia de un paciente con una enfermedad mental.

Al no consultar a un experto independiente, que realice su propio estudio de los citados requisitos de diligencia y cuidado, el médico no pudo fundamentar suficientemente que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en el artículo 2, párrafo 1, letras a, b, c y d de la WTL. El médico no ha dado motivos convincentes para no consultar a un experto extra. Además, el contacto con el psiquiatra que trataba a la paciente fue extremadamente breve.

El médico consultó con otro médico independiente que también visitó a la mujer y que ha emitido su dictamen escrito sobre los requisitos de diligencia y cuidado. Con ello, el médico cumplió el requisito de diligencia y cuidado mencionado en el artículo 2, párrafo 1, letra e de la WTL. No obstante, el asesor consultado por el médico no tenía la experiencia necesaria en este tipo de casos para poder estudiar

correctamente los requisitos de diligencia y cuidado (de la letra a hasta la d) de la WTL.

La comisión señala además que el asesor no aconsejó adecuadamente al médico. Lo lógico hubiera sido que el asesor hubiese indicado al médico que, teniendo en cuenta su falta de conocimientos específicos y el largo historial psiquiátrico de la mujer, era necesario consultar con un psiquiatra independiente.

La comisión consideró que el médico no había cumplido los requisitos de diligencia y cuidado.

NO SE HA ACTUADO CONFORME AL REQUISITO DE CONSULTA CON, AL MENOS, OTRO MÉDICO INDEPENDIENTE

El artículo 2, párrafo 1, letra e de la WTL prescribe que el médico debe consultar al menos con otro médico independiente que también haya visto al paciente y haya emitido su dictamen escrito sobre los requisitos de diligencia y cuidado mencionados en los apartados a al d. La consulta sirve para fomentar un proceso de toma de decisión lo más cuidadoso posible.

63

CASO 2018-04

DICTAMEN: no se ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado

PUNTOS DE ATENCIÓN: requisito de consulta independiente

No incluido

NO SE HA ACTUADO CONFORME AL REQUISITO DE REALIZACIÓN CON LA DILIGENCIA Y EL CUIDADO DEBIDOS DE LA PRÁCTICA MÉDICA

Una eutanasia debe ser practicada por el médico con toda la diligencia de la práctica médica. Se trata, entre otras cosas, de la elección de las sustancias que se van a utilizar y de su dosis, y del control de la profundidad del coma que debe ser comprobada por el médico antes de proceder a administrar una sustancia letal. Al evaluar este requisito de diligencia y cuidado, las CRV aplican como guía la directriz de 2012 de la KNMG/KNMP sobre práctica de la eutanasia y la ayuda al suicidio (*Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*). La directriz menciona las sustancias que pueden usarse y la dosis recomendada. Si el médico quiere aplicar otra sustancia o dosis, deberá motivarlo suficientemente. El médico es el responsable final de actuar con la diligencia a que obliga la práctica médica. Sus actos van a ser evaluados por la comisión. El farmacéutico tiene su propia responsabilidad sobre la preparación y el etiquetado, si prepara las jeringuillas o la bebida. El médico debe controlar si ha recibido del farmacéutico la sustancia y la dosis adecuadas. Otro requisito es que el médico lleve consigo una dosis de emergencia de las sustancias, para el caso de que algo salga mal durante la realización de la eutanasia. Esto es porque se considera poco deseable que el médico deba dejar solo al paciente durante la realización de la eutanasia. Con relación a la presencia durante una ayuda al suicidio, el Código sobre la Eutanasia 2018 indica que si el paciente así lo desea, el médico puede abandonar la habitación después de que el paciente haya tomado la sustancia con la que se va a llevar a cabo la eutanasia. No obstante, deberá permanecer en el entorno directo del paciente para poder intervenir si se producen complicaciones. A continuación se recoge primero una notificación en la que el médico no llevaba consigo una dosis de reserva y abandonó al paciente durante la eutanasia y después una notificación de ayuda al suicidio en la que el médico abandonó la casa del paciente después de que este hubiera tomado la sustancia.

CASO 2018-23

DICTAMEN: no se ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO), requisito de diligencia de la práctica médica, presencia de un dosis de emergencia, abandonar al paciente.

Un hombre de entre 60 y 70 años padecía desde un año antes de su fallecimiento un tumor incurable en el mediastino. En las últimas semanas previas a su muerte, su estado empeoró rápidamente. No

existía curación posible. El médico estaba convencido de que el sufrimiento era insoportable para el hombre y de que no existían perspectivas de mejora, conforme a la opinión médica imperante. Casi dos semanas antes del fallecimiento, el hombre pidió al médico que procediera a la terminación de su vida. Según el médico, se trataba de una petición voluntaria y bien meditada. El médico consultó con un asesor (un médico SCEN independiente). El asesor concluyó que se habían cumplido los requisitos de diligencia y cuidado. A petición del médico, el servicio de ambulancias colocó una vía. El médico inició la terminación de la vida a petición del paciente administrando 1.000 mg de tiopental (una sustancia que provoca el coma). Como el hombre no entraba en coma, el médico pensó que el tiopental se había administrado subcutáneo, en lugar de intravenoso. Decidió no administrar la segunda jeringuilla con 1.000 mg de tiopental y tampoco el bloqueador neuromuscular. El médico quería que el servicio de ambulancia pusiera primero una nueva vía. Antes de que llegase dicho servicio, el médico fue a recoger una nueva dosis de la sustancia a la farmacia. Como la vía colocada por el servicio de ambulancia no funcionaba, el médico administró seguidamente 2.000 mg de tiopental y 150 mg de rocuronio (un bloqueador neuromuscular), con una jeringuilla, después de lo cual el hombre falleció.

En la conversación con la comisión, el médico indicó que la realización no transcurrió como había esperado. En su área de trabajo existe un acuerdo fijo entre los médicos y los farmacéuticos: los médicos deben llevar una dosis y el farmacéutico debe tener siempre a mano una dosis de emergencia durante las horas de la realización. El motivo es que, de esa forma, no se prepara una dosis innecesaria que después tiene que tirarse.

Tras la administración de los 1.000 mg de tiopental, el médico se dio cuenta de que el hombre tardaba mucho en quedar inconsciente. Por eso pensó que la vía había administrado la dosis de forma subcutánea. El médico contó que se dio un plazo de gracia, porque quería saber si la vía estaba bien colocada. No obstante, al inyectar el tiopental no había sentido ninguna resistencia anormal. Entre tanto, el hombre cada vez se sumía en un sueño más profundo; en un momento dado, ya no podía dar ninguna respuesta. Entonces (después de unos veinte minutos), el médico controló el reflejo pupilar y de las pestañas del hombre. No había ninguno. Había pasado tanto tiempo antes de que el tiopental hiciera efecto que el médico no consideró seguro inyectar el rocuronio.

Después de controlar el estado del hombre, el médico se marchó a la farmacia para recoger una nueva dosis. En ese momento, el hombre

yacía tranquilo y también la familia estaba serena. El ambiente era de calma total. El médico decidió ir a la farmacia porque era más rápido que pedir al farmacéutico que trajese la dosis. Entretanto, el farmacéutico podía preparar las sustancias. La farmacia estaba a un kilómetro de distancia de la casa del hombre, y el médico se trasladó hasta allí en su automóvil. En total, el médico estuvo ausente diez minutos. Unos minutos después de marcharse el médico, llegó el servicio de ambulancias para colocar una nueva vía. El hombre estuvo sin supervisión durante un periodo muy breve. El médico subrayó que si hubiera existido cualquier tipo de inestabilidad en el hombre o en su familia, nunca se habría marchado. En ese caso, hubiera esperado a que el farmacéutico trajese las sustancias.

La comisión dictamina que abandonar al hombre durante la realización de la eutanasia no es conforme a la directriz de la KNMG/KNMP sobre práctica de la eutanasia y la ayuda al suicidio, de agosto de 2012, que sirve de guía a las comisiones. En dicha directriz se mencionan, entre otras, las siguientes normas (relevantes para este caso):

- el médico debe llevar consigo una dosis extra de las sustancias intravenosas para efectuar la eutanasia;
- el médico está presente durante la eutanasia.

La comisión considera que estas normas deben ser respetadas y que el médico tiene la responsabilidad de estar informado sobre esas normas y de actuar conforme a ellas. El médico no lo hizo.

La comisión dictamina que el médico no ha actuado conforme al requisito de diligencia y cuidado mencionado en el artículo 2, párrafo 1, letra f de la WTL. Sí que se han cumplido los demás requisitos de diligencia y cuidado.

CASO 2018-75

DICTAMEN: no se ha actuado conforme a los requisitos de diligencia y cuidado

PUNTOS DE ATENCIÓN: notificación que suscita preguntas (VO), diligencia de la práctica médica, ayuda al suicidio, abandono del paciente antes del fallecimiento.

No incluido

COLOFÓN

67

Publicación:
Comisiones Regionales de Verificación
de la Eutanasia
euthanasiecommissie.nl

Diseño:
Inge Croes-Kwee (Manifesta idee en
ontwerp), Rotterdam

Abril de 2019

RTE

